

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

CAMILLO NASSAR CHAMOUN

**ENTRE O MAR E O ROCHEDO: OS IMPASSES
NA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DO
MÉDICO-PERITO PREVIDENCIÁRIO EM
VITÓRIA-ES**

**VITÓRIA
2011**

CAMILLO NASSAR CHAMOUN

**ENTRE O MAR E O ROCHEDO: OS IMPASSES
NA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DO
MÉDICO-PERITO PREVIDENCIÁRIO EM
VITÓRIA-ES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.
Orientadora: Dr^a. Maristela Dalbello-Araujo.

**VITÓRIA
2011**

CAMILLO NASSAR CHAMOUN

**ENTRE O MAR E O ROCHEDO: OS IMPASSES
NA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DO
MÉDICO-PERITO PREVIDENCIÁRIO EM
VITÓRIA-ES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva na área de concentração em Política e Gestão em Saúde.

Aprovada em de dezembro de 2011.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Maristela Dalbello Araujo
Universidade Federal do Espírito Santo
ORIENTADORA

Prof^a. Dr^a. Liliane Calil Guerreiro da Silva
Universidade Federal do Espírito Santo

Prof. Dr. Luiz Henrique Borges
EMESCAM

À Conceição, companheira e motivadora na realização dos sonhos compartilhados.

À Isabella, Camilla e Leonardo, motivações do meu aprender e do agir na vida.

À minha mãe, para quem a vida ensinou que um pingo é letra, soube entender e incentivar-me nesta caminhada.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Prof^a. Dr^a. Maristela Dalbello Araújo que assumiu a orientação quando o barco (de certa ação) parecia estar à deriva e, perspicaz, entendeu minhas dificuldades. De forma cativante apontou caminhos para que eu pudesse avançar.

Ao Prof. Dr. Luiz Henrique Borges que, mesmo com tantos compromissos, encontrou meios de assumir minha orientação do início até a qualificação e depois com consistentes críticas e sugestões.

Ao Dr. Julius Caesar Ramalho, Chefe do Serviço de Saúde do Trabalhador da Agência da Previdência Social de Benefícios por Incapacidade em Vitória/ES – APSBI, que gentil e prestimosamente atendeu-me, compreendeu a proposta e abriu as portas da Instituição para que esta pesquisa pudesse ser realizada.

Aos colegas médicos-peritos da APSBI que assinaram o termo de compromisso e gentilmente se disponibilizaram para a realização das entrevistas e a Angelina, Plínio e Ricardo que contribuíram com o aperfeiçoamento das mesmas.

Aos Srs. Vigilantes da APSBI que gentilmente me receberam inúmeras vezes e facilitaram o meu acesso à Agência.

Aos funcionários administrativos da Gerência Executiva do INSS de Vitória que me auxiliaram generosamente, em especial à Maria Inês Freitas e Consolação Lemos.

Às bibliotecárias lotadas na Biblioteca Setorial do Centro de Ciências da Saúde da UFES, pela prestimosa colaboração.

À Karina Andrade Fonseca pela transcrição das entrevistas e contribuições valiosas.

Aos colegas de turma, verdadeiros amigos, prestativos e solidários. Isso não se esquece! Em especial à Creuzinha, Kallen e Juliana pelo amparo quando eu ainda engatinhava. Conhecê-los foi um prazer e desfrutar da companhia um privilégio. Minha sincera gratidão a todos!

Às colegas de profissão e amigas do coração Patrícia Deps e Liliane Calil que me apoiaram e auxiliaram a viabilizar a realização do mestrado quando assumiram parte das minhas tarefas docentes.

RESUMO

O trabalho do médico perito da previdência social tem crescido em importância e quantidade nos últimos anos no Brasil. Uma das conseqüências deste fato é que tem também crescido as queixas, tanto por parte dos peritos-médicos, quanto por parte dos segurados, o que sugere ser esta relação repleta de conflitos. Este estudo apresenta resultados de uma pesquisa qualitativa realizada com doze médicos-peritos da Agência da Previdência Social de Benefícios por Incapacidade (APSBI) em Vitória-ES. Utilizamos como instrumentos de pesquisa as observações do cotidiano do trabalho e as entrevistas baseadas em roteiros semiestruturados. A pesquisa teve como objetivos investigar a organização do trabalho do médico-perito na Agência da Previdência Social de Benefícios por Incapacidade (APSBI) em Vitória-ES e suas implicações, especialmente na sua saúde. Os dados foram analisados de acordo com o que prescreve a Análise de Conteúdo de Bardin (2009), em sua vertente de Análise Temática. Os resultados apontam dificuldades na realização do trabalho pericial, com repercussões no comportamento e na saúde dos profissionais, pelo sofrimento psíquico que acarreta. A principal delas é a violência percebida permanentemente como iminente, às vezes real, mas, sempre assustadora. Tais implicações levam os peritos a desenvolverem e utilizarem diversos mecanismos psicológicos de defesa, tanto individuais quanto coletivos. O estudo aponta a necessidade de a Previdência Social rever o padrão de investimento na formação profissional específica dos médicos-peritos, dado às características da atividade pericial, esclarecer os segurados e os médicos assistentes a respeito desta atividade e redefinir as diretrizes políticas para a concessão dos benefícios.

PALAVRAS-CHAVE: Previdência Social. Perícia médica. Trabalho médico. Sofrimento psíquico.

ABSTRACT

The work of the expert medical social security has grown in importance and quantity in recent years in Brazil. One consequence of this is that the complaints have also increased, both by experts-doctors, and by policyholders, which suggests that this relationship full of conflict. This study presents results of a qualitative research carried out with twelve doctors-experts of the Agency of Social Security Disability Benefits (APSBI) in Vitoria, ES. Use as research tools observations of daily work and interviews based on semi-structured. The research aimed to investigate the organization of work of the medical expert at the Agency of Social Security Disability Benefits (APSBI) in Vitoria-ES and its implications, especially in your health. The data were analyzed according to a prescribed content analysis of Bardin (2009), in its aspect of thematic analysis. The results reveal difficulties in performing the work expert, with effects on behavior and health professionals, the mental suffering it entails. The main one is always perceived as imminent violence, sometimes real, but always frightening. These implications lead experts to develop and use various psychological defense mechanisms, both individual and collective. This study indicates the need for Social Security to review the pattern of investment in specific training of the medical experts, given the characteristics of expert activity, clarify policyholders and doctors about this activity and reset the policy guidelines for the granting of benefits.

KEYWORDS: Social Security. Medical Expertise. Medical work. Psychological distress.

LISTA DE SIGLAS

APPSBI - Agência da Previdência Social de Benefícios por Incapacidade
APS - Agência da Previdência Social
Ax n - Exame médico-pericial por ordem
BPC - Benefícios de Prestação Continuada
CAPs - Caixas de Aposentadoria e Pensões
CAT - Comunicação de Acidente do Trabalho
CLT - Consolidação das Leis do Trabalho
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
CCS - Centro de Ciências da Saúde
DCI - Data da Comprovação de Incapacidade
Desp.10 - Despacho especial para contagem de tempo
E - Profissional entrevistado
E n - Espécie e número de benefício
FGTS - Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
IAPAS - Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social
IAPs - Institutos de Aposentadoria e Pensões
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
INSS - Instituto Nacional do Seguro Social
JR - Junta de Recursos
LBA - Legião Brasileira de Assistência
LOAS - Lei Orgânica da Assistência Social
LOPS - Lei Orgânica da Previdência Social
MPAS - Ministério da Previdência e Assistência Social
PAD - Processo Administrativo Disciplinar
SABI - Sistema de Administração de Benefícios por Incapacidade
SAPS - Serviço de Alimentação da Previdência Social
SESC - Serviço Social do Comércio
SESI - Serviço Social da Indústria
SESA - Secretaria Estadual de Saúde
SIMA - Solicitação de Informação ao Médico Assistente
SM&T - Saúde Mental e Trabalho
SST - Serviço de Saúde do Trabalhador
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UAA - Unidade de Administração Avançada

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	15
2.1 O TRABALHO.....	15
2.2 REPERCUSSÕES DO TRABALHO PARA A VIDA	17
2.3 A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO.....	20
2.4 TRABALHO E SAÚDE	23
2.5 O SOFRIMENTO NO TRABALHO	24
3 A PREVIDÊNCIA SOCIAL NO BRASIL	27
3.1 HISTÓRICO	27
3.2 A PERÍCIA MÉDICA PREVIDENCIÁRIA.....	31
3.3 O MÉDICO-PERITO PREVIDENCIÁRIO	35
4 OBJETIVOS.....	37
4.1 GERAL.....	37
4.2 ESPECÍFICOS.....	37
5 METODOLOGIA	38
5.1 TIPO DE ESTUDO.....	38
5.2 CENÁRIO DO ESTUDO	38
5.3 SUJEITOS DO ESTUDO	40
5.4 INSTRUMENTOS DE PESQUISA	41
5.5 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS	43
5.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS	44
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	45
6.1 OS MÉDICOS PERITOS	45
6.2 O COTIDIANO DO TRABALHO	45
6.3 DIFICULDADES NO COTIDIANO DE TRABALHO.....	47
6.4 ELEMENTOS DA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO MÉDICO-PERICIAL	56
6.5 FATORES QUE CAUSAM SOFRIMENTO NO TRABALHO.....	59
6.6 COMPORTAMENTOS DE DEFESA/RESISTÊNCIA	65
6.7 FATORES DE PRAZER RELACIONADOS AO TRABALHO.....	70
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	72
8 REFERÊNCIAS.....	76
APÊNDICES	79
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	80
APÊNDICE B – ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA	81
ANEXOS	82
ANEXO A – TERMO DE APROVAÇÃO DO PROJETO PELO CEP DO CCS.....	83
ANEXO B – SOLICITAÇÃO DE INFORMAÇÃO AO MÉDICO-ASSISTENTE - SIMA	84
ANEXO C – ORGANOGRAMA DO INSS – GERÊNCIA EXECUTIVA VITÓRIA.....	85

1 INTRODUÇÃO

Um recorte histórico torna-se necessário para uma melhor compreensão do processo de aproximação ao campo Saúde Mental e Trabalho (SM&T). O primeiro passo ocorreu quando ao final da graduação surgiu oportunidade de o estágio curricular ser feito numa empresa da Grande Vitória que possuía um serviço bem organizado de Medicina do Trabalho. Esta experiência contribuiu decisivamente para a escolha da área de atuação profissional. Imediatamente após a conclusão da graduação, cursei especialização em Medicina do Trabalho e iniciei a atuação junto a empresas e sindicatos. Pouco tempo depois surgiu a oportunidade de realizar perícias judiciais para as varas da Justiça do Trabalho, ora como perito do Juízo, ora como Assistente Técnico Pericial para uma das partes. Foi um tempo de muitas descobertas e aprendizagem constante, não havendo conhecimento que bastasse à tamanha curiosidade.

Este ímpeto de mais saber provocou a busca de entender em maior profundidade os processos que levavam as pessoas a adoecer, individual e coletivamente, pois já no movimento estudantil (bons tempos!) aprendemos que a assistência médica não bastava para produzir saúde.

Em 1982, ocorreu em Vitória o primeiro curso de especialização em Saúde Pública, resultante de um convênio entre a Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Espírito Santo (SESA), a Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) e a Fundação Oswaldo Cruz do Rio de Janeiro (Fiocruz). A maioria das vagas foi destinada aos servidores da SESA que buscava reestruturar-se. Para a UFES foram destinadas quatro vagas, e uma delas foi ocupada por mim.

Tornavam-se cada vez mais claras as ligações da Saúde Ocupacional com a Saúde Pública, os textos estabeleciam conexões entre ambas e ressaltavam a importância dos conhecimentos dessa para prevenção e proteção da saúde da população trabalhadora. Os processos coletivos ligados ao adoecer já tinham sido bastante estudados, entretanto, havia lacunas relativas ao entendimento quanto aos processos mentais. Assim, em 1983, quando o movimento psicanalítico em Vitória se intensificava, dei início aos estudos no Colégio Freudiano de Vitória. Por meio do estudo teórico e um longo processo de análise pessoal, enfim, autorizei-me como

psicanalista e iniciei os atendimentos clínicos nesta área. Durante este período suspendi a realização de perícias judiciais, que retomei em 1996, como médico do trabalho. Logo surgiram demandas para realizar perícias nas quais estavam implicadas questões da Saúde Mental. Prontamente aceitas, estas trouxeram questionamentos referentes a uma visão ainda fragmentada entre corpo e mente.

Realizar o mestrado passou então a ser uma possibilidade de acrescentar novos conhecimentos que pudessem preencher lacunas ainda abertas. Como sair do discurso e da vontade para uma visão concreta dos sujeitos humanos e uma prática pertinente em que fosse superada a dicotomia corpo e alma, psique e soma?

No Manual de Psicologia Médica (JEAMMET; REYNAUD; CONSOLI, 2000), os autores afirmam que cada médico faz a **sua** medicina. A experiência mostrou-me que é assim mesmo. A busca de fazer-me médico levou por caminhos que sequer poderia prever, mas pude passar a perceber que o processo saúde/doença é influenciado pelos diferentes contextos.

A perícia médica, mesmo sendo reconhecida oficialmente como uma especialidade, tem funcionado como uma área de atuação, pois pode ser praticada por qualquer médico, que, em geral, tem outra especialização. Os três grandes segmentos que demandam perícias médicas são: órgãos públicos, através das juntas periciais do trabalho; a Previdência Social, objeto desta pesquisa; e o Judiciário Federal e Estadual, através da atuação das varas cíveis e trabalhistas que arbitram em conflitos entre pessoas, pessoas e empresas ou segurados e Previdência Social, que freqüentemente demandam perícias médicas para os processos.

Em geral, quando lesões ou seqüelas incapacitantes causadas por terceiros são supostas, buscam-se as varas cíveis. Quando o conflito ocorre entre o empregado e o patrão o processo tramita nas varas trabalhistas. Quando o conflito situa-se entre o segurado e a Previdência Social as varas da Justiça Federal ou a Vara de Acidentes do Trabalho – estadual, são as demandadas para a solução. Em todas elas pode ser nomeado um perito médico da confiança do Juízo para realizar exames no suposto lesionado e produzir um laudo pericial para o processo, que servirá para auxiliar tecnicamente o julgamento do magistrado.

A legislação brasileira faculta que em qualquer tipo de perícia, o periciado pode ser acompanhado de um médico da sua confiança e a outra parte pode designar um médico para representá-la no ato pericial como Assistente Técnico. Ambos podem produzir um laudo com suas conclusões para subsidiar o julgamento da questão.

Dessa forma, fui levado a perceber a necessidade de uma melhor investigação do trabalho médico-pericial previdenciário e as eventuais conseqüências sobre a saúde deste profissional que é o responsável por avaliar a existência ou não de incapacidade para o trabalho, dos trabalhadores em geral.

A atuação por vários anos como médico-perito judicial em processos das varas da Justiça do Trabalho e da Justiça Cível tem proporcionado a oportunidade de travar contato com vários médicos-peritos previdenciários. Assim, pude observar e ouvir queixas sobre seu trabalho. De maneira espontânea apontam o trabalho como sendo estressor, especialmente por ser a perícia previdenciária um lugar onde se manifestam as contradições de interesses entre a Instituição/governo e a demanda dos segurados.

Assim, é possível supor que o trabalho médico-pericial previdenciário possua fatores com potencial de contribuir para um relacionamento muito complexo e rico em conflitos entre o perito e os segurados. Estes também freqüentemente se queixam de atendimentos periciais repletos de atitudes autoritárias e grosseiras. Melo e Assunção (2003) citam este mesmo tipo de críticas feitas por sindicalistas e profissionais que atuam em Centros de atendimento em saúde do trabalhador.

Andrade (1992) lembra que a necessidade de conhecimento técnico específico do perito previdenciário em muito extrapola aquilo que lhe é oferecido em sua formação acadêmica. O trabalho do médico perito demanda outros conhecimentos que fogem à habitualidade do trabalho médico convencional (como leis, regulamentos, portarias e normas), nem sempre é motivador ou consoante ao desejo de ser médico. É notório que a maioria das pós-graduações também não supre essas necessidades.

A influência que o trabalho tem sobre a saúde dos trabalhadores que o executam e a caracterização de situações que provocam incapacidade para o trabalho tem sido objeto de estudos e de políticas públicas. Inclusive, tem ocorrido um crescimento quantitativo do trabalho médico-pericial da Previdência Social.

Segundo Silva (2009) tem crescido o número de ações previdenciárias nos últimos anos. Um dos fatores deste aumento poderia estar ligado ao fato de haver uma maior preocupação sindical com a saúde dos trabalhadores e uma maior percepção destes com o direito à saúde no trabalho. Fato que colabora para o rápido crescimento, em quantidade e importância, do trabalho médico-pericial da Previdência Social.

Além disso, Nascimento Sobrinho; Nascimento e Carvalho (2006) e Melo e Assunção (2003) concluem, respectivamente, pela necessidade de mudanças profundas na organização do trabalho médico em geral e de repensar a inserção institucional dos peritos previdenciários, a fim de proporcionar uma remodelagem da carreira, compatível com a natureza da tarefa.

A literatura vem produzindo conhecimentos sobre as condições do trabalho em saúde, que inclui o estresse como fator importante na saúde dos profissionais deste campo de trabalho. De acordo com Nascimento Sobrinho; Nascimento e Carvalho (2006), Cabana et al. (2007) e Teixeira et al. (2008), o trabalho médico tem sido bastante estudado e vasta literatura mundial apresenta convergência sobre os elementos que contribuem para o surgimento de variadas conseqüências sobre a saúde do médico. No entanto, algumas especialidades não vêm sendo estudadas, como, por exemplo, a do médico-perito previdenciário.

Carneiro e Gouveia (2004) ressaltam que, no Brasil, questões da profissão médica tais como remuneração, múlti-emprego e carga de trabalho são problemas que atingem os médicos em geral. Algumas especialidades como Emergência e UTI (CABANA et al., 2007), Clínicos e Cirurgiões (NASCIMENTO SOBRINHO; NASCIMENTO; CARVALHO, 2006, TEIXEIRA et al., 2008), foram mais estudadas no País quanto à relação da prática profissional com o adoecer. Entretanto, nas bases de dados utilizadas – LILACS e BIRAME –, não foram encontrados estudos a respeito da relação entre saúde e trabalho dos médicos-peritos.

Nascimento Sobrinho; Nascimento e Carvalho (2006) conseguiram apurar em médicos de Salvador/BA, alta freqüência de variadas queixas físicas e psíquicas, relacionadas ao trabalho, e Agarie, Lopes e Cordás (1983) estudaram a alta

prevalência de suicídio em médicos e estudantes de medicina, reconhecendo-o como “doença das condições de trabalho”.

Teixeira et al. (2008) e Nascimento Sobrinho; Nascimento e Carvalho (2006) lembram que as repercussões sobre a saúde dos trabalhadores expostos a fatores estressantes e ansiogênicos são ainda pouco conhecidas e que há necessidade de mais estudos a respeito dos processos de trabalho aos quais estão submetidos os médicos nas suas várias especialidades.

Nogueira-Martins (1991) destaca que o trabalho médico é altamente ansiogênico, com pequenas variações, devido à exposição a fatores psicológicos no contato íntimo com o adoecer. Certamente isto nos leva às seguintes questões: Há diferenças nesta exposição no trabalho médico-pericial? Quais elementos estão presentes neste trabalho? O contato com o doente e a sua doença, a intermediação pelo Estado, a imprecisão do diagnóstico e a busca de objetivos que quase nunca incluem a cura, poderiam fazer diferença?

Em decorrência do acima exposto, surgiram algumas inquietações tal como: quais conseqüências o trabalho do médico-perito previdenciário pode acarretar à sua própria saúde?

A importância social do trabalho do médico-perito previdenciário é, por si, relevante para o desenvolvimento desse estudo, considerando-se o impacto das condições estressoras de sua realização que podem ocorrer na saúde desses profissionais e na qualidade do seu trabalho, com eventuais prejuízos aos trabalhadores que dele dependem. Assim, dado o exposto, tomamos por objeto estudar quais as repercussões que o trabalho traz para os médicos-peritos previdenciários da Agência de Benefícios por Incapacidade em Vitória/ES. Entendemos ser relevante contribuir com conhecimentos que poderão ser utilizados no aperfeiçoamento da organização do trabalho deste profissional. Isto poderá reduzir a participação do trabalho no eventual adoecer do perito e melhorar a qualidade da avaliação pericial, atenuando eventuais prejuízos àqueles que dela necessitam.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O TRABALHO

O trabalho pode ser conceituado de diferentes maneiras, de acordo com as influências da época, da cultura em questão e do campo de conhecimento que o aborda. Tomamos como referência o conceito de trabalho em Marx de 1867. Nele o trabalho é entendido como atividade humana: histórica, material e socialmente determinada, e essencial para se compreender a organização social humana.

Antes de tudo, o trabalho é um processo de que participam o homem e a natureza, processo em que o ser humano com sua própria ação impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza. Defronta-se com a natureza como uma de suas forças. Põem em movimento as forças naturais de seu corpo, braços e pernas, cabeça e mãos, a fim de apropriar-se dos recursos da natureza, imprimindo-lhes forma útil à vida humana. Atuando assim sobre a natureza externa e modificando-a, ao mesmo tempo modifica sua própria natureza. Desenvolve as potencialidades nela adormecidas e submete ao seu domínio o jogo das forças naturais. Não se tratam aqui das formas instintivas, animais, de trabalho [...]. Pressupomos o trabalho sob forma exclusivamente humana (MARX, 1999, p. 1).

Já que as concepções do trabalho mudam conforme o modo de produção de uma determinada sociedade torna-se necessário retornar no tempo, para situá-lo e compreendê-lo historicamente. Nas sociedades tribais o trabalho era exercido de forma coletiva e solidária; posteriormente, começou a mudar no período do modo de produção tributária; até assumir a forma de escravidão; passou para servidão; e depois, para trabalho assalariado – que é o atual modo capitalista de produção.

No primeiro, a sobrevivência das sociedades dependia do trabalho coletivo, e não havia relações de dominação, pois havia comunas e não classes. Cada um tinha direito às cotas conforme as suas necessidades, não havendo geração de excedentes. Os exemplos são os das sociedades tribais do período paleolítico até a idade dos metais, e nos indígenas brasileiros até o descobrimento.

O segundo foi conceituado como modo de produção tributária ou modo de produção asiático, baseado nos estudos que Marx (1999) realizou da maneira de organização das sociedades como as da China e Índia. A necessidade de ter reservas para enfrentamento dos desastres naturais e o desejo de facilitar o trabalho incentivaram o aperfeiçoamento dos instrumentos e criação de hábitos de trabalho, mas gerou conseqüências à área social – a escravidão. São exemplos as antigas sociedades,

grega e romana, em que a base das relações de produção era a propriedade privada (do senhor), tanto dos meios de produção como dos trabalhadores (os escravos).

Na Idade Média aparece uma nova formação econômica, política e social – o feudalismo, que tinha como base das relações de produção a propriedade da terra pelos senhores feudais (o feudo). Esta palavra vem do latim “feodum” que significa as terras que o rei distribuía entre os seus senhores em pagamento ao apoio militar que recebia. Diferentemente dos escravos, os camponeses (ou servos), eram “semi-livres”, mas obrigados a viver e trabalhar na propriedade do senhor. Em retribuição recebiam um terreno dos senhores feudais para produzir, porém, de forma dependente daquele, pois não dispunham dos elementos necessários para o seu trabalho. Esta relação era chamada de servidão. O antagonismo dessa relação chegou a um ponto irreconciliável que levou os camponeses a intensificar a luta para obter o direito de dispor livremente do produto de seu trabalho.

Nos séculos XVI e XVII ocorreram grandes descobrimentos técnico-científicos que juntamente com os processos sociais e econômicos acima, aos poucos, foram estruturando dentro da sociedade feudal o novo sistema de produção – o Capitalismo, mesmo que de forma desigual no tempo e no espaço. Porém, ainda era necessário por um fim ao sistema feudal, que impedia o pleno desenvolvimento do novo sistema. A burguesia (classe detentora do novo sistema de produção), necessitando um mercado de trabalho livre (homens liberados da servidão e sem propriedades), une-se aos servos, pobres das cidades, cientistas e escritores, e assim, dão início às revoluções burguesas, que retiram o poder dos feudos e também da Igreja, sua aliada.

O capitalismo passa a se desenvolver com mais força e segue-se o que ficou conhecido como revolução industrial, que resultou num extraordinário aumento da produção material e do rendimento do trabalho, afetando profundamente a sociedade pelo êxodo rural e crescimento da vida urbana. Formam-se as cidades industriais e também ocorre aumento da população mundial. Entretanto, esta riqueza social não significou melhora material para os trabalhadores, ao contrário, gerava acumulação de um lado e miséria de outro, mudando a forma de exploração desses últimos e levando ao surgimento de duas novas e importantes classes: a alta

burguesia (possuidora dos meios de produção) e a proletária (que vende seu trabalho à primeira em troca de um salário).

Apesar de o capitalismo ser a forma mais avançada de produção de bens para os humanos, possui contradições intrínsecas, por não conseguir dar acesso aos bens produzidos a toda a sociedade (BORGES, 1999). Se a lógica fundamental do capital é a máxima produção de lucro ou mais-valia pelo trabalho, isto pode ser obtido de forma absoluta – baixos salários, e/ou relativa – intensificando o trabalho pelo aumento das tecnologias ou pela organização do trabalho (MARX, 1999).

2.2 REPERCUSSÕES DO TRABALHO PARA A VIDA

Para além da compreensão dos diferentes modos de produção e das questões acima descritas, apresenta-se a necessidade de também entender-se o papel do trabalho na transformação do macaco em homem (ENGELS, 1974), dado a importância do entrelaçamento dessa questão com o processo de sucessivas mudanças na forma de o homem se relacionar com a natureza.

Segundo este autor, o trabalho, juntamente com a natureza, é a fonte de toda a riqueza, mas, também, é a condição fundamental de toda a vida humana. Entretanto, muito antes de poder compreender ou estabelecer um sentido para a palavra riqueza, o homem pode adotar a posição vertical – passo decisivo para a referida transformação. Assim, liberou as mãos para realizar outras atividades, e à medida que novas necessidades para manter a sua sobrevivência surgiam, sua capacidade de adaptação permitia utilizá-las de forma bem diversificada, inclusive produzindo objetos para garantir sua alimentação. Pode então, a mão, ser compreendida como órgão e produto do trabalho. Este processo foi intensificado pela necessidade de trabalhar a terra e produzir ferramentas para tal fim, fortalecendo a socialização dos grupos humanos primitivos que passaram a demandar novas formas de comunicação, e assim, vieram a desenvolver a fala (ENGELS, 1974).

Marx (1999) acrescentou que não há produção possível sem a mão – instrumento de produção, e sem trabalho passado acumulado – habilidade desenvolvida e fixada na

mão do selvagem pela ação repetida. Isso leva a compreender que o homem mantém com o trabalho uma relação de reciprocidade, ou seja, o primeiro ao realizar o segundo, é também realizado por este. Importante aqui apontar uma consideração de Engels (1974, p. 179), – “Todo trabalho, intencional ou não, gera conseqüências, sobre a natureza e sobre os homens”.

É também necessário retomar a diferenciação feita por Marx na citação inicial, entre o trabalho humano e os realizados por animais, devido aquele ser antecedido de uma necessária concepção (o pensamento) a ser materializada no processo de trabalho (MARX, 1999), e traduzir-se em profunda diferença.

Para executar o trabalho as pessoas interagem com os meios de produção, atuando sobre o objeto e sujeitando-se aos diversos fatores ligados à tarefa e/ou provenientes do ambiente de trabalho, que podem provocar conseqüências à sua saúde. Segundo Marx (1999), o trabalho provoca conseqüências na transformação do mundo objetivo e material, e no ser humano, fato que remete à questão da subjetividade, que é elemento indispensável em qualquer análise que leve em consideração o trabalho humano.

O trabalho humano faculta ao homem se constituir sócio-culturalmente por ser produto de suas relações com a natureza e com o social em decorrência de sua capacidade de reflexão e criação, que o difere dos outros animais. Dentre outras, esse conjunto traz repercussões à saúde.

Como já visto, se os processos sociais interagem com os modos de produção ao longo da história da humanidade, pode-se inferir que a construção da subjetividade dos trabalhadores sofre fortes contribuições da experiência concreta.

Segundo Tittoni (1994), a experiência concreta também está marcada pelas formas de organização da sociedade, podendo o trabalho ser um elemento fundamental para a análise da relação do ser humano com o mundo material e com sua vida psíquica, pois a organização do trabalho, por ser uma referência importante, marca a vida do trabalhador ao instituir “modos de ser”, de pensar e de agir.

Rosa (1994) acrescenta que as relações de trabalho produzem, constroem ou criam o modo de ser moral do trabalhador – a sua subjetividade como trabalhador

assalariado – formando o ser profissional pelo processo de trabalho, que o qualifica e identifica ao grupo; desenvolvendo afeto pelos colegas devido ao estreito e longo convívio, tomando a empresa como um segundo lar; e aprendendo o modo de ser: o “ser” profissional, juntamente com a formação profissional. Isto em decorrência de as relações de produção capitalista processar-se como relação de produção e relações de poder no interior do processo de trabalho.

Segundo Jardim (1997), pode se atribuir diferentes lugares ao trabalho conforme os valores que constituem a ordem simbólica de determinada sociedade, e isto é o que se constata quando nos reportamos ao processo histórico acima descrito. Esta autora retoma, de forma sintética, o processo de representações do trabalho para as diferentes sociedades ao longo dos tempos:

Para que o trabalho venha a ser medida do valor nas sociedades modernas, ou seja, para que possa trocar tempo por dinheiro, foi necessária uma mudança na configuração de valores, transformação cultural lenta e gradual ao longo dos séculos – dessacralizar o trabalho e produzir utilidade e produtividade (mais-valia), necessitando adestrar os corpos e as almas, segundo a disciplina criada nos monastérios (JARDIM, 1997, p. 81).

Para Borges (1999), a concepção pré-capitalista do homem era de ordem naturalista, assim, o protestantismo ao romper com a tradição católica favoreceu o desenvolvimento de uma nova filosofia de vida que tinha o trabalho como um fim em si mesmo – o ideal da sociedade burguesa, onde ganhar dinheiro era obrigação e dever do indivíduo. E a profissão passou a ser um dom de Deus e a posição social o resultado da vontade divina. Antes, nos monastérios, a disciplina tinha uma função específica de impedir os “maus pensamentos” – ligados ao prazer dos corpos e produzindo pessoas (iguais) para a salvação. No capitalismo, o poder disciplinar passou a estipular formas de apreensão e de tratamento dos sujeitos que resultam em indivíduos/trabalhadores que se tem por livres e iguais, entretanto, o trabalho produz diferenças (de gênero, de tipo, hierárquicas, etc.).

O trabalho, hoje compreendido como profissão e lugar social, é uma obrigação e um dever. Não trabalhar é estar à margem dessa coletividade, portanto, o ócio torna-se um pecado e não pode mais ser tolerado já que toda a criação é concebida como decorrente do trabalho. Se o trabalho é a redenção dos pecados e caminho para a salvação do espírito, o ócio já não é mais um valor, e assim, o capitalismo se aproxima da ética religiosa (DALBELLO-ARAUJO, 2000).

Por um lado, passou-se a ter a condição de ser trabalhador como importante elemento na construção da subjetividade através dos traços identificatórios, e, por outro, não trabalhar como motivo de vergonha e de punição. Jardim (1997) assevera que ser trabalhador não é uma qualidade essencial, mas sim uma marca, um signo – aquilo que representa algo para alguém, e assim pode ser uma medida de valor, por não se nascer trabalhador, mas tornar-se tal. É o ideal do Eu que vem estabelecer o vínculo entre processo identificatório e trabalho como constituinte do traço identificatório: ser-trabalhador. Segundo Lacan (1986), por ser o Ideal do Eu que comanda o jogo de relações de que depende toda a relação a outrem, e dessa relação depender o grau de satisfação da estruturação imaginária.

O sujeito pode transformar a realidade e suas relações com outros sujeitos e com seu meio de produção. Estas passam a constituir novas subjetividades que apontam para outros modos de existir, trabalhar e produzir, em geral construídas coletivamente nos processos de trabalho. É difícil separar o trabalho das conseqüências por ele geradas, tanto as positivas quanto as negativas, já que gerar conseqüências é imanente ao trabalho, qualquer que seja ele.

2.3 A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

Dejours (1992) designa a organização do trabalho pela divisão do trabalho (divisão das tarefas e divisão dos homens): o conteúdo da tarefa, o sistema hierárquico, as modalidades de comando, as relações de poder, a repartição das responsabilidades. Sua finalidade é organizar o processo de trabalho. É onde se confrontam o desejo dos trabalhadores e o comando do patrão.

Esses elementos, apesar de guardarem diferenças entre si, guardam também uma articulação estreita de interdependência. Conforme está detalhado adiante, a divisão de tarefas visa separar o trabalho manual do intelectual, acarretando a divisão dos homens para que possa ser alcançada. Isto resulta no esvaziamento do conteúdo da tarefa que se torna fragmentada e sem sentido; estabelece um sistema hierárquico por necessitar de um comando e abolir a autonomia; priva de liberdade o trabalhador no ato de produção dominando-o e impedindo-o de qualquer ação não pertinente a ela, definindo quem manda e quem obedece. As questões de responsabilidade

tornam-se também diferenciadas, ficando as maiores e complexas para os que comandam e/ou planejam e as mais simples e reduzidas para os que têm seu desejo excluído pela organização do trabalho, restando-lhes apenas a execução.

O modo capitalista de produção, desde o seu início, objetivou a acumulação do capital, com a máxima produção de lucro ou mais-valia pelo trabalho, obtido de forma absoluta através de baixos salários; e/ou relativa, intensificando o trabalho pelo aumento das tecnologias ou pela organização do trabalho (MARX, 1999).

Em relação à organização do trabalho, ao longo do tempo, três modelos obtiveram maior destaque, sendo o taylorista, o fordista e o toyotista, que ainda impregnam em grande intensidade as formas de gestão do trabalho, tanto na esfera privada quanto pública, em muitos países.

O modelo taylorista, proposto no final do século XIX como um método de gerência científica, segundo Braverman (1987, p. 82) “[...] significa um empenho no sentido de aplicar os métodos da ciência aos problemas crescentes do controle do trabalho nas empresas capitalistas em rápida expansão”. Dessa forma buscava-se desenvolver uma estratégia que permitisse colocar a força de trabalho consoante aos interesses do capital, diferenciando-se o trabalho manual do intelectual. Este foi atribuído à gerência, encarregada de pensar e planejá-lo, e, ao primeiro restou, apenas, sua execução.

Algum tempo depois, em busca de aprimoramento, surgiu o fordismo, acrescentando ao anterior a possibilidade de produção em massa, pois o mercado se expandia e era necessário acompanhar o crescimento da demanda.

Até advir a segunda guerra mundial a associação desses dois modelos facultou ao capital a maximização do lucro então almejado, porém, após o término da mesma um novo arranjo foi necessário, e este espaço foi ocupado por outras formas de gestão do processo de produção, em particular o modo surgido no Japão – o toyotista, segundo Borges (1999), que visava o emergente consumo mais individualizado, requerendo uma flexibilidade máxima das estruturas com trabalhadores mais disponíveis e relações de trabalho sem estabilidade no emprego ou direitos trabalhistas que onerassem os custos.

Uma importante repercussão foi mudar o operário, até então especialista, em polivalente, não mais sendo só braçal, mas também capaz de pensar o seu trabalho e fazer uso de tecnologia que lhe permitisse utilizar várias máquinas, desenvolver várias funções e trabalhar em equipe. Se antes o simples adestramento bastava para formar o trabalhador, os novos tempos passaram a demandar uma educação mais elaborada, restando ao Estado assumir a tarefa antes desenvolvida nas fazendas e nas aldeias, instituindo o sistema escolar. A isso vem se somar outros encargos assumidos pelo Estado, conforme nos ensina Braverman (1987, p. 245),

A saúde pública, serviço postal e muitas outras funções públicas são igualmente desenvolvidos pelas necessidades de uma estrutura social intrincada e delicadamente equilibrada que não possui meio algum de coordenação ou planejamento social a não ser o planejamento interno empresarial dos monopólios que proporcionam a estrutura esquelética da Economia. E muitos desses 'serviços' como prisões, polícia e 'assistência social' expandem-se extraordinariamente devido à amargurada e antagonística vida social das cidades.

Este mesmo autor acrescenta que quando o capitalismo monopolista criou o mercado universal e transformou em mercadoria toda a forma de atividade humana, iniciou a prestação de serviços, que permanece se expandido até a atualidade, não só no setor privado, mas também no setor público (BRAVERMAN, 1987).

Para Marx (1999) um serviço nada mais é que o efeito útil de um valor de uso seja ele mercadoria ou trabalho. A isto se somam as adaptações impostas ao estado capitalista, que passa a criar e a assumir diferentes serviços públicos para buscar responder às novas e crescentes demandas sociais, porém, reproduzindo a lógica taylorista de fragmentação e simplificação do trabalho.

No Brasil, segundo Nogueira (1998), a partir do início dos anos 50, o processo de industrialização tornou-se mais rápido e intenso, pois o próprio Estado passou a assumir a modernização do país, não só atendendo as demandas sociais, mas também investindo na produção de riquezas. Dentre os serviços públicos surgidos como respostas às demandas sociais estavam os voltados para a Assistência Social, onde se incluiu a Previdência Social, que demandou, por sua vez, a instituição da perícia médica, para fins de selecionar os trabalhadores que fariam jus a receber determinado benefício.

Como todo o serviço público em geral, o trabalho médico-pericial previdenciário tem sofrido as influências das mudanças aplicadas ao Estado brasileiro, em particular as que visam redução do déficit previdenciário. Some-se a elas a universalização dos direitos à saúde trazida na Constituição de 1988, com conseqüente aumento do número de segurados e do seu fluxo à perícia médica, e, as exigências laborais sem as necessárias adequações das condições de trabalho e de treinamento.

Assim, descrever o trabalho realizado pelo médico-perito na APSBI em Vitória/ES, identificar as formas da organização do trabalho que influenciam seu processo saúde/doença e a percepção das influências do seu trabalho neste, assume grande relevância na busca das eventuais repercussões que aquelas formas podem provocar à saúde e à subjetividade dos seus executores.

2.4 TRABALHO E SAÚDE

Loch e Correia (2004) ressaltam que o advento da Revolução Industrial no século XVIII, potencializada a partir do século XX, fez com que a produtividade passasse a ser o elemento central. Com isso o trabalho perdeu grande parte de sua capacidade criadora, especialmente devido à parcelização, desqualificação e fragmentação entre o planejamento e a execução.

Dessa forma, as conseqüências sobre a saúde do trabalhador passaram a ser mais intensas; freqüentes e visíveis, assumindo importantes papéis para os diferentes segmentos sociais, principalmente o de bandeira para organização e reivindicações dos trabalhadores, e de objeto de pesquisa para várias áreas do conhecimento.

Dejours, Dessors e Desrioux (1993) apresentam uma extensa lista de fatores ligados à importância do trabalho na vida das pessoas: modo de sobrevivência, status social, um lugar social, um ofício ou emprego, uma reflexão, um “savoir-faire”, uma fonte de interesse, uma causa de fadiga e um meio de desenvolvimento, assim como, também, podendo provocar desgaste e precoce envelhecimento.

Segundo os mesmos, as conseqüências sobre a saúde podem ser muito variadas e dentre elas estão o adoecimento do corpo, em geral relacionado às condições de trabalho, e o sofrimento psíquico, relacionado à organização do trabalho.

As condições de trabalho são determinadas pelos ambientes: físico (ruído, pressão, temperatura, vibração, altitude, etc.), químico (produtos manipulados, vapores, gases, poeiras, fumaças, etc.), biológico (vírus, bactérias, fungos, etc.); condições de higiene; condições de segurança e características antropométricas do posto de trabalho (DEJOURS, 1992).

Nessa linha, a ocorrência de adoecimento do corpo pode, então, se dar a partir da interação deste com os referidos ambientes e eventuais agentes agressores neles presentes, assim como, pelas posturas e movimentos realizados nas atividades laborais, tendo-se, respectivamente, como exemplos: perdas auditivas, intoxicações, infecções, lesões osteomusculares, dentre outros.

Quanto à organização do trabalho, ela é capaz de gerar sofrimento psíquico, segundo o mesmo autor, quando tem pouca ou nenhuma liberdade para as ações espontâneas do trabalhador, tornando a tarefa sem sentido e acarretando aumento da energia psíquica, que, sem uma via de escoamento, acumula-se, provocando desprazer.

2.5 O SOFRIMENTO NO TRABALHO

O sofrimento é inerente à vida humana individual e coletiva, e dessa forma se faz presente no cotidiano do trabalho, podendo assumir uma vertente patológica que vem a ser motivo de preocupação para vários segmentos da sociedade.

Dejours, Dessors e Desrioux (1993) afirmam que quando a relação do trabalhador com a organização do trabalho é favorável, ao menos uma dessas condições se realiza: a) há um “prazer de funcionar” gerado pelas exigências intelectuais, motoras ou psicossensoriais da tarefa de acordo com as necessidades; b) quando o ritmo, a concepção de conteúdo e o modo de trabalhar são “deixados” ao trabalhador, este segue sua vivência subjetiva e modifica a organização do trabalho conforme seu desejo ou necessidades e o trabalho produz satisfação sublimatória.

Portanto, quando o trabalhador consegue transformar a tarefa (prescrita) em (sua) atividade, atribuindo-lhe sentido (de utilidade, finalidade, importância), o conteúdo significativo da tarefa passa a ser motivador para que a realize, pois implica na sua

auto-imagem e permite que se reconheça segundo seus próprios valores e, também, mostrar-se valorizado e obter a satisfação decorrente do reconhecimento social.

Por outro lado, a organização do trabalho limita a realização do projeto espontâneo do trabalhador e prescreve um modo operatório preciso, sendo, de certa forma, a vontade de outro (DEJOURS, 1980). Isto gera amplas conseqüências sobre a vida do mesmo, incluindo a subjetividade e a saúde psíquica.

Em continuidade este autor afirma que a carga psíquica do trabalho resulta do confronto do desejo do trabalhador com a organização do trabalho imposta pelo empregador, sendo a resposta do trabalhador à pressão que ela provoca. Isto nos leva a entender que quando não mais é possível adequar-se à organização do trabalho, o aparelho psíquico não consegue intermediar o conflito com a tarefa e possibilita o surgimento do sofrimento psíquico.

Todo excesso de carga psíquica conduz à aparição da fadiga e do sofrimento, caso não ocorra mudança na organização do trabalho, a fadiga desencadeia a patologia, que será modulada pela estrutura mental (DEJOURS, 1980).

Cabe ressaltar que o sofrimento psíquico nem sempre é explícito, estando, muito freqüentemente, modificado na sua manifestação pelos mecanismos de defesa individuais ou coletivos.

Dejours e Abdouchelli (1990) afirmam que os trabalhadores, para lidarem com a carga psíquica do trabalho, recorrem à elaboração de estratégias defensivas, que se originam no sofrimento decorrente do conflito entre a organização do trabalho e o funcionamento psíquico.

As estratégias defensivas são construídas, organizadas e gerenciadas no coletivo, e visam modificar, transformar e suavizar a percepção que os trabalhadores têm da realidade que os faz sofrer. Minimizam a percepção das pressões do trabalho que acarretam sofrimento, mas não modificam a realidade. Acrescentam que ao participar de uma estratégia de defesa coletiva, o sujeito busca harmonizar seus outros recursos defensivos individuais para garantir coerência de sua economia psíquica e que isto leva a tensões internas e ocasiona perturbações importantes no seu funcionamento. Lutar contra o sofrimento que vem da organização do trabalho

dá ao sujeito uma estabilidade que não pode ser garantida, apenas, com suas defesas próprias (DEJOURS; ABDOUCHELLI, 1990).

Além disso, os autores afirmam que para escapar ao sofrimento psíquico o trabalhador produz mecanismos individuais de defesa, mediados pela sua personalidade, também chamados mecanismos de defesa do ego, e, podem ser citados, dentre os mais comumente utilizados: racionalização, repressão, negação, sublimação e regressão.

A diferença fundamental apontada por esses dois autores entre um mecanismo de defesa individual e uma estratégia coletiva de defesa é que o primeiro persiste sem a presença física de outros, enquanto a segunda depende da formação de um consenso para validação de uma nova realidade.

Dejours; Dessors e Desriaux (1993) lembram que as interações do trabalho com a saúde humana não causam apenas doenças, intoxicações, acidentes, desgastes e sofrimento, porque o trabalho também pode ser fator de sobrevivência, um lugar na sociedade, uma profissão, um meio de desenvolvimento, uma fonte de interesse, dentre outros, e assim, ser fonte de prazer pelas possibilidades de realização social e pessoal que pode gerar.

Assim, neste estudo, buscamos evidenciar os diversos elementos existentes no trabalho médico-pericial previdenciário, principalmente os ligados à organização do trabalho, que podem estar causando conseqüências para a subjetividade e para a saúde do profissional.

3 A PREVIDÊNCIA SOCIAL NO BRASIL

3.1 HISTÓRICO

Para muitos autores, a Previdência Social no Brasil inicia sua história em 1888 com a regulamentação do direito à aposentadoria para os empregados dos Correios.

Possas (1981), considera que no Brasil a implantação da Previdência Social se deu da mesma forma que na Europa, pois mesmo não sendo uma resposta às reivindicações sindicais, o modelo surgiu como demanda empresarial para garantir condições mínimas de estabilidade aos trabalhadores, atenuando conflitos e tensões incipientes na classe operária que se manifestaram nas greves de 1917 e de 1919.

Possas (1981) e Pereira Júnior (2005) afirmam que a Lei Elói Chaves (Dec. nº. 4.682) de 24-1-1923, se converteu no marco inicial da Previdência Social no País. Foi inspirada na lei argentina que instituiu a “Caja de Jubilaciones”, trazida pelo representante das empresas ferroviárias. O sistema foi progressivamente estendendo-se dos setores mais reivindicativos para os menos atuantes da classe operária, da seguinte forma: em 1926 portuários e marítimos e funcionários públicos; em 1928 empregados das empresas telegráficas e radiográficas. O Instituto de Previdência dos Funcionários Públicos Civis da União foi o primeiro e em 1938 mudou de nome para Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado. Os programas consistiam em fundos específicos – Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), restritos às grandes empresas privadas e públicas. Tinham administração própria – um Conselho com representantes dos empregados e dos empregadores. Financeiramente o sistema era mantido pelos empregados, empregadores e União, cabendo aos primeiros 3% do salário mensal, aos segundos 1% da renda bruta e ao Governo Federal a soma da arrecadação das taxas dos serviços ferroviários.

Em 1930 foi criado o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio pelo Governo Vargas, e a partir de 1931 as Associações Profissionais começam a ser ligadas ao Estado, que passou a poder fechá-las por até seis meses, destituindo suas diretorias ou mesmo dissolvê-las. No entanto, paralelamente, passou a ocorrer a ampliação dos direitos sociais do trabalhador – padrão mínimo de consumo e acesso a serviços sociais (incluindo médicos), acarretando impulso ao sistema previdenciário brasileiro (POSSAS, 1981).

Ainda em 1931 foi criada a Caixa de Aposentadoria e Pensões para os empregados das empresas concessionárias ou exploradoras de serviços públicos em geral, e em 1932 para as de mineração. Apesar do avanço que o sistema representava, havia a limitação de ser uma Caixa por empresa, que, às vezes, tinham tamanho insuficiente para operar a contento, dificultando a cobertura e a extensão dos benefícios sociais. A expansão das CAPs tornou isto mais claro. A percepção desse fato levou o governo a optar pela reestruturação do sistema e buscar aumentar o número de segurados em torno de instituições previdenciárias em âmbito nacional, usando como base o ramo de atividade da empresa para a criação dos Institutos, que agora cobririam todas as empresas do mesmo ramo.

Em decorrência de tal decisão, sucessivamente, foram criados, o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos e classes anexas – IAPM, em 1923; depois o IAPC (Comerciários) e IAPB (Bancários), em 1934. Neste mesmo ano foram criadas as CAPs dos Trabalhadores em Trapiches e Armazéns de Café e a dos Estivadores, depois denominadas de Instituto: IAPTEC e IAPE (este depois foi incorporado ao primeiro). O último criado foi o IAPI (Industriários), em 1938. Nesse mesmo ano já eram contados 99 CAPs e 5 IAPs, funcionando com grande variedade de leis e procedimentos operacionais e, aproximadamente, 3 milhões de segurados (POSSAS, 1981).

Interessante observar que a lógica do Ministério do Trabalho no processo de concessão da proteção a um determinado grupo é que ele recebia não só o Instituto, mas também a sua lei específica de previdência. Ainda, é interessante apontar a diferença de organização jurídica entre os IAPs e as CAPs, pois estas últimas eram sociedades civis e os primeiros, autarquias, com maior subordinação dos recursos ao Estado (POSSAS, 1981).

Com o objetivo de complementar os benefícios do sistema de previdência, o governo criou outros órgãos, como: Serviço de Alimentação da Previdência Social (SAPS), em 1940; a Legião Brasileira de Assistência (LBA), em 1942; o Serviço Social da Indústria (SESI) e o do Comércio (SESC) e a Fundação da Casa Popular, em 1946.

Em 1949 foi criado o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência – SAMDU, mantido por todos os Institutos e Caixas, e as 24 CAPs remanescentes

foram aglutinadas em uma única – a Caixa de Aposentadoria e Pensões dos Ferroviários e Empregados em Serviços Públicos (CAPFESP), que em 1960 passou a Instituto – IAPFESP. Neste mesmo ano o Ministério do Trabalho passou a ser denominado de Ministério do Trabalho e Previdência Social.

Em 1960 após longo debate legislativo aprovou-se a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), tornada única para os IAPs e abrangente a todos os trabalhadores regidos pela CLT. No entanto, os trabalhadores rurais só foram incluídos em 1963, quando da promulgação da Lei 4.214 de 02.03.63. Em 1966 essa Lei veio a ser modificada para a criação do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) e do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) que reuniu os seis IAPs existentes, e a efetivou em 1967, ao constituir um plano único de custeio e benefícios.

Na década de 70 as doenças ocupacionais apresentavam-se de forma crescente e não havia legislação a respeito ou era incompleta ou insuficiente, e, ainda, não havia controle sobre a exposição, o que levava a diagnósticos tardios, configurando que muito ainda havia por ser feito. Em 1974 foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social, e em 1975 o Plano de Pronta Ação – PPA, que permitia a realização de convênios com empresas para assistência médica, realização de perícias e concessão de benefícios (Resolução nº INPS-900.10, de 17.02.75).

Somente com a promulgação da Constituição de 1988 ocorreu a extensão dos benefícios da Previdência Social a todos os trabalhadores brasileiros. Em 1990 ocorreu fusão do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) com o Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS) e o nome foi mudado para Instituto Nacional do Seguro Social (INSS).

Em dezembro de 1998 a idade mínima para aposentadoria passou a ser de 55 anos para as mulheres e de 60 anos para os homens, podendo ser requerida após 35 anos de contribuição. Foi também introduzido o fator previdenciário, justificado pela necessidade de melhorar o equilíbrio financeiro da Previdência, sentido como uma perda social. E em 2003 houve a extensão de aposentadoria a cooperados e benefícios aos idosos e a pessoas portadoras de deficiência.

Num país como o Brasil contemporâneo, com a economia em crescimento devido a o intenso processo de industrialização, a Previdência Social adquire contornos de

política social de grande alcance, face aos fatores presentes na sociedade, como o elevado índice de desemprego estrutural, baixa escolaridade do trabalhador, alto índice de doenças e acidentes do trabalho ainda existentes e possibilidade de distribuição de renda a segmentos da população anteriormente marginalizados.

Não se pode deixar de reconhecer na Previdência Social dois elementos paradoxais presentes: 1) o princípio de justiça social ao garantir àqueles que já cumpriram seu tempo de labor em prol de si e da sociedade, a manutenção de suas necessidades materiais, pelas aposentadorias e pensões; e, 2) expressar os conflitos próprios da relação capital X trabalho, onde a exploração do trabalho alienado pode produzir as piores conseqüências sobre a vida e a saúde daqueles que o executam, tornando a obtenção de algum benefício necessária e difícil.

Desse modo, vislumbram-se possibilidades de melhor compreensão como o “sistema de saúde” – onde se inclui a Previdência Social – se organiza a partir das necessidades geradas na e pela sociedade, numa tentativa de acompanhar as relações que esta mesma sociedade mantém com a organização da produção, de forma mais marcante no modo capitalista.

A Previdência Social no Brasil é considerada por muitos como um seguro social para garantir aos trabalhadores e seus dependentes o amparo necessário em caso de perda da capacidade laboral, permanente ou temporária, decorrente de fatores ligados ou não, ao seu trabalho. No entanto, de acordo com Boschetti (2003), ao tratá-la como seguro e não como política social, as reformas a ela aplicadas tendem a corroer as bases conceituais e financeiras da seguridade social, enfraquecendo a possibilidade de se consolidar como propriedade social.

Para a concessão de qualquer um dos benefícios da Previdência Social, é sempre necessária uma avaliação a ser realizada, obrigatoriamente, pelo setor de Perícias Médicas. Dentre os benefícios que a Previdência provê tem-se: auxílio-doença; aposentadoria por invalidez, por idade ou por tempo de contribuição; pensão por morte; auxílio funeral; assistência médica; abonos e pecúlios (INSTITUTO NACIONAL DE SEGURO SOCIAL, 2002).

3.2 A PERÍCIA MÉDICA PREVIDENCIÁRIA

No Brasil, a seguridade social inclui a Previdência Social, a Assistência Social e a Assistência à Saúde como seus três pilares. A perícia médica previdenciária está diretamente envolvida nos dois primeiros (ALMEIDA, 2009).

Desde a década de 1930 a Previdência Social condiciona a concessão ou a manutenção dos benefícios à existência de incapacidade ou invalidez, comprovada por inspeção médico-pericial.

Almeida (2009) acrescenta que por décadas, a perícia médica previdenciária foi exercida por médicos do INSS que ingressaram majoritariamente em 1976-77 e em 1983-84. Não possuíam qualificação específica e formaram-se peritos pela prática, sem treinamento formal pela Previdência. Em paralelo haviam os “Credenciados”, médicos privados, igualmente sem formação específica, que atuavam em seus consultórios emitindo laudos para o INSS.

O principal instrumento de domínio público que trata dos elementos da estrutura e do funcionamento da Perícia Médica Previdenciária é o Manual de Perícias Médicas da Previdência Social disponibilizado na internet, que dispõe sobre o ordenamento a ser seguido por todas as instâncias (INSTITUTO NACIONAL DE SEGURO SOCIAL, 2002).

Este manual está disposto em cinco capítulos divididos em vários itens, e alguns se referem às condições de trabalho, ao processo de trabalho e à organização do trabalho do médico-perito, guardando pertinência com elementos da investigação feita neste trabalho.

Dois preceitos básicos do Manual devem ser observados: 1) a finalidade da atividade médico-pericial e, 2) a organização da perícia médica, conforme abaixo.

1) 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 de benefícios das E.42 e E.46 em desp.10 – aposentadoria especial, do requerimento de benefícios assistenciais E.87 (BPC-LOAS – Benefícios de Prestação Continuada-Lei Orgânica da Assistência Social) e indenizatórios E.56 (portadores da síndrome de talidomida).

Os exames médico-periciais são classificados quanto à espécie do benefício, a fase e a ordem do exame, e serão codificados numericamente para permitir apurações e facilitar a execução na forma que se segue:

Codificação quanto à espécie de benefício:

- (E 21) Pensão por morte
- (E 25) Pensão auxílio-reclusão
- (E 31) Auxílio-doença previdenciário
- (E 32) Aposentadoria por invalidez
- (E 33) Aposentadoria por invalidez Aeronauta
- (E 36) Auxílio-acidente de qualquer natureza
- (E 46) Aposentadoria Especial
- (E 56) Pensão Especial Vítimas Talidomida
- (E 80) Salário-Maternidade
- (E 87) Amparo Social a Pessoa Portadora de Deficiência
- (E 91) Auxílio-Doença acidentário
- (E 92) Aposentadoria Invalidez por Acidente de Trabalho
- (E 93) Pensão por morte Acidente de Trabalho
- (E 94) Auxílio-Acidente

Nas espécies 21, 25 e 93 a atuação da perícia médica se restringe à comprovação de invalidez em dependente maior.

Quanto à ordem, os exames médico-periciais são codificados em:

- (Ax 01) Exame médico-pericial inicial para auxílio-doença e pensão
- (Axs 02, 03... n) Exame médico-pericial subsequente.

O exame Ax 01 é o primeiro exame médico realizado para verificação das condições morfofisiológicas do examinado. Os exames 02 em diante são realizados tendo em vista a Data da Comprovação de Incapacidade (DCI) fixada anteriormente.

Quanto à fase de processamento do benefício, os exames podem ser:

- (0) Exame médico-pericial para concessão, manutenção ou cessação de benefício;
- (2) Exame médico-pericial para instruir recursos à Junta de Recursos (JR);
- (4) Exame médico-pericial para revisão analítica – conclusão médica com base nos antecedentes médicos existentes e realizada com finalidade de manter ou modificar decisões anteriores;
- (5) Exame médico-pericial para cessação do benefício a pedido;
- (6) Encaminhamento em Programa de Reabilitação Profissional;
- (7) Desligamento de Programa de Reabilitação Profissional;
- (8) Restabelecimento do benefício.

2) A organização do INSS/Perícia Médica compreende os seguintes níveis de ação:

- a) Direção-Geral – voltada para o estabelecimento de objetivos gerais, planos estratégicos de acordo com as políticas e diretrizes do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), normatização das atividades e desenvolvimento de ação, em âmbito nacional;
- b) Gerências-Executivas – com funções voltadas para a viabilização de programas e metas estabelecidos pela Direção-Geral, exercendo supervisão, acompanhamento e apoio das atividades dos seus órgãos de execução.

Na Direção-Geral pode-se verificar a seguinte hierarquia: Diretoria de Benefícios -> Coordenação Geral de Benefícios por Incapacidade -> Divisão de Orientação e Uniformização de Procedimentos de Perícias Médicas e Reabilitação Profissional. Gerência-Executiva (representa projeções da Direção-Geral) -> Chefia de Serviço/ Seção de Gerenciamento de Benefícios por Incapacidade (responsável pelo controle e execução das atividades especializadas de perícia médica e reabilitação

profissional). O Setor de Perícia Médica é conceituado como a área dentro da Agência da Previdência Social ou Unidade de Administração Avançada (APS/UAA) destinada à execução da atividade médico-pericial.

Como a Direção-Geral situa-se em nível federal, entendemos como não necessário seu detalhamento, inclusive por ser facilmente acessível, inclusive o organograma, no site da Previdência Social.

Quanto à Gerência-Executiva, por ser da esfera estadual e nela estar situada a agência previdenciária onde foi realizado este estudo, optamos por anexar o seu organograma, obtido junto ao setor administrativo da mesma (Anexo B).

O item quatro do Manual traz os conceitos de incapacidade e de invalidez que são fundamentais para o trabalho médico-pericial, da seguinte forma:

1) Incapacidade laborativa: é a impossibilidade de desempenhar as funções específicas de uma atividade ou ocupação, devido alterações morfofisiológicas provocadas por doença ou acidente. O risco de vida ou de agravamento acarretado pela permanência em atividade será incluído neste conceito desde que palpável e indiscutível.

2) Invalidez: é a incapacidade laborativa total, indefinida e multiprofissional, insuscetível de recuperação ou reabilitação profissional, em consequência de doença ou acidente.

Almeida (2009) defende e argumenta que a incapacidade é um conceito relativo, porque sempre estará relacionada a alguma habilidade, que ao perito caberá verificar se é aplicável ao caso que analisa. Terá de ultrapassar o diagnóstico principal e considerar co-morbidades, aspectos sociais e crenças pessoais e ideológicas próprias. Assim, implica em um julgamento de valor, pois, para além da doença, necessita avaliar as repercussões no trabalho e na vida para concluir se cabe o reconhecimento do direito ao benefício.

A concessão de um benefício pode, ainda, vir a depender de decisão Judicial, pois um segurado não conformado com uma resposta negativa pode entrar em Juízo contra a Previdência que, nesta condição, torna-se Reclamada/Ré. Como parte de

sua defesa processual, indicará um médico perito como assistente técnico que deverá responder aos quesitos e emitir um parecer técnico.

3.3 O MÉDICO-PERITO PREVIDENCIÁRIO

Após a ocorrência de uma greve com duração de 89 dias os peritos conquistaram a Carreira de Perito Médico Previdenciário, criada pela Lei nº. 10.876, de junho de 2004, e em 29 de agosto de 2008 foi aprovada a Medida Provisória nº. 441, que definiu o nome das funções como Médico Perito Previdenciário da Carreira Médico-Perito Previdenciário do INSS e de Supervisor Médico-Pericial, e instituiu as tabelas de 40 horas e de 20 horas semanais para ambas.

O médico perito previdenciário, objeto deste estudo, assume esta função profissional a partir de aprovação em concurso público federal realizado para tal fim, no qual é requerido, apenas, possuir formação acadêmica em nível de graduação médica.

Dessa forma, evidencia-se que não há formação específica para tal, e a grande maioria dos peritos tem outra especialidade médica, anteriormente escolhida. Segundo os próprios peritos e a chefia, os conhecimentos e as habilidades são adquiridos, geralmente, através dos treinamentos e cursos de capacitação com duração variável, de acordo com necessidades e possibilidades institucionais, assim como, ainda formam-se peritos pela prática.

Para Melo e Assunção (2003) apesar da relevância social desse trabalho profissional, ele ainda é pouco compreendido pela sociedade, o que não favorece os investimentos institucionais necessários em qualificação profissional e formulação de críticas que possam contribuir para melhoria do serviço prestado.

A perícia médica ainda é confundida com medicina assistencial, por motivos diversos não ainda esclarecidos. Segundo Almeida (2009) as relações médico-periciado são muito diversas das relações médico-paciente, pois esta se fundamenta em confiança mútua, empatia, busca do diagnóstico, do tratamento, do alívio. Já a relação médico-periciado fundamenta-se na desconfiança mútua, no compromisso com a verdade, com o parecer justo.

Acrescenta ser a diferença tão relevante que o Código de Ética Médica, no Capítulo XI, é específico para as perícias, e, apenas também, para a pesquisa em seres humanos. Defende que “[...] perícia é um ato médico legal sobre um indivíduo para uma autoridade [...]”, no caso o INSS, sendo seu presidente quem assina as conclusões favoráveis ou contrárias aos requerimentos (ALMEIDA, 2009).

Baseadas em Dworkin (1977), que estabeleceu o conceito de princípio – a ser seguido ou obedecido – mas que podem ser conflitantes ou divergentes, Melo e Assunção (2003) concluem ser o trabalho pericial semelhante ao do operador do direito, o que torna a decisão inexata, por poderem atribuir diferentes valores a esses princípios os diferentes operadores.

Complementam com o argumento de o ato clínico, nas instâncias de observação, anamnese e exame físico, convergir para o ato de operar o direito, pois os raciocínios, clínico e jurídico, buscam evidências baseados em método, interpretação e conclusão que dependem de injunções históricas e sociais, processo chamado por Dworkin de convergência interpretativa (MELO; ASSUNÇÃO, 2003).

Conforme Schraiber (1993), no exercício da profissão o médico se confunde com o próprio processo de trabalho que executa, por ser o seu elemento nuclear e lhe propiciar sentido, assim como, enquanto agente, dominar o controle deste trabalho.

Nascimento Sobrinho; Nascimento e Carvalho (2006) acrescentam que o trabalho médico é caracterizado como aquele desenvolvido sobre um objeto/sujeito – o paciente – portador de história, vida, relações, experiências e interage com o médico influenciando-o, o qual utiliza instrumentos específicos para obter resultados – prevenção, alívio, cura ou reabilitação. Isto leva-nos a entender que há dificuldades para enquadrar o trabalho médico-pericial previdenciário nas características acima, por não se basear integralmente nessas mesmas premissas e também não visar os mesmos resultados.

Assim, ao evidenciarmos que a função do médico-perito previdenciário é depositária de elementos dessa complexa relação trabalho X sociedade, passamos a sentir-nos instigados a estudar a organização do trabalho à qual o mesmo está submetido e também os possíveis impactos da sua realização, tanto para a saúde quanto para a subjetividade do profissional.

4 OBJETIVOS

4.1 GERAL

Investigar a organização do trabalho do médico-perito da Agência da Previdência Social de Benefícios por Incapacidade (APSBI) em Vitória-ES e suas implicações, especialmente para a sua saúde.

4.2 ESPECÍFICOS

- 1) Descrever o trabalho realizado pelo médico-perito previdenciário na APSBI de Vitória/ES.
- 2) Identificar as formas da organização do trabalho que podem influenciar no processo saúde/doença do médico-perito previdenciário.
- 3) Identificar a percepção do médico-perito sobre as influências do trabalho em sua saúde.

5 METODOLOGIA

5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo exploratório de natureza qualitativa. Essa escolha se deve ao fato de que pouco se conhece sobre o trabalho do médico perito. Além disso, buscamos com este estudo verificar quais significados os sujeitos atribuem ao seu trabalho e as relações que estes estabelecem com a sua saúde. Um estudo dessa natureza carece de uma abordagem qualitativa para atingir seus objetivos.

5.2 CENÁRIO DO ESTUDO

Realizamos o estudo nas dependências da Agência da Previdência Social de Benefícios por Incapacidade (APSBI) do município de Vitória-ES, situada à Rua Pedro Fonseca s/nº, Ilha de Monte Belo – Anexo II da Agência da Previdência Social, nos dois primeiros pavimentos. CEP 29.041-060. Nesta agência atuam um total de 15 médicos-peritos que se revezam em dois turnos: de 07h00min as 13h00min e de 13h00min as 19h00min.

O acesso externo às dependências da Agência se dá pela Av. Marechal Mascarenhas de Moraes, também conhecida como Avenida Beira Mar, ou por uma rua lateral. O acesso interno ao referido prédio (Anexo II), é feito por uma rampa de via dupla com um corrimão central ao longo de sua extensão de aproximadamente oito metros, para facilitar a deambulação ou o uso de cadeira de rodas. A entrada no prédio se dá pelo andar térreo, por uma porta de vidro com um detector de metais, semelhante ao dos aeroportos, que possui um aviso para os objetos metálicos serem depositados numa mesinha ao lado.

O salão com aproximadamente cinco metros de largura por 18 de comprimento possui piso frio, teto e paredes em cores claras (branca, cinza e gelo). A iluminação tem intensidade adequada devido a várias luminárias com lâmpadas fluorescentes no teto e lateralmente pelas grandes janelas de vidro com esquadrias de alumínio que ocupam a metade superior da parede frontal. A temperatura é mantida artificialmente, por sistema de refrigeração com aparelhos tipo “split”,

localizados próximos ao teto. À direita há uma bancada de madeira com dois guichês, onde funciona a recepção, com um servidor administrativo e uma estagiária. Há um computador conectado à rede da Previdência em cada um deles. Ao lado desta bancada há um pequeno corredor que dá acesso aos elevadores, à sala de espera e aos consultórios de números 1 a 4. A área e os consultórios possuem as mesmas características físicas do salão. Acima do nível das portas dos consultórios há um painel que faz a chamada dos segurados seguindo a numeração das senhas recebidas na recepção. Do lado esquerdo dos elevadores há uma porta corta-fogo que é a passagem para uma escada de alvenaria por onde se chega aos demais pavimentos e dois banheiros – um masculino e um feminino, para uso do público.

A parte central do salão é uma ampla área ocupada por assentos destinados aos usuários que aguardam atendimento para diversas finalidades e, na extremidade esquerda, há uma divisória em madeira e vidro que delimita o setor denominado Atendimento e possui na parte superior um painel de chamada que é feita de acordo com as senhas também fornecidas na recepção.

No primeiro pavimento, com acesso pela escada ou pelos elevadores, tem-se à esquerda a sala de espera dos demais consultórios, que é idêntica à do térreo, com os de números 5 a 8 defronte e os de 9 a 11 situados à direita. As demais salas deste segmento são destinadas à área administrativa do setor. Ao lado da escada há uma copa e ao lado desta há dois banheiros para uso exclusivo dos funcionários.

Todas as portas de ambos os pavimentos tem uma placa identificatória e nas paredes das salas de espera e do salão há placas informando a preferência para idosos, pessoas com deficiência ou com crianças de colo.

Quanto ao funcionamento, a recepção tem as funções de receber e orientar o segurado que chega à Agência, de acordo com a sua demanda: fornecer uma senha e encaminhá-lo para a perícia médica, se já estiver agendado, ou para o setor de atendimento quando necessitar fazer o agendamento, marcar revisão da perícia, informar-se sobre o seu benefício ou quando seus dados estiverem incompletos. É ainda responsável pela entrega dos resultados das perícias.

A quantidade de segurados geralmente é maior pela manhã e sua presença se estende até próximo de 16 horas. O setor de Atendimento funciona até as 17h30min e o de perícias até as 19 horas – apenas para os já agendados. O número de médicos peritos é maior no turno matutino, mas pode variar, pois existem dois deles que trabalham também em outra Agência dois dias na semana e, aqueles que se disponibilizam, são escalados para o “reforço” nas pequenas agências do interior do Estado quando há sobrecarga de agendamentos.

A carga horária dos médicos-peritos é de 20 ou de 40 horas semanais (com uma única exceção de 30 horas) e após uma greve ocorrida em 2010 ficou acordado que os de 20h teriam 12 agendamentos por dia e os de 40h teriam 15 agendamentos por dia, de 20 em 20 minutos para todas as cargas horárias. O tempo restante da jornada de trabalho é cumprido em: 1) atividades internas – análise de recursos, análise de aposentadoria especial, análise para isenção de imposto de renda e estudos e conclusão de perícias anteriores mais complexas; e 2) externas – perícias em segurados hospitalizados ou em domicílio e visita a locais de trabalho.

As instâncias de atuação pericial são: 1) perícia inicial (Ax 1) – que pode negar ou conceder o benefício (no segundo caso, poderá ser prorrogado após nova perícia); 2) reconsideração – é a re-análise do mesmo requerimento feita pelo mesmo perito ou por outro; 3) recurso – é a análise do requerimento feita por um supervisor. Quando o benefício é também negado por este, o processo segue para a Junta de Recursos, que é uma instância administrativa.

5.3 SUJEITOS DO ESTUDO

O estudo foi realizado com doze dos quinze médicos-peritos em atividade na Agência de Benefícios por Incapacidade em Vitória. Foram entrevistados aqueles que se encontravam na função há mais de dois anos que, após assistirem a explanação do projeto em reunião agendada pela chefia, concordaram em participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

5.4 INSTRUMENTOS DE PESQUISA

Observação Descritiva – durante as duas últimas semanas do mês de março e as duas primeiras do mês de abril de 2011 foram realizadas 16 horas de observação na recepção, nas salas de espera e nos consultórios do setor de perícias médicas da Agência de Benefícios por Incapacidade em Vitória. Estas observações foram importantes para que o pesquisador pudesse obter impressões sobre a organização do trabalho nos diferentes turnos de trabalho. Ela foi inicialmente voltada para o fluxo dos segurados e à rotina que antecede ao exame médico-pericial. Posteriormente, concluiu-se pela necessidade de também ser observada a rotina de trabalho do médico-perito. Assim, foram aleatoriamente escolhidos quatro dentre os que haviam assinado o termo de consentimento livre e esclarecido, que realizavam perícias naquele período e anuíram em serem observados.

Segundo Lüdke e André (1986) a observação nas pesquisas qualitativas pode ser tão útil quanto às entrevistas, isoladamente ou associada a outras técnicas. Dentre as vantagens aventadas, consideramos três delas como essenciais para o nosso trabalho: a) utilizar experiências pessoais do observador para compreender e interpretar o fenômeno estudado; b) permitir que o observador chegue mais perto da visão de mundo dos sujeitos – a realidade circundante e como lidam com ela; e, c) permitir a descoberta de novos aspectos de um problema, principalmente quando a base teórica é inconsistente para orientar a coleta de dados.

Também foram levadas em conta as possíveis desvantagens que poderiam ocorrer e isto levou-nos à opção de revelar apenas parte do que seria observado, de acordo com Lüdke e André (1986), visando não alterar o comportamento dos observados.

Todas as observações foram registradas em um Diário de Campo tais como a configuração da área física, os procedimentos administrativos e funcionais que antecedem a realização da perícia médica, assim como, a rotina dos atendimentos aos segurados na realização das mesmas para serem comparadas com o material das entrevistas realizadas com os sujeitos da pesquisa.

Foram realizadas 12 entrevistas individuais nos locais e horários escolhidos pelos sujeitos, utilizando o tipo de entrevista focal com roteiro semi-estruturado, conforme proposto por Uwe (2004), sendo inicialmente pedido que o sujeito falasse de forma

aberta e ampla sobre seu trabalho e sua saúde. À medida do necessário foram feitas perguntas abertas, conforme previsto no roteiro pré-estabelecido, para tornar as informações prestadas mais claras.

Segundo Uwe (2004), em uma entrevista deve-se buscar três coisas: 1) ressaltar os elementos específicos (a especificidade) que determinam o impacto ou significado de um evento para o entrevistado através da inspeção retroativa; 2) assegurar que todos os aspectos e tópicos relevantes à questão de pesquisa sejam mencionados durante a entrevista, deixando o entrevistado introduzi-los e fazê-lo retornar sobre o que não tenha sido detalhado suficientemente; 3) buscar o máximo de comentários auto-reveladores quanto aos sentimentos (e à sua reafirmação) e referência a situações comparativas – que são a profundidade e o contexto pessoal.

Foram estabelecidas algumas questões a serem abordadas nas entrevistas com os sujeitos por terem sido consideradas imprescindíveis à análise dos dados com vistas a se alcançar os objetivos da pesquisa. Estas questões foram organizadas na forma de um Roteiro para Entrevista Semi-Estruturada (Apêndice B).

Segundo Manzini (2006) a função principal do roteiro de entrevista é auxiliar na condução da entrevista para o objetivo pretendido, e, secundariamente, auxiliar o pesquisador a se organizar antes e no momento da entrevista e, indiretamente, o entrevistado a fornecer informações mais precisas e com maior facilidade.

As doze entrevistas foram precedidas por três oportunidades de pré-teste para o aperfeiçoamento do roteiro e da performance do pesquisador. Estas foram realizadas com profissionais da mesma categoria funcional, porém de outras agências da região Grande Vitória e do interior.

Optamos pela utilização da entrevista individual em função das dificuldades operacionais em reunir os peritos por mais de uma vez para esta finalidade. Também se levou em conta os conteúdos de caráter pessoal a serem investigados, e, o fato de aquelas, permitirem esclarecimentos, adaptações e correções para aumentar sua eficácia (LÜDKE; ANDRÉ, 1986).

As entrevistas foram gravadas e transcritas de maneira integral com todos os cuidados para preservar o anonimato dos entrevistados. O material será apagado após o término do estudo.

5.5 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

Todo o material originado pela pesquisa de campo, tais como as descrições das observações e o conteúdo das entrevistas foi analisado de acordo com o que prescreve a Análise de Conteúdo (BARDIN, 2009), em sua vertente de Análise Temática. Esta escolha se deu em função de objetivarmos compreender a percepção que os sujeitos da pesquisa têm sobre a forma como o seu trabalho está organizado e das eventuais repercussões que podem provocar em sua saúde.

Visamos, então, obter as diferentes visões que os sujeitos podem ter a respeito de determinados objetos que lhes são comuns, no entanto, o foco não estando no sujeito, mas no objeto, sob a perspectiva dos diferentes sujeitos. Com base em Minayo (2008), de início buscamos descobrir os núcleos de sentido que compunham a comunicação, cuja presença ou frequência significassem alguma coisa para o objeto analítico visado, através de uma pré-análise que consistiu de: a) leitura flutuante do material transcrito; b) constituição do *corpus*, através da busca da *exaustividade* (se o material continha todos os aspectos levantados no roteiro); da *representatividade* (se continha características essenciais do universo pretendido); da *homogeneidade* (se obedecia a critérios precisos de escolha quanto aos temas tratados, às técnicas empregadas e aos atributos dos entrevistados); da *pertinência* (se os conteúdos analisados eram adequados para responder aos objetivos do trabalho); c) revisão dos Objetivos, após leitura exaustiva do material e das indagações iniciais. Consideramos que todos os quesitos acima foram contemplados de maneira satisfatória.

Posteriormente passamos à Exploração do Material, que consistiu em classificá-lo com vistas alcançar o núcleo de compreensão do texto, buscando categorias (expressões ou palavras significativas) em função das quais o conteúdo de uma fala está organizado – categorização.

Por fim, realizamos a classificação e a agregação dos dados, escolhendo as categorias teóricas ou empíricas, responsáveis pela especificação dos temas. Por

último realizamos o Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação dos mesmos. Propusemos inferências e realizamos interpretações que foram inter-relacionadas com o quadro teórico desenhado inicialmente.

5.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde da UFES para análise em 3 de agosto de 2010, de acordo com as resoluções 196/96, 251/97 e 292/99, e aprovado em 27 de outubro de 2010 com o nº 174/10 (Anexo). A coleta de dados somente teve início após a aprovação da Banca de Qualificação do Projeto. Os entrevistados tiveram participação voluntária, não fazendo jus ao recebimento de qualquer tipo de vantagem.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise foi realizada segundo o que prescreve Bardin (2009). Relemos várias vezes a transcrição das entrevistas e identificamos diversos temas levantados pelos entrevistados que foram agrupados da seguinte maneira para serem analisados: 1) Os médicos peritos 2) O cotidiano do trabalho; 3) Dificuldades no cotidiano do trabalho; 4) Elementos da organização do trabalho médico-pericial; 5) Fatores que causam sofrimento no trabalho; 6) Comportamentos de defesa; 7) Fatores de prazer relacionados ao trabalho.

6.1 OS MÉDICOS PERITOS

Os doze médicos-peritos entrevistados representam 80% dos médicos peritos que atuam na APSBI em Vitória. Destes, sete são do sexo masculino e cinco do feminino. Ampla maioria atua na função entre 5 e 6 anos e, os dois restantes, um está abaixo e o outro acima deste período de tempo. Em relação à idade, nove encontram-se na faixa etária entre 30 e 40 anos e os demais entre 50 e 60 anos. Dez tem jornada de 40 horas semanais como peritos, um tem jornada de 30 e o outro de 20 horas semanais; dez também trabalham em atividades assistenciais e dois somente como peritos do INSS; três acumulam atividades de supervisão e um na Junta de Recursos, e os demais realizam apenas perícias.

6.2 O COTIDIANO DO TRABALHO

As atividades do médico-perito previdenciário quando o segurado se apresenta para a avaliação pericial foram assim sintetizadas: acionar o monitor de chamadas de acordo com a ordem das senhas recebidas na recepção; identificá-lo por meio de documento com fotografia; digitar o nome no sistema para abrir o prontuário; confirmar a atividade laboral (a atual e as pregressas); verificar o motivo da perícia; colher a história clínica; realizar o exame físico; analisar os exames complementares e laudos do médico assistente; solicitar demais documentos que julgar necessários (CAT, SIMA, prontuário, etc.) e; emitir sua conclusão (se há incapacidade ou não).

[...] eu aciono este monitor de chamadas, o segurado já recebeu uma senha, já tá agendado... eu abro a minha agenda daquele dia e vou chamando os segurados de acordo com a ordem que foi distribuída as senhas... nem sempre significa a mesma ordem que tá na agenda, e aí a gente vai revisar as perícias... que consiste em fazer uma anamnese, qual motivo tá levando o segurado a estar incapaz pro trabalho, por que ele tá ali reivindicando um benefício, depois, como numa consulta comum, a gente faz um exame físico mais direcionado pra queixa dele [...] e analisa os exames complementares... na maioria das vezes eles levam também o laudo do especialista, que é fundamental na primeira perícia pra fixar a data do início da doença e do início da incapacidade [...] se for um auxílio-doença acidentário, ele tem que levar a CAT – comunicação de acidente do trabalho [...] nos pedidos de reconsideração e de prorrogação eles levam também atestado médico [...] depois de tudo isso a gente faz a conclusão da perícia... (E4).

[...] eu tenho uma rotina de atendimento, que, geralmente, segue o mesmo passo pra cada segurado, que é a identificação primeiro, depois a atividade laboral que ele exerce e não só o nome da atividade, mas como ela é executada no local de trabalho, isso eu pergunto ao próprio segurado e, seguindo o resto, que é a parte da medicina, o que ele está apresentando, porque que ele tá requerendo algum tipo de benefício, e descrevo isso, vejo os exames, examino e defino se aquilo vai ser deferido ou não [...] se há necessidade de complementação de alguma coisa a gente interrompe sem concluir e emite um documento para a pessoa apresentar o que falta pra poder concluir o caso (E5).

De forma não tão freqüente são ainda realizadas: investigação da existência denexo causal para doenças e acidentes do trabalho; discussão de caso com perito de outra especialidade (quando necessário) que eles denominam de “Junta Médica”; perícias hospitalares e domiciliares, onde colhem a história, examinam e lançam no sistema posteriormente.

O nexo causal para fins previdenciários é definido como a relação de causa e efeito que pode existir entre o trabalho e a ocorrência de uma determinada doença ou de um acidente. Quando são estabelecidos os elementos dessa relação passam a ser configurados respectivamente como doença do trabalho ou acidente do trabalho.

Em relação às colocações feitas pertinentes à investigação da existência do nexo causal podemos destacar:

[...] faz parte do nosso trabalho estabelecer os nexos, que pode ser o nexo com a própria profissão, o nexo com um acidente do trabalho típico, pode ser um acidente de trajeto, e a gente faz isso a partir da CAT, da notificação da empresa, ou então com a própria profissão, ou então o nexo é epidemiológico [...] (E1).

Na realização desta atividade os peritos informam que para alcançarem os objetivos há necessidade do uso da legislação pertinente, que não é habitual no trabalho médico em geral:

A gente aqui trabalha muito com legislação... a gente se baseia muito na legislação... então, por exemplo, têm determinadas doenças ou condições que isentam carência, então a gente precisa saber da legislação de isenção de carência [...] (E1).

Segundo Andrade (1992) o trabalho do médico perito, além dos conhecimentos habituais ao trabalho médico convencional, demanda outros conhecimentos relativos a regulamentos, leis, portarias e normas, que por sua vez, nem sempre são motivadores ou consoantes ao desejo de ser médico.

Em relação à discussão de casos com os outros colegas peritos:

[...] se um tá ocupado o outro pode te atender pra discutir um caso ou outro [...] isso ajuda muito a você tomar decisões num caso de maior complexidade... essa disposição de fazer a chamada 'junta médica' entre nós mesmos... (E1).

Em relação às perícias hospitalares e domiciliares acima citadas:

[...] são basicamente visitas hospitalares de segurados que estão internados e tem perícias agendadas e não podem se locomover ao INSS porque não tem previsão de alta [...] então, quando isso acontece, vem algum representante, faz a solicitação [...], e isso é repassado pra poder nós irmos [...], a gente colhe a história, examina e lança a perícia no dia seguinte, na Instituição... (E2).

6.3 DIFICULDADES NO COTIDIANO DE TRABALHO

A redução no agendamento para o máximo de 15 perícias por dia e a entrega do resultado não mais ser feita pelo próprio perito ao segurado, foram apontadas como as principais mudanças ocorridas que contribuíram para a substancial diminuição do número de conflitos no trabalho pericial.

Quanto à primeira, foi considerada pelos entrevistados como tendo fundamental importância para a categoria por também ser considerada uma conquista da mesma.

[...] esses dois anos que eu to aqui eu acho que a coisa melhorou muito e a redução da carga de trabalho contribuiu acentuadamente pra isso (E1).

Olha, seriam no mínimo 15 perícias... porque no mínimo? Por que sempre tem uma perícia extra... se você pediu, ele vai voltar e ser periciado novamente... mas essas 15 são realmente porque, na realidade eram 24 quando eu entrei, eu cheguei a fazer 40 perícias num dia, é uma coisa insuportável... aí, a questão do horário, que passou de 6 para 8 horas, então, automaticamente, como determina a lei, o atendimento ao público, teoricamente, só pode ser de 6 horas, de 24, automaticamente, passou pra 18... só que, nós da Associação dos Peritos, fizemos uma greve pra

reivindicar uma autonomia do tempo, pois estávamos sendo muito pressionados pela Previdência a atender uma demanda cada vez maior... aí, nessa greve, caiu para 18, e, aqui em Vitória, a gente acordou que seria muito 18... então, a gente conseguiu estabelecer que seriam 15, excepcionalmente, aqui no Espírito Santo [...] (E3).

Quando eu entrei, nós fazíamos 24 perícias por dia... chegamos ao absurdo de ter de fazer, num determinado momento, 30 perícias por dia... agora, aqui, a gente tá fazendo 15 perícias por dia... (E12).

Quanto ao segundo elemento apontado, sua relevância se configura por ser identificado como aquele que deu a maior contribuição para que os conflitos no ambiente de trabalho fossem reduzidos.

[...] nos últimos dois anos que eu estou aqui, a sistemática se tornou bem diferente [...] a gente faz a perícia e fica isenta neste aspecto de ter que entregar o resultado. Que vai por correspondência... e nos casos em que a gente tem que fazer a entrega aqui, não é dentro do consultório, a entrega é feita lá na recepção pelo administrativo... então, isso mudou radicalmente a maneira de fazer perícia... a incidência de conflitos diminuiu bastante e se tornou muito mais fácil... (E9).

O perito previdenciário tem clareza da necessidade e importância de contar com o trabalho dos médicos assistentes. Isto faz com que tenha cuidado em não interferir na conduta dos mesmos, e evitar a ocorrência de atritos, pois sabe que os papéis são distintos e complementares.

Quando necessita suprir a falta de informações essenciais à sua conclusão, reportar-se ao médico assistente utilizando-se do SIMA. Assim, consegue, de forma ética, melhor situar o papel do perito, para aquele e para o segurado.

[...] às vezes, você não tem dados para continuar a perícia, aí você emite um SIMA, que é a Solicitação de Informação ao Médico Assistente... você vai pedir que forneça mais informações... aquilo que vai te ajudar a concluir a perícia [...] (E4).

[...] se a gente tiver alguma dúvida em relação aos dados médicos que o paciente trouxe, aos exames que ele trouxe ou se a gente desconfiar que isso aí pode ter um início mais pra trás, ou que não seja incapacitante, a gente pode solicitar o SIMA [...] (E6).

[...] a diferença básica entre o médico-perito e o médico assistente... este teria a função de analisar a doença, o tratamento, a avaliação prognóstica, e a gente, aqui, tem a função específica de avaliar se o indivíduo, naquele momento, está em incapacidade laborativa ou não, ou se eventualmente ele chegou a um estágio de incapacidade definitiva [...] (E9).

[...] eu não assumo e nunca posso assumir o papel de médico assistente... eu tenho que ouvir o segurado como médico e não deixar ter postura de médico assistente, ou seja, tanto é que isso é previsto no Código de Ética Médica [...] eu não posso opinar no que é melhor pra ele em relação ao seu tratamento ou à sua doença... (E11).

A divisão do trabalho médico-pericial com o dos médicos assistentes se fundamenta na ética. Almeida (2009) defende que as diferenças são tão relevantes que o Código de Ética Médica, no Capítulo XI, trata especificamente das perícias, definindo-as como um ato médico legal sobre um indivíduo para uma autoridade. No caso presente esta autoridade é o INSS.

A necessidade de cumprir integralmente o horário de trabalho passou a fazer parte das preocupações dos peritos previdenciários a partir do aumento da jornada semanal de trabalho de 30 para 40 horas, juntamente com a adoção do ponto eletrônico, que os levou a adotar diferentes opções de cumprimento da jornada para dar conta da nova situação. A isto se somou a pouca flexibilidade no horário de trabalho porque seis horas da jornada diária tem que ser dedicada à realização de perícias, e somente nas duas horas restantes lhes é possível definir suas prioridades, e tão somente, em relação àquelas que são complementares. Para os que têm jornada de trinta e de vinte horas semanais, não há essa possibilidade de flexibilização, pois o tempo é todo voltado para a realização de perícias.

[...] eu tenho 6 horas de atendimento ao público e, [...] tem um número de atendimentos que você tem que realizar, e tem 2 horas para você resolver pendências, [...] então tem uma certa dinâmica. Essas 2 horas são mais flexíveis e as 6 horas não têm flexibilidade, tudo você tem que se organizar pra que aquelas 6 horas ali têm que ser bem fechadinho [...] por que os exames são agendados naquele horário, então, você tem que cumprir o horário certinho, naquela seqüência que foi estabelecida... (E1).

Um aspecto ruim aqui é a nossa agenda... congela... engessa o nosso dia, as outras duas horas são atividades extra-agenda... se a gente tiver algum problema pra resolver fora, ou um problema de saúde na família... essa agenda complica, dá pouca mobilidade pra gente durante o dia... (E2).

[...] quando foi implantado o ponto eletrônico... isso complicou um pouco a vida de muitos peritos, de todo mundo, que teve que se adaptar ao problema do ponto... a gente não pode ter outro trabalho, e tem que cumprir oito horas aqui dentro, isso daí foi um problema criado que não tinha antes e isso stressou muita gente, mas a gente tem que se adaptar... o governo tá no direito dele de cobrar e a gente tá na obrigação de cumprir [...] (E6).

Eu acho que o sistema me aprisiona... tempo... isso aí me deixa realmente assim... sensibilizada, desmotivada, insegura, às vezes... nossa, ele me aprisiona sim [...] tenho um consultório, mas que eu fico, assim, muito pouco tempo, depois dessa questão de ponto, de horário estabelecido... fico muito pouco tempo... praticamente, estou dedicando 20% da minha jornada (E7).

A existência de atividades não reconhecidas como trabalho, tais como: consulta ao colega de outra especialidade, discussão de casos com outros colegas, análise dos documentos solicitados para complementação da perícia, atrasos nas perícias

provocados por falhas administrativas ou do SABI, são considerados como um tempo que tem valor somente para os próprios peritos, pois a Instituição e os segurados não o validam como tal.

[...] essa disposição de fazer 'junta médica' entre nós mesmos, infelizmente não é computado... eu largo meu trabalho aqui e, na minha área mais específica de formação, de especialização, para dar uma opinião pro colega, sento lá com ele 40, 50 minutos, 1 hora, não importa, e isso não é computado como trabalho. É uma... vamos dizer... ajuda que eu estou fazendo ao colega, mas isso não aparece, isso não é reconhecido (E11).

Quando há alguma situação administrativa que não esteja funcionando bem, não remarcam aquelas perícias que atrasaram, nós é que temos que dar um jeito de atender... no mesmo dia ou outro dia... ou seja, vira uma bola de neve. Quando eu pego um caso que eu fico na dúvida, aí a gente tem o SIMA... tudo é trabalho extra [...] eu tenho que atender esta demanda extra que eu mesma crio e que o sistema não encaixa... (E12).

O clima de amizade e cooperação entre os peritos, apesar de não ter sido abordado de forma específica por muitos, pode ser percebido como um elemento importante para eles.

O clima entre os colegas aqui é bom, pelo menos nessa agência... e a gente aqui tem um clima de amizade, a gente se ajuda muito... em dúvidas, a gente chama um pra discutir o caso, com outro [...] aqui a gente tem essa facilidade... (E2).

[...] o ambiente entre nós peritos é muito bom... temos um grupo muito bom aqui, que discute casos, que tá sempre pronto a ajudar o colega na hora de solucionar uma dúvida, ou na hora de qualquer tipo de conflito [...] (E8).

A relação entre o médico-perito e o usuário segurado foi caracterizada como técnica e distante, não seguindo os preceitos da relação médico-paciente, além de ser marcada pelas vivências afetivas “negativas” ocorridas no próprio trabalho pericial.

Olha, a gente vê a relação com o segurado da forma mais distante possível... aqui não pode ter vínculo afetivo... a gente não pode sentir pena ou compaixão... tem que fazer um julgamento técnico da condição de trabalho [...] então, tem que ter a distância, não tem envolvimento não (E2).

Olha, eu vejo a minha relação com o segurado como muito técnica... infelizmente, aqui no INSS, a gente não pode ter uma relação como médico-paciente, que você entra na intimidade do paciente, que você cria uma relação de intimidade... com o segurado a gente tem que ter uma relação técnica... (E6).

Eu não vejo como uma relação amistosa... procuro manter uma relação de educação, respeito, uma relação pacífica, mas [...] mesmo assim, acho que ele tem um pouco de aversão à figura, não ao jeito como eu trato ele, mas à figura do perito eu acho que ele tem um pouco de aversão (E10).

[...] a minha conduta é sempre de muito respeito com quem eu atendo, de ouvir, de forma bastante carinhosa, atenciosa, todo mundo que eu atendo...

agora, sempre tentando manter uma distância [...] eu fui vítima de agressão... não só verbal... eu fiquei assustada com aquilo... são pessoas que agredem muito [...] (E12).

Segundo Nascimento Sobrinho; Nascimento e Carvalho (2006) o trabalho médico é caracterizado como aquele desenvolvido sobre um objeto/sujeito – o paciente – que tem história, vida, relações e experiências e interage com o médico influenciando-o. Este por sua vez utiliza instrumentos específicos para obter resultados, que podem ser prevenção, alívio, cura ou reabilitação.

Almeida (2009) acrescenta que a relação médico-periciado é muito diversa da relação médico-paciente, por esta se fundamentar em confiança mútua, empatia, busca do diagnóstico, do tratamento e do alívio. Já a relação médico-periciado fundamenta-se na desconfiança mútua, no compromisso com a verdade, com o parecer justo.

A nossa experiência empírica como médico-perito judicial durante muitos anos nos permitiu observar e ouvir queixas espontâneas dos médicos-peritos previdenciários sobre seu o trabalho, que o apontam como sendo estressor, especialmente por ser nele que se manifestam as contradições de interesses entre a Instituição/governo e a demanda dos segurados.

Melo e Assunção (2003) citam que os segurados, sindicalistas e profissionais que atuam em Centros de atendimento em saúde do trabalhador freqüentemente também se queixam de atendimentos periciais com atitudes autoritárias e grosseiras. A presença destes elementos aponta o porquê deste trabalho médico-pericial gerar um relacionamento complexo e rico em conflitos entre o perito e os segurados.

A falta de prazer no trabalho pericial foi uma questão apontada de forma categórica por alguns, no entanto, foi citada por outros de forma contraditória ou parcelizada, passando, a nosso ver, a assumir papel relevante, dado às implicações que tem na forma de o perito ver o segurado e, também, com a sua própria saúde, além de poder estar relacionada com a falta de sentido da tarefa prescrita pelo agendamento.

[...] não dá pra falar que isso aqui é um trabalho agradável porque não é... é um trabalho que paga as nossas contas [...] eu, no início, tive uns problemas também na minha mão, de digitar, porque eram 24 perícias por dia, então chegava ao final do expediente, principalmente quinta ou sexta-feira, com a mão e o punho doloridos de trabalhar... (E2).

[...] a natureza desse serviço aqui é terrível, você não tem gratificação nenhuma aqui dentro, pessoal... você não aprende nada de novo... serviço repetido, chato, burocrático... (E3).

[...] não vou te dizer que eu venho pra cá infeliz e coisa, mas também não é uma coisa prazerosa [...] por ter sido vítima de uma situação dessa (doença do trabalho), eu acabo tendo uma sensibilidade também para os segurados que chegam com situações semelhantes... (E8).

[...] poderia ser um trabalho muito prazeroso se realmente fosse mais organizado e... mais sério dentro da instituição, mas ainda não é... (E12).

Por outro lado, houve outro grupo que disse sentir prazer/satisfação e orgulho no trabalho pericial, ou em parte dele, como conceder o benefício a quem tem direito, e, de forma surpreendente, foram bastante contundentes nas afirmações.

[...] eu sinto prazer no trabalho, apesar do cansaço, mas isso faz parte... mas sinto prazer no meu trabalho pericial [...] eu acho mais estressante mentalmente o meu trabalho como médico assistente do que o trabalho pericial (E5).

[...] o trabalho do perito previdenciário, assim, é um trabalho que eu, divergente de muitas outras pessoas, gosto muito, eu me sinto em casa aqui no INSS, gosto muito de trabalhar aqui [...] (E6).

[...] ao conceder, você sente um certo prazer porque você tá dando, tá ajudando a pessoa naquilo que ela tá pleiteando, né [...] é quando a gente vê aquele segurado que tem realmente direito ao benefício, você vê que está incapacitado, que tem uma doença inquestionável [...] quando você concede o benefício nestas circunstâncias... isso, realmente, é muito prazeroso (E9).

Sim, tenho uma satisfação grande em realizar perícia... hoje em dia... o ato de realizar a perícia me dá uma satisfação pessoal grande (E10).

Eu sinto duas coisas interessantes: prazer e orgulho (E11).

Além de possivelmente ter dado sentido à tarefa e dela passado a extrair prazer, o perito deixa entrever que se adaptou à realização da mesma. Esta contradição é aparente e não surpreendente se considerarmos que, segundo Tiltoni (1994), a experiência concreta está marcada pelas formas de organização da sociedade e marca a vida do ser humano, podendo o trabalho ser um elemento fundamental para a análise da relação deste com o mundo material e com sua vida psíquica, pois a organização do trabalho institui “modos de ser”, de pensar e de agir.

Os entrevistados colocaram a questão da autonomia/liberdade no trabalho como algo satisfatório para as suas demandas, principalmente em relação ao tempo, não a reconhecendo, portanto, como um elemento causador de sofrimento psíquico, mas, para alguns, é causa de estresse quando o controle do tempo não é possível.

Ficar duas horas sem ter ninguém pra atender e saber que eu tenho uma lista inteira pra atender, isso é muito estressante... isso é uma coisa hoje que me estressa muito (E5).

Eu me sinto com liberdade plena aqui dentro, mesmo porque é característica da minha personalidade não permitir qualquer tipo de domínio ou interferência no meu trabalho... (E6).

[...] a gente chega há ficar 1 hora com o periciado e com outro você fica 5 minutos... é questão realmente da necessidade de você avaliar o segurado em função da doença que ele tem [...] mas a gente tem a autonomia no trabalho sim (E8).

[...] eu considero que a autonomia que a gente tem aqui ela é muito grande, a autonomia individual de cada perito [...] se autonomia parcial ou total, eu diria que é quase uma autonomia total, por que a gente só é questionado num caso extremo [...] as nossas decisões, em geral, são aceitas e não são muito questionadas (E9).

Os entrevistados demonstraram ter a concepção de que a terminologia atual não é adequada para nomear os benefícios da Previdência Social, por contribuir de forma acentuada para a ocorrência de conflitos com os segurados. Isto já os levou a apresentarem outros termos como sugestão, no entanto, não obtiveram êxito na sua proposta.

[...] o próprio nome do benefício não nos ajuda por que um auxílio doença sugere o que? Um auxílio pra quem tá doente... e, muitas vezes, a pessoa tá doente, mas não tá incapaz [...] (E1).

[...] uma distorção, acho que muito grande, já começa é pelo nome que tem isso aqui, que é o nosso principal benefício que a gente avalia, que é o auxílio doença... essa daí é terrível, por que dá a idéia que auxílio doença é, simplesmente, pra quem tá doente [...] (E3).

[...] o próprio nome do benefício é um nome que já se tentou mudar e não se consegue – é auxílio-doença, então, ele acha que por ser portador da doença ele tem direito ao benefício, e a gente tenta mudar pra 'auxílio-incapacidade para o trabalho'. [...] o sentido do benefício é pra cobrir um período que esteja incapacitado pra trabalhar, e não um auxílio pra doença, pra comprar remédio... (E9).

A esta terminologia inadequada os entrevistados adicionaram a pouca informação prestada pela Previdência Social a respeito do trabalho desenvolvido pelo perito previdenciário, que também é percebida como fonte de conflitos.

Investir na própria qualificação profissional foi um elemento citado que assume papel relevante no enfrentamento às ameaças apontadas no trabalho pericial, por atenuar a vulnerabilidade do perito devido, fortalecer seu saber técnico e sua autonomia, e, reduzir as possibilidades de questionamento da sua conclusão pericial.

[...] eu fiz uma pós-graduação em perícia, muitas pessoas fizeram pós-graduação nessa área pra tentar otimizar o serviço [...] os peritos tem tentado fazer o serviço com a melhor seriedade possível (E5).

[...] a questão técnica eu to procurando sempre estudar, estudar, estudar, estar procurando, assim, me aperfeiçoar cada vez mais [...] (E7).

[...] estudamos muito pra ser perito, por que é pra gente justamente ter a capacidade de ser justo [...] (E11).

[...] depois que eu entrei no INSS, eu fiz o curso de Perícia Médica, terminei no ano passado... cheguei a fazer o curso de Medicina do Trabalho, mas não concluí [...] não há nenhum estímulo (da Instituição) pra que você se capacite, que melhore naquele trabalho que você tá fazendo [...] onde a gente tem um grande problema que é a violência [...] (E12).

A falta de condições adequadas para examinar o segurado reporta-se desde a falta de material/instrumental até ao ambiente físico. Aparece com conotações de enfrentamento e superação, mas também de queixa, que permite também enquadrá-la dentre os fatores que provocam sofrimento no trabalho por contribuir para esvaziar de sentido a realização da tarefa, na medida em que, certas vezes, até impede que ela seja realizada.

[...] nem todas as salas têm todos os materiais, mas a gente tenta conseguir isso aí de uma forma ou de outra [...] não tem uma mesa adequada pra fazer um exame ginecológico aqui... às vezes até a própria condição da sala expõe, de certa forma, o segurado, porque às vezes a janela não é totalmente fechada [...] a gente muitas vezes acata o que tem no laudo pra não expor aquela pessoa a uma situação que poderia ser constrangedora ou a um exame de forma inadequada... (E1).

[...] eu acho que, extremamente, aqui a gente tá sob um estresse danado, numa condição muitas vezes insalubre de trabalho, sem condições às vezes mínimas de tudo... por exemplo, pra mim aqui não tem uma pia... aqui não tem uma cortina pra avaliar melhor um segurado... e, simplesmente a gente tem que trabalhar... (E3).

Essa falta de condições adequadas para trabalhar nos remete a Boschetti (2003), quando afirma que a Previdência ao ser tratada como seguro e não como política social, tem enfraquecida a possibilidade de se consolidar como propriedade social, pois as reformas a ela aplicadas tendem a corroer as bases conceituais e financeiras da seguridade social.

O perito previdenciário percebe seu trabalho como desgastante/árduo e o relaciona aos vários temas deste segmento, no entanto, reconhecê-lo como depositário de conflitos que não tem origem no mesmo, mas por estar no meio de diferentes grupos de interesse é fundamental, por poder articulá-lo às questões levantadas como as

mais relevantes para os entrevistados – a falta de segurança e os medos, ou seja, aquelas que podem estar causando sofrimento para eles.

É um trabalho um tanto desgastante este atendimento que a gente faz... não pelo doente que aparece [...] são as situações duvidosas... muita exacerbação aqui dentro... confunde a gente a chegar a uma conclusão (E2).

[...] é uma área que a gente fica no meio de uma... no meio de um alvo aqui, porque você tem de um lado os trabalhadores, que vem requerer um auxílio aqui na Previdência, outro lado que é a empresa e um terceiro que é o governo... então... tá no meio de um... de vários grupos diferentes... (E3).

[...] o trabalho do médico-perito é um trabalho que a gente trabalha sob uma certa ansiedade, sob uma certa pressão... (E4).

[...] é um trabalho árduo, que gera conflito principalmente por falta de informação e, muitas vezes, por uma postura de levar vantagem que, infelizmente, muitas pessoas têm... não é fácil o trabalho pericial [...] (E11).

O rodízio entre as atividades estressoras e não estressoras no setor de perícias foi apontado como uma possibilidade e uma necessidade a ser estendida a todos, já que realizar perícias é tido como a de maior potencial estressogênico. Entretanto, expressivo número de médicos-peritos realiza supervisão, considerada como pouco estressora, por isso, talvez, não tenham se manifestado a respeito, assim como, por utilizarem outros mecanismos compensatórios tal como atividade assistencial.

[...] depois que você fica na rotina aqui de fazer perícia, você não sai mais, você não tem como fazer rodízio porque ninguém quer deixar você fazer esse rodízio... você fica preso nesse sistema... não existe um salutar rodízio que deveria ter... (E3).

A tensão do trabalho foi percebida como algo que interfere nos relacionamentos e na saúde dos médicos-peritos.

[...] eu sinto que, por exemplo... a minha esposa... de vez em quando a gente tem discussões grandes, que talvez a gente não teria se não trabalhasse neste serviço... tem muitas brigas que a gente hiperdimensiona porque a gente tá num tipo de serviço que é extremamente problemático [...] interfere nos relacionamentos... isso eu não tenho nem dúvida (E3).

Eu to com um problema devido ao excesso de trabalho... mas nem tanto ligado à perícia... eu to dependente de benzodiazepínico pra eu poder agüentar [...] eu trabalho doze horas por dia, tem dia que eu atendo aqui quinze mais doze lá na perícia e mais uns oito no consultório... tomo todo dia pela manhã um bromazepam pra poder, assim, equilibrar [...] aí você chega em casa já estressado e toma uma a duas latinhas de cerveja (E4).

[...] o trabalho aqui, o trabalho que a gente tem... mesmo daqui... a gente leva, ainda, pra casa... no dia a dia isso impregna na cabeça da gente esse trabalho aqui de perícia... então, a gente até adocece [...] (E7).

[...] eu tive descompensações bem claras, assim, na minha vida profissional de perito, que correlaciono direto com aquele dia ou com aquela semana que foi mais estressante [...] (E11).

[...] acaba que você leva trabalho pra casa,... o tempo que você tem livre pra descansar, pra você se recuperar, você tá com trabalho em casa pra fazer, então, acaba atrapalhando a vida pessoal, aquele momento que seria seu e você não tá tendo... seu, da sua família e você... tá levando aquilo pra dentro da sua casa (E12).

De forma semelhante aos médicos em geral, os médicos-peritos praticam a automedicação, que só não é feita quando é algo mais sério ou que foge da sua área de formação.

[...] acho que quando é um problema de saúde que você consegue conviver bem com ele você mesmo procura dar um jeito... quando você perde o controle, você tem que procurar um médico... ou então é uma área que você não entende bem... você tem que procurar um colega especialista [...] (E1).

Nunca tive um problema de saúde sério que necessitasse algo muito rebuscado... as últimas doenças que eu tive foram... automedicadas (E2).

Sou eu que me trato... não tenho outro colega que é meu médico não, sou eu mesmo que me trato [...] (E4).

[...] no meu caso, eu me automedico [...] na grande maioria das vezes eu me automedico, e também a minha família tem uma coisa assim... eu acompanho todo mundo (E6).

Médico dificilmente vira paciente, né... geralmente a gente se trata, né [...] mas eu faço check-ups anuais [...] (E8).

Eu faço automedicação, a não ser quando é alguma coisa mais grave [...] (E10).

Eu pratico bastante automedicação... procuro ajuda também [...] (E12).

Certamente que esta questão é espinhosa por implicar em questões motivacionais: objetivas e subjetivas (JEAMMET; REYNAUD; CONSOLI, 2000), portanto, talvez não seja pertinente aprofundá-la, mas, não deixando de reconhecer que guarda relação com o desejo de ser médico.

6.4 ELEMENTOS DA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO MÉDICO-PERICIAL

O agendamento das perícias é feito administrativamente para 15 perícias por dia e não sofre participação do perito. Pode ser solicitado diretamente na agência, junto à Recepção, pelo segurando ou por um representante seu, ou pelo telefone.

A entrega do resultado não mais é feita pelo perito, podendo ser enviada pelo correio ou ser entregue na Recepção por um funcionário administrativo. Da mesma

forma, é este setor o responsável por fazer as orientações ao segurado de como proceder em caso de necessidade de recorrer.

[...] então, quer dizer, boa parte dos segurados, o resultado vai para o endereço dele, vai por correspondência... e nos casos de entrega aqui, que é para o segurado empregado, ela é feita na recepção pelo administrativo, que dá todas as orientações de como recorrer [...] (E9).

Os médicos-peritos previdenciários têm necessidade de cumprir integralmente o horário de trabalho. No caso daqueles que possuem jornada de 40 horas semanais, são 6 horas de atendimento ao público e 2 horas para atividades complementares.

O período de atendimento ao público é dedicado somente às perícias agendadas, entendendo-se como não sendo possível utilizá-lo para outras finalidades, mas as horas restantes para a realização das atividades complementares podem ser flexibilizadas conforme as necessidades dos peritos.

Eu tenho seis horas de atendimento ao público e, nesse tempo você tem um número de atendimentos que você tem que realizar [...] e tem duas horas pra você resolver pendências, que é justamente de documentação, pra discutir um caso, ou então se atrasar, [...] de um caso que você precisa do parecer do supervisor [...] essas duas horas são mais flexíveis... essas seis horas não têm flexibilidade [...] (E1).

As atividades extras, não reconhecidas como trabalho, como, por exemplo, retorno fora da agenda, discussão de casos, análise de documentos complementares (SIMA, CAT, prontuários, etc.), modificam a organização do trabalho prescrita, e leva à adoção de medidas compensatórias pelo perito, na tentativa de controlar o tempo, quando não é possível utilizar o horário em que há flexibilidade.

[...] se você emite um SIMA, e essa pessoa volta pra você, ela volta sem agendamento, quer dizer, soma-se às outras perícias que você já tem agendadas [...] você sai da sala pra chamar um colega, vai discutir e às vezes em uma perícia você já gasta uma hora... ou seja, uma perícia se transformou em cinco horários [...] (E11).

Quando há alguma situação administrativa que não esteja funcionando bem, não remarcam aquelas perícias que atrasaram, nós é que temos que dar um jeito de atender... no mesmo dia ou outro dia... ou seja, vira uma bola de neve. Quando eu pego um caso que eu fico na dúvida, aí a gente tem o SIMA... tudo é trabalho extra [...] eu tenho que atender esta demanda extra que eu mesma crio e que o sistema não encaixa... (E12).

Esta demanda extra, mesmo às vezes gerada pelo próprio perito, é vivenciada como não valorizada e não recompensada, concretizando-se como intensificação da exploração da mais-valia (MARX, 1999) pois, mesmo deixados ao seu critério

modificar o tempo e a organização do trabalho, resulta no aumento da carga psíquica e gera desprazer (DEJOURS, 1980).

As relações com as chefias, com os supervisores, com os colegas médicos e com os servidores administrativos aparecem como ambíguas, pois ao mesmo tempo em que são ditas como tranqüilas, também deixam transparecer conflitos. A existência desta última, às vezes, sequer é reconhecida, o que levanta a hipótese de ser uma forma de poder desqualificá-la.

Olha, a gente tem que se relacionar com praticamente todo mundo do INSS... a gente se relaciona desde o segurança que a gente tem na porta; com as pessoas que ficam na distribuição das senhas; com os assistentes sociais, porque têm o benefício chamado LOAS; a gente tem que ter relação com a nossa chefia tanto de benefício como a nossa chefia da agência [...] o médico perito é uma parte do INSS [...] e tem a questão hierárquica com a gerente executiva e com a chefia do SST, que é o chefe geral dos médicos, mas não pressupõe que você tem que acatar ordens [...] tem respeito, mas não necessariamente submissão (E6).

Então, você se relaciona com o servidor administrativo que participa da perícia, de alguma forma? Não, não... a única coisa que a gente faz é pegar a documentação e entregar pra eles no final [...] É muito pouco... não vejo como um relacionamento. Com a hierarquia, bem... o supervisor nosso entrou junto com a gente e é uma pessoa muito fácil de lidar [...] a gente discute muitos casos, ele pede a opinião da gente, então, na verdade, é um relacionamento muito de igual [...] aquela idéia de vir para ensinar acabou, nós todos somos iguais discutindo casos [...] alguns como o nosso chefe geral... acho que venceram isso bem... outros não (E8).

O INSS tem uma estrutura que faz uma divisão entre a parte médica e a parte administrativa... então, quer dizer, nós temos uma chefia técnica, que é uma chefia médica, e tem uma chefia administrativa... a chefia médica nos dá o suporte técnico, de avaliação técnica da questão médica em si... e a parte administrativa a gente tem algumas relações importantes... uma delas é justamente esta questão da entrega do resultado [...] quer dizer, todas essas orientações pós-perícia quem dá é o setor administrativo [...] e tem uma função pré-perícia só de avaliação dos dados cadastrais do segurado, mas a agenda, propriamente, é feita pela chefia médica [...] (E9).

Um aspecto percebido como muito positivo foram as mudanças ocorridas na relação com a hierarquia, principalmente com os supervisores, que não mais geraram grandes tensões a partir de cobranças e interpretações substancialmente diferentes que acarretavam conclusões divergentes. Agora são resolvidas com diálogo entre colegas, que é tomado como reconhecimento e respeito.

A relação com os colegas já foi amplamente tratada anteriormente, de onde se pode depreender o partilhamento de responsabilidades no trato com as perícias mais difíceis e, também, com a proteção mútua.

6.5 FATORES QUE CAUSAM SOFRIMENTO NO TRABALHO

No conteúdo das entrevistas, dentre aqueles elementos com potencial de provocar sofrimento aos médicos-peritos, notou-se que vários poderiam ser agrupados pela afinidade e sentido comum que possuem. Assim sendo, falta de segurança para exercer seu trabalho, iminência de conflitos com o segurado, medo de ser agredido e medo da violência passaram a compor um núcleo temático único.

[...] toda vez que venho trabalhar eu venho com a expectativa de que não aconteça confusão... na verdade, eu nunca tive uma confusão no meu ambiente de trabalho... e aqui eu sempre venho com a expectativa de que seja um dia típico, seja um dia sem maiores problemas, sem maiores intercorrências, que tudo funcione bem e que não haja nenhuma tentativa de agressão, nenhum insulto, nenhum estresse, que não haja necessidade de pedir a algum colega pra vir examinar comigo por hostilidade do segurado [...]. (E1).

[...] a gente tem uma ou outra agressão verbal... física é mais rara, mas já aconteceu, e isso também incomoda bastante... e a gente não vê por parte da instituição medidas pra proteção em relação a isso [...] muitas vezes eles adentram no consultório de forma repentina querendo uma explicação do porque não foi aprovado... e isso, geralmente, gera um desconforto... mas a gente continua trabalhando, apesar do nervosismo e ansiedade que gera... (E2).

[...] então, a violência hoje é uma coisa muito séria [...] aqui é o tempo inteiro, e eu não sei quem é... não é um caso ou outro, é uma coisa diária (E3).

Eu me sinto um pouco insegura... não é a questão técnica da perícia... mas eu me sinto realmente insegura... em relação ao trabalho aqui, de estar trabalhando... me sinto insegura em relação à instituição... a instituição não dá o valor, em si, para o perito-médico [...] falta muito cuidado por parte da instituição com a perícia médica... isso causa medo, insegurança... (E7).

[...] tem caso que a gente entra e já tá sinalizado pelos colegas anteriores que o cara teve atuação de agressividade, aí você já começa preocupado com a sua segurança... eu acho que é a coisa que eu brigo aqui e em todos os lugares é a questão da segurança... (E8).

[...] o pior que existe é a possibilidade de agressão, nós já tivemos casos extremamente preocupantes e até de morte no Brasil... eu já tive uma experiência muito ruim de ameaça de morte... não vai sentir medo com isso, ou, no mínimo, preocupação com isso? [...] quando aconteceu isso comigo, eu não me senti protegido pela instituição que eu trabalho... (E11).

[...] um grande problema que a gente enfrenta é a questão da violência, das ameaças... eu fui vítima de agressão... não só agressões verbais [...] (E12).

Como se pode ver, os médicos-peritos sentem-se agredidos psicologicamente com freqüência, e, se nem todos são agredidos fisicamente, ao menos, se sentem assim quando um colega o é, e até mesmo a possibilidade de sê-lo já funciona como uma agressão.

Abdalla-Filho (2004) argumenta que a intensidade e o acúmulo das frustrações e agressões sofridas pelo médico pode leva-lo a um estado de saturação tal que o impede de fornecer atenção, e, paradoxalmente, passar a oferecer apenas tensão durante os atendimentos, repassando a violência acumulada aos que se utilizam do seu trabalho.

Dessa forma se pode compreender como a violência no trabalho médico passa a afetar o profissional e segue seu caminho até o paciente, neste caso, o segurado.

Exacerbação, simulação e tentativa de fraude são elementos que também podem ser agrupados num único núcleo temático por fazerem referência à mesma problemática e suscitarem os mesmos sentimentos nos entrevistados.

É um trabalho um tanto quanto desgastante este atendimento que a gente faz... são situações duvidosas, muita exacerbação aqui dentro... às vezes a pessoa tem alguma coisa, mas exagera tanto aqui na nossa frente que a gente acaba, às vezes, não valorizando tudo que ela fala... às vezes a gente olha a pessoa aqui de bengala, e essa pessoa sai aqui do prédio do INSS, como eu já presenciei, com a bengala debaixo do braço e correndo pra atravessar a rua... (E2).

[...] outro fato que a gente tá sujeito dentro da perícia médica, já que envolve dinheiro, são os problemas de fraudes... já teve segurado que se fez passar por outro. Tem segurado que é hipertenso e no dia que vai fazer a perícia ele, além de não tomar o remédio, ainda coloca sal debaixo da língua, come sal pra pressão subir. Tem indivíduos que têm problemas psiquiátricos que no dia que vai fazer perícia ele toma vários tipos de psicotrópicos, ele chega lá dopado e você não tem como avaliar bem esse segurado... (E4).

A possibilidade de eventuais erros gerarem um processo administrativo para investigar a conduta do perito está presente nas preocupações dos entrevistados, independentemente de terem ou não passado por tal situação.

[...] há cobranças de dentro também sobre o nosso trabalho... tivemos colegas aqui que sofreram processos administrativos por conta de benefícios concedidos... e formou-se a comissão de julgadores, de auditoria... vieram cá e analisaram o Caso retrospectivamente... e, 'olha, você fez errado, você é o culpado' e instala-se o PAD, e você perde férias e passa por uma situação de bastante nervosismo [...] (E2).

[...] e a gente fica numa pressão danada pra resolver o problema... por outro lado, se a gente dá uma avaliação que não é adequada, a gente tá sujeito à comissão de ética do próprio Instituto, a gente tá sujeito a processo na Polícia Federal, a gente tá sujeito a processo no Conselho Regional de Medicina... é muito difícil (E3).

[...] uma coisa que eu apenas fui envolvido, assim, inocentemente... e tanto que depois, na fase de inquérito, aí evoluiu na fase de inquérito, e não encontraram nada que eu tivesse de irregular da minha parte... em consequência disso, o

INSS teve que fazer a sua averiguação... aí, eu caí num processo administrativo disciplinar... abriram um PAD contra mim [...] (E4).

Não conceder benefício ao segurado que necessita e não pode ser enquadrado por um aspecto legal ou administrativo, foi apontado, de forma direta e indireta, como uma causa de sofrimento para os entrevistados, certamente, por se contrapor à possibilidade de o perito ser justo e/ou fazer justiça, conforme visto acima.

[...] você também lamenta e sofre com o fato de que aquela pessoa que você vê que tá numa condição de saúde que é de incapacidade laborativa, que é uma pessoa que já tem uma condição financeira desfavorável [...] infelizmente, não vai conseguir aquela ajuda que, no caso dela, ela teria indicação de tempo por estar incapaz para o trabalho, mas que ela não vai ter por uma questão de falta de contribuição [...] (E1).

O fato de o segurado e a sociedade terem pouca informação sobre o trabalho do médico-perito previdenciário provoca sofrimento através do não reconhecimento e da não valorização pela instituição empregadora, explicitados na falta de segurança, de cuidado e de proteção, e, pelas situações de conflito com os segurados, que para o perito são decorrentes de uma demanda equivocada de direitos.

[...] quando a gente chega aqui, avalia a pessoa, que a gente às vezes constata ou não que ele tem a doença e não constata que ele tem uma incapacidade, então, isso aí já é lá um conflito muito grande [...] ele quer o benefício, que é um direito dele, quando, na realidade, ele tem o direito de passar na perícia... se ele for aprovado nesta perícia, ele terá o direito de receber o benefício, não é uma coisa automática [...] (E3).

[...] é a política da desinformação [...] se todo mundo soubesse dos benefícios que pode ter perante o INSS, as pessoas pagariam o INSS em dia, não teria esse problema de fraude e nem de tanta agressividade por parte da população contra o INSS [...] se o governo informasse melhor a população, eu acho que ela estaria mais esclarecida e não teria esse problema que a gente tem muito de conflito aqui dentro [...] (E6).

[...] a instituição não dá valor, em si, para o perito-médico [...] falta muito cuidado por parte da instituição com a perícia médica... isso causa medo, insegurança... (E7).

[...] quando aconteceu isso comigo, eu não me senti protegido pela instituição que eu trabalho [...] no mundo inteiro a perícia avalia incapacidade e não só a doença... não é por que o indivíduo tem uma determinada doença que ele vai estar incapaz... penso que isso deveria ser até mais divulgado nos diferentes tipos de mídia porque, no Brasil, o segurado se acostumou com a idéia de que quaisquer doenças que ele tenha, ele merece o benefício [...] a gente precisa de mais apoio de quem está na frente, quem nos coordena... o Ministério da Previdência Social tem que entender melhor o que é a atividade do médico-perito [...] (E11).

Para Melo e Assunção (2003), apesar da sua relevância social, o trabalho do médico perito previdenciário ainda é pouco compreendido pela sociedade, o que não

favorece os investimentos institucionais necessários em qualificação profissional e formulação de críticas que possam contribuir para melhoria do serviço prestado.

A isto vem se somar, ainda, a questão da terminologia inadequada para denominar os benefícios, conforme citado acima.

[...] o próprio nome do benefício não nos ajuda por que um auxílio doença sugere o que? Um auxílio pra quem tá doente... e, muitas vezes, a pessoa tá doente, mas não tá incapaz [...] (E1).

[...] uma distorção, acho que muito grande, já começa é pelo nome que tem isso aqui, que é o nosso principal benefício que a gente avalia, que é o auxílio doença... essa daí é terrível, por que dá a idéia que auxílio doença é, simplesmente, pra quem tá doente [...] (E3).

[...] o próprio nome do benefício é um nome que já se tentou mudar e não se consegue – é auxílio-doença, então, ele acha que por ser portador da doença ele tem direito ao benefício, e a gente tenta mudar pra “auxílio-incapacidade para o trabalho” [...] o sentido do benefício é pra cobrir um período que esteja incapacitado pra trabalhar, e não um auxílio pra doença, pra comprar remédio... (E9).

Cansaço, desgaste mental/psíquico e estresse do trabalho foram apontados pelos entrevistados como elementos freqüentes, geralmente ao final da jornada laboral, relacionados tanto a situações de conflito quanto a situações normais de trabalho.

Sinto muito cansaço, principalmente um cansaço mental por causa do trabalho que a gente tem aqui, que é muito desgastante, mentalmente falando [...] (E6).

[...] apesar de que já houve uma melhora nessa carga de trabalho, eu acho bem cansativo todo o trabalho em si da perícia... eu acho muito cansativo mesmo (E7).

Eu me sinto cansado, me sinto estressado, eu já não volto pra casa como eu fui [...] dependendo da quantidade e do tipo de pessoa que você atende, na quarta-feira já tem o clima de sexta, de tão cansado... (E10).

[...] cansa muito, por que é um trabalho aonde você tem que usar o seu raciocínio médico toda hora, fazer as correlações entre aquela doença e se existe positividade por incapacidade ou não [...] é um trabalho extremamente extenuante fazer dezoito, vinte e quatro perícias... quando a gente termina, a vontade é de ir pra casa e, simplesmente, não fazer nenhum outro tipo de atividade [...] (E11).

[...] eu chego em casa e quero desligar, literalmente, desligar, fazer off [...] então... não dá... muito cansada, me sinto sugada (E12).

Certamente não são poucas as situações vividas no trabalho do médico-perito previdenciário que podem estar associados a essas queixas. Se nos reportarmos às questões levantadas pelos entrevistados, pode-se evidenciar que muitas delas

convergem para o aumento da carga psíquica do trabalho, como, por exemplo, os medos referidos pelos entrevistados e as exigências psíquicas da tarefa.

As questões administrativas ou operacionais, como quando o SABI não funciona, são também causa de sofrimento psíquico para os peritos, por modificarem a organização do trabalho e dificultarem temporariamente a utilização de mecanismos coletivos e individuais de defesa dado a perda de tempo que geram.

[...] então isso é uma coisa hoje que me estressa muito... ontem eu fiquei ficou duas horas sem fazer nada, tendo uma lista de dez pessoas aguardando para serem atendidas... então, isso é uma coisa que me deixa extremamente irritada... irritada, estressada e cansada, por que eu vou ter que fazer [...] eu to lá tentando fazer outras coisas pra passar o tempo, mas isso me estressa mais do que trabalhar (E5).

[...] aí o SABI cai, que é o sistema de atendimento, e isso gera um estresse por que você não consegue concluir, você acumula uma população ali de pessoas que não querem saber o motivo que não estão sendo atendidas, elas querem ser atendidas [...] quando o SABI cai... às vezes fica horas parado, dias já ficou parado [...] (E6).

[...] às vezes você chama pra perícia e demora a chegar o segurado na sala... até que o segurado chega e tudo você está ali chamando... tá mandando você iniciar... por que o sistema manda você iniciar a perícia... então você tem que esperar que ele chegue e às vezes demora, às vezes mandou o segurado ir lá pra cima, e você está na sala aqui embaixo [...] quando vinha, batia na porta... eu tava examinando outro [...] tem esta questão também, né, da mão de obra administrativa, que dificulta um pouco e atrasa o atendimento [...] às vezes você chega e pega a documentação e quando vai ver a perícia não abre... aí tem que mandar acertar os papéis... foi tempo perdido, você não conseguiu fazer nada no sistema (E7).

[...] se você emite um SIMA, e essa pessoa volta pra você, ela volta sem agendamento, quer dizer, soma-se às outras perícias que você já tem agendadas [...] você sai da sala pra chamar um colega, vai discutir e às vezes em uma perícia você já gasta uma hora... ou seja, uma perícia se transformou em cinco horários [...] (E11).

Quando há alguma situação administrativa que não esteja funcionando bem, não remarcam aquelas perícias que atrasaram, nós é que temos que dar um jeito de atender... no mesmo dia ou outro dia... ou seja, vira uma bola de neve. Quando eu pego um caso que eu fico na dúvida, aí a gente tem o SIMA... tudo é trabalho extra [...] eu tenho que atender esta demanda extra que eu mesma crio e que o sistema não encaixa... (E12).

Esta demanda extra, mesmo às vezes gerada pelo próprio perito, é vivenciada como sofrimento psíquico por ser sentida como não valorizada e não recompensada, pois, mesmo deixados ao seu critério modificar o tempo e a organização do trabalho, não é possível extrair prazer onde há aumento da carga psíquica (DEJOURS, 1980).

A pressão política para conceder benefícios é tomada como geradora de sofrimento psíquico por contrapor-se à possibilidade de o perito ser justo e de combater as fraudes, sendo, ao contrário, uma forma de induzi-lo a participar destas.

[...] outro problema sério é quando a gente tinha indivíduos políticos, tanto médicos como indivíduos ligados, que trabalhavam no INSS, ligados à política partidária, candidatos... teve uma época que a agência onde eu trabalhava elegeu dois vereadores... você vê a dificuldade que a gente enfrentava... um procurava encharcar a perícia e o outro não deixava sair... então, a perícia ficou inchada e conseguiu eleger dois vereadores e um deputado estadual [...] (E4).

[...] isso daí fica muito sujeito à influência política... então, a gente sabe que tem gente que tenta forçar a concessão de benefícios e dentro do INSS tem gente que tenta pressionar pra essa concessão de benefícios e que muitos peritos, às vezes, se sentem coagidos [...] eu acho que aqui não é lugar de se dar jeitinho, têm direito, têm, não têm direito, não têm... (E6).

[...] muitas vezes, quando a gente trabalha tecnicamente, e é isso que a gente tenta fazer, deixa de conceder muitos benefícios que pessoas, em cargos administrativos, ou políticos, gostariam que fossem concedidos, e não há possibilidade de se manipular tal coisa [...] (E8).

[...] outro grande problema que eu vislumbro, é a questão da Instituição que, ela não tá levando muito a sério esta situação... ela tem, ainda, uma conduta pra tentar usar, politicamente, a situação do seguro da Previdência Social [...] (E12).

Pode-se inferir que aqui se insere uma perda, uma concessão ou uma ameaça à própria autonomia no trabalho, tão prezada pelos médicos em geral e pelos peritos previdenciários em particular, segundo os entrevistados, para concederem ou não os benefícios segundo a sua própria convicção.

Apesar de pouco verbalizada pelos entrevistados, a falta de uniformidade ou padronização nas decisões periciais foi também percebida como implícita nos discursos, e sua relevância apontada pela divisão que faz dos peritos em dois subgrupos, segundo eles mesmos: os que vestem a camisa da Instituição e os que não vestem. Dessa forma, fica ameaçada a coesão do grupo, que é um suporte fundamental para a sua auto-proteção.

[...] se você fizer uma perícia muito bem feita, um colega vai lá, que não tem compromisso nenhum, desfaz aquela perícia sua e tá tudo bem [...] você é que é o carrasco da situação [...] então, é muito ruim esse tipo de serviço que você não tem uma padronização, você não fala a mesma língua do colega [...] (E3).

[...] em relação à perícia médica como um todo a gente tenta ser mais coeso [...] não é um trabalho efetivo pra padronizar condutas, pra qualificar melhor a avaliação pericial [...] a questão é que não há uma padronização de qualidade das condutas dentro da Instituição [...] hoje passou comigo, eu fiz

uma excelente avaliação ou fiz uma péssima avaliação... amanhã vai passar por um péssimo colega que não veste a camisa e simplesmente vai botar a minha conduta por água abaixo [...] e isso vai gerar o que? Confusão na cabeça do segurado [...] muita tensão (E12).

A falta de sentido na tarefa, pouco citada diretamente, pode ser percebida, de forma indireta, através do elevado número de entrevistados que exercem atividades assistenciais, reconhecidas por eles como capazes de produzir reconhecimento e gratificação, conforme já apresentado acima.

[...] você atuando como médico assistente quando consegue resolver o problema do paciente, isso traz uma recompensa pessoal muito grande... satisfação de ter feito bem, de ter resolvido a situação... agora, já na perícia... geralmente, não tem essa satisfação pessoal... na perícia você tem pouca gratificação pessoal porque, na conclusão, você dá ou não o benefício (E4).

A não existência de um rodízio entre as atividades do setor foi apontada como causa de sofrimento devido ao grande potencial estressogênico que tem a realização de perícias e a falta de liberdade na realização da tarefa, que, por sua vez, acarretam o aumento da carga psíquica.

[...] depois que você fica na rotina aqui de fazer perícia, você não sai mais, você não tem como fazer rodízio porque ninguém quer deixar você fazer esse rodízio... você fica preso nesse sistema... não existe um salutar rodízio que deveria ter... (E3).

Segundo Dejours (1980) o grau de liberdade da organização do trabalho é sempre corrigido pelo grau de liberdade na escolha da tarefa, que pode acrescer ou diminuir a carga psíquica do trabalho. Entretanto, como a maioria dos entrevistados mescla outras atividades pouco estressoras e/ou utiliza outras compensatórias, tais como as atividades assistenciais, talvez, por isso, não tenham se manifestado explicitamente a respeito.

6.6 COMPORTAMENTOS DE DEFESA/RESISTÊNCIA

Os mecanismos individuais e coletivos de defesa não se excluem, na verdade se complementam. Estes últimos por dependerem da formação de consenso para que vigorem nem sempre são possíveis, no entanto, são necessários devido ao fato de os individuais, muitas vezes, serem insuficientes ou ineficazes.

Conforme afirmam Dejours e Abdouchelli (1990) as estratégias defensivas são fruto do coletivo e gerenciadas por ele, visando amenizar a percepção da realidade que provoca sofrimento, sem modificá-la. Ao participar de uma estratégia de defesa coletiva, o sujeito busca harmonizar outros recursos defensivos individuais para garantir coerência de sua economia psíquica, mas, isto leva a tensões internas e a perturbações importantes no seu funcionamento. Acrescentam que lutar contra o sofrimento que vem da organização do trabalho dá ao sujeito uma estabilidade que as suas defesas próprias não podem garantir.

No conjunto do material obtido através das entrevistas, foram identificados alguns elementos com forte potencial de estarem sendo utilizados como mecanismos ou estratégias de defesa, tanto individuais quanto coletivos, pelos médicos-peritos previdenciários.

O clima de amizade e cooperação expressado no relato de os colegas ajudarem quando há elevação de voz, gritarias, discussões nos outros consultórios, denota a intenção coletiva de suprir o que os entrevistados consideram os elementos mais necessários no ambiente de trabalho e a Instituição não oferece: proteção e segurança.

[...] aqui tem muita cooperação dos médicos uns com os outros... então, acho que isso foi muito positivo, assim... então, hoje em dia eu não tenho problema, não tenho nenhum sintoma relacionado ao trabalho, mas já tive certa ansiedade, certa insônia [...] (E1).

[...] o ambiente entre nós, peritos, é muito bom... nós temos um grupo muito bom aqui, que discute casos, que tá sempre pronto a ajudar o colega na hora de solucionar uma dúvida, ou na hora de qualquer tipo de conflito... você ouve um barulhinho no consultório do outro lado, sai todo mundo correndo... uma corrente... a gente sai em socorro do perito... então, isso reduziu muito os nossos problemas e nos dá a sensação de conforto e de segurança [...] a gente vive muito em bloco aqui [...] nós atuamos em bloco, nós nos defendemos... (E8).

[...] você tendo a dúvida, tem um colega especialista que você pode estar chamando, vendo junto uma situação que você ficou em dúvida [...] como as salas são muito próximas, então, a gente já fica, né, prestando atenção no que tá acontecendo na outra sala pra estar ajudando... depois de tanta agressão, essa agência aqui tem as portas comunicando as salas periciais [...] (E12).

De acordo com Rosa (1994), as relações de trabalho produzem a subjetividade do trabalhador assalariado. Forma o ser profissional pelo processo de trabalho, que o qualifica e identifica ao grupo. Ele desenvolve afeto pelos colegas devido ao estreito

e longo convívio, toma a “empresa” como um segundo lar e aprende o modo de ser profissional, juntamente com a formação que recebe.

Ver o trabalho pericial como apenas técnico e a relação com o segurado como distante é uma forma do perito utilizar dois mecanismos individuais de defesa que se complementem para lidar com a dificuldade em aceitar o valor que o segurado dá à concessão do benefício em detrimento do trabalho pericial bem feito. Atribuem isso ao pouco conhecimento a respeito do trabalho pericial e não darem a este o reconhecimento necessário. Isto nega o que, intrinsecamente, o perito atribui ao seu trabalho: a prerrogativa de ser justo (ou fazer justiça). Trabalhar tecnicamente, por um lado, faculta ao perito se proteger de uma relação afetiva que possa dificultar a não concessão do benefício, e, por outro, de um possível questionamento da sua conclusão, pelo segurado ou pela Instituição.

[...] não está incapacitado muitas vezes, mas ele quer o resultado final daquilo ali que é a concessão do benefício... então ele não quer saber se você examinou bem ou mal... se você não olhar o laudo e conceder um prazo grande, pra ele tá ótimo [...] se você disser ‘bom dia, pode sentar’, examinar a documentação, examiná-lo e o resultado for um indeferimento, ele vai achar você péssima [...] não há relação segurado-perito, é uma relação segurado-benefício (E1).

[...] eu ouvia mais no início, conversava mais... agora eu propus direcionar mais para as queixas e para a doença em si que o trouxe, por que a gente acaba também entrando num contexto emocional e pessoal, por que daí já vê determinados problemas e já desvia o foco da perícia [...] (E7).

[...] começamos essa história de discutir casos, tentar estabelecer parâmetros... não tinham nem essas diretrizes todas, clínicas... e, à medida que fomos discutindo entre a gente, estabelecendo parâmetros, muitas coisas que eram feitas deixaram de ser [...] mas tudo que a gente faz é muito bem embasado [...] agora é muito difícil criticar uma perícia [...] (E8).

[...] a gente vê que quanto mais você justifica, pior pra você... quanto mais você fala, ou tenta justificar, mais aquilo é utilizado contra você [...] (E9).

[...] continuo sendo o perito técnico que eu já era, e sempre vou ser... eu sou um técnico fazendo a perícia [...] (E11).

As entrevistas transparecem que as pausas individuais no trabalho, para lanches ou cafezinho, visam ocorrer de forma coletiva e favorecer o relacionamento social entre os peritos. Dessa forma podem interferir na organização do trabalho e possibilitarem o fortalecimento das relações de grupo.

[...] o lado bom é o seguinte: nós temos um grupo, aqui nessa agência, que a gente trabalha juntos, que é um grupo que a gente tem um relacionamento muito bom... então nós começamos o dia juntos,

conversamos no início do dia, tomamos café às onze horas da manhã e tal... nós temos um bom relacionamento entre nós... então, se não fosse isso, eu te diria até que eu viria pra cá com desprazer [...] a gente tem um grupo aqui que tem esse relacionamento pessoal (E8).

Mudar de Agência e/ou de cidade teve um número surpreendente de ocorrências, e, em sua maioria, decorrente da busca de solução para as conseqüências geradas pelos conflitos vivenciados nas agências de origem. Estes geravam repercussões na saúde, porém, as estratégias de enfrentamento e/ou os mecanismos coletivos de defesa utilizados não foram eficazes.

[...] o momento em que eu entrei, foi muito difícil... e eu acho que a coisa melhorou muito... muito mesmo... o perfil da população aqui em Vitória é muito melhor... quando eu cheguei aqui as coisas... não sei se é por que foi o tempo em que as coisas já estavam mais organizadas... fazia um certo tempo da transição, esses dois anos que eu to aqui eu acho que a coisa melhorou muito [...] (E1).

Olha, a primeira coisa que eu fiz de importante foi tentar fazer outras coisas que não seja perícia... eu gosto muito de trabalhar onde eu sou assistente, que eu faço o que u gosto... então, isso já me alivia bem o meu sofrimento aqui dentro... eu mudei de cidade também e vim pra cá, que é a cidade dos meus pais... to mais próximo da família [...] (E3).

[...] fui ameaçado de morte na outra agência onde trabalhava. Lógico, me retiraram de lá por conta disso, por que eu fui ameaçado de morte por não concordar com os benefícios que estavam sendo mantidos lá [...] (E6).

[...] eu passei, num lugar menor, uma ameaça anônima... uma carta anônima ameaçando de morte mesmo... e eu fiquei um mês sem ir lá, tive palpitações, hipertensão... foi complicado [...] como eles disseram que não iam me transferir, eu falei que não voltava, pois não tinha condições psicológicas... eu já tinha abandonado, só que, como eu havia ingressado na justiça, ela me deu ganho de causa [...] (E8).

Eu trabalhava em outro posto da Previdência, que não aqui na agência da capital [...] eu tinha três sintomas com certa freqüência, e esses sintomas melhoraram completamente com a minha vinda pra cá e a nova sistemática de trabalho aqui na perícia [...] (E9).

[...] depois disso eu consegui a transferência pra cá, por que a minha família é daqui... aí eu vim pensando em encontrar uma situação mais tranqüila aqui, mas eu vi que é a mesma coisa... não mudou praticamente nada, só o fato de eu trabalhar um pouco mais perto de casa [...] (E12).

As tentativas de controle do tempo são freqüentes e necessárias, segundo os peritos entrevistados, pois, as situações geradoras de trabalho extra, demandam respostas com essas mesmas características.

Realizar as perícias mais simples no menor tempo possível para que o tempo restante possa ser usado em outra mais complexa, deixar pendente o fechamento de uma perícia e remarcar fora da agenda para concluí-la, dedicar-se à outra tarefa

quando não é possível realizar perícias, são tentativas de resgatar o controle do tempo que é necessário ao perito no desenvolvimento da tarefa.

Eu tenho uma rotina por que, na verdade, tudo que eu faço eu crio uma rotina pra tentar igualar o tipo de serviço [...] a rotina dessa realização da perícia, dessa forma, se há necessidade de complementação de alguma coisa a gente interrompe sem concluir e emite um documento pra pessoa apresentar o que falta, pra poder concluir o caso [...] (E5).

[...] uma perícia psiquiátrica não tem como ser feita em vinte minutos... em compensação, a gente tem perícias que são muito rápidas... então, a gente chega há ficar uma hora com um periciado e com outro você fica cinco minutos [...] é questão realmente da necessidade de você avaliar o segurado em função da doença que ele tem [...] (E8).

[...] hoje eu consigo fazer a mesma conclusão, a mesma qualidade de conclusão, com muito menos tempo do que era há um tempo... quer dizer, isso facilita bastante o próprio trabalho em si, por que se você é obrigado há gastar mais tempo pra chegar numa determinada conclusão isso vai te dar mais estresse, o esforço vai ser maior [...] (E9).

[...] o tempo estipulado para uma perícia pelo programa é de vinte minutos... esse tempo é uma média... existe a possibilidade de ser realizada em tempo inferior e outras num tempo mais longo [...] (E10).

Conforme Schraiber (1993), o médico se confunde com o próprio processo de trabalho que executa, por ser o seu elemento nuclear e lhe propiciar sentido, assim como, enquanto agente, dominar o controle deste trabalho.

Então, resgatar esse controle de tempo na realização da tarefa assume importância vital para o perito, por ser a expressão mais clara que ele possui daquilo que reconhece como a autonomia que tem no trabalho.

Para aqueles que têm convicção que o trabalho pericial não é capaz de proporcionar reconhecimento e gratificação profissionais que o trabalho assistencial lhes oferece, não deixarem de dedicar-se a atividades assistenciais expressa a busca de obtê-los compensatoriamente, como forma de aliviar o sofrimento sentido.

A gente não gosta muito de divulgar que é perito... você não vê nenhum perito falando 'ah, eu falo pra todo mundo que eu sou perito'... é muito mal visto na sociedade [...] Olha a primeira coisa que eu fiz de importante foi tentar fazer outras coisas que não seja perícia... eu gosto muito de trabalhar onde eu sou assistente, que eu faço o que eu gosto... então, isso me alivia bem do sofrimento aqui dentro [...] (E3).

[...] você atuando como médico assistente quando consegue equilibrar o problema, resolver o problema do paciente, isso traz uma satisfação própria maior, te traz satisfação... o indivíduo que chegou já com um quadro muito grave e você consegue fazer que ele retorne às suas atividades, isso traz uma recompensa pessoal muito grande... satisfação de ter feito bem, de ter resolvido a situação... agora, já na perícia... geralmente, não tem essa

satisfação pessoal... na perícia você tem pouca gratificação pessoal porque, na conclusão, você dá ou não o benefício (E4).

Entende-se esta opção como a que restou ser adotada, na medida em que outros mecanismos de defesa não tiveram êxito ou não puderam ser utilizados.

6.7 FATORES DE PRAZER RELACIONADOS AO TRABALHO

A manutenção do clima de amizade e cooperação entre os peritos mostrou-se como essencial para os mesmos, pois é a fonte do prazer possível para alguns, já que o conteúdo da tarefa não o é. A isso se soma a “garantia” de ter o grupo como aquele ente que vai lhe dar reconhecimento e proteção no trabalho que realiza.

[...] aqui tem muita cooperação dos médicos uns com os outros... então, acho que isso foi muito positivo, assim... então, hoje em dia eu não tenho problema, não tenho nenhum sintoma relacionado ao trabalho, mas já tive certa ansiedade, certa insônia [...] (E1).

[...] o lado bom é o seguinte: nós temos um grupo, aqui nessa agência, que a gente trabalha juntos, que é um grupo que a gente tem um relacionamento muito bom... então, nós temos um relacionamento entre nós... se não fosse isso, eu te diria até que eu viria pra cá com desprazer [...] (E8).

Aqui também se pode concordar com Rosa (1994) quando diz que as relações de trabalho produzem a subjetividade do trabalhador assalariado, o qualifica e identifica ao grupo, desenvolvendo afeto pelos colegas devido ao convívio estreito e longo, e tomando a “empresa” como um segundo lar.

Se nem todos os conteúdos e nem todas as tarefas no trabalho pericial permitem a obtenção de prazer ou satisfação, os entrevistados apontaram um conteúdo, quase unânime, que ocorre quando concedem um benefício a quem tem direito.

[...] o trabalho do perito previdenciário, assim, é um trabalho que eu, divergente de muitas outras pessoas, eu gosto muito, eu me sinto em casa aqui no INSS, gosto muito de trabalhar aqui [...] (E6).

[...] ao conceder, você sente um certo prazer porque você tá dando, tá ajudando a pessoa naquilo que ela tá pleiteando, né [...] é quando a gente vê aquele segurado que tem realmente direito ao benefício, você vê que está incapacitado, que tem uma doença inquestionável [...] quando você concede o benefício nestas circunstâncias... isso, realmente, é muito prazeroso (E9).

Sim, tenho uma satisfação grande em realizar perícia... hoje em dia... o ato de realizar a perícia me dá uma satisfação pessoal grande (E10).

Dejours; Dessors e Desrioux (1993) lembram que quando a relação do trabalhador com a organização do trabalho é favorável, pode haver “prazer de funcionar” gerado

pelas exigências intelectuais, motoras ou psicossensoriais da tarefa, de acordo com as necessidades ou; quando ritmo, concepção do conteúdo e modo de trabalhar ficam por conta do trabalhador, ele segue sua vivência subjetiva e modifica a organização do trabalho conforme seu desejo ou necessidades e o trabalho produz satisfação sublimatória.

A existência de autonomia/liberdade no trabalho pericial foi mostrada como fonte de prazer, tanto por ser considerada inerente à tarefa médica, quanto por também ter sido relacionada à própria personalidade de quem o executa.

Eu me sinto com liberdade plena aqui dentro, mesmo porque é característica da minha personalidade não permitir qualquer tipo de domínio ou interferência no meu trabalho... nunca permiti (E6).

[...] eu acho que seria impossível se a gente não tivesse autonomia, se fosse a cada vinte minutos entrando um. Eu não acho possível que médico em atividade nenhuma tenha condição de trabalhar assim [...] a gente tem a autonomia no trabalho sim (E8).

[...] eu considero que a autonomia que a gente tem aqui ela é muito grande, a autonomia individual de cada perito... se a gente for fazer uma avaliação assim, grosso modo, porque a gente tem essa autonomia de estabelecer se há incapacidade ou não [...], ou seja, quantos dias ele vai receber da Previdência Social é uma autonomia que não é muito questionada [...] (E9).

A possibilidade de ser justo e/ou de fazer justiça é de grande valor para o perito, que a considera como inerente à sua tarefa, sendo uma importante fonte de prazer, pois responde a uma demanda implícita ao seu desejo de ser médico e, deste lugar, poder responder à demanda do segurado e obter o reconhecimento que tanto espera, por sentir-se na condição de zelar pelo patrimônio da sociedade (e de ambas as partes), e ter a faculdade de conceder o benefício somente àqueles que têm direito segundo a legislação.

[...] então a gente sempre dá um jeito de se organizar pra tentar fazer aquilo ali da forma mais justa e mais adequada, assim... aquele julgamento de forma mais justa, de forma mais justa possível... (E1).

[...] na medida do possível, ser o mais justo... sempre o mais justo... o que tem direito, eu acho que é direito dele, o que não tem direito, não tem direito... no dia que eu pegar e não for justo como segurado, eu acho que é melhor pedir demissão [...] (E3).

[...] ao mesmo tempo em que é gratificante por a gente coibir fraude, também é gratificante por a gente dar o direito a quem tem direito [...] então, é um trabalho que eu, particularmente, gosto muito [...] (E6).

[...] uma coisa que já está há tanto tempo ali, que a pessoa está aguardando e realmente faz jus a receber aquele benefício... então, você faz a coisa correta... então você vê que aquilo ali é gratificante, que você ajudou aquela pessoa..., assim, dentro das normas, né, e que desenrolou... (E7).

[...] ao conceder, você sente um certo prazer por que você tá ajudando a pessoa naquilo que tá pleiteando, né... (E9).

[...] somos treinados, estudamos muito pra isso, pra ser perito, porque é pra gente justamente ter a capacidade de ser justo, e ser justo, às vezes, incomoda, por que o segurado acha que ele está incapaz... (E11).

[...] o trabalho pericial [...] é um trabalho muito importante pra sociedade e tem que ser mais valorizado pela Instituição, não só falando em termos de saúde, de remuneração, até mesmo pra que a Previdência Social não estoure lá na frente, por que daqui alguns anos, eu não sei se vai haver mais Instituto do seguro da Previdência Social (E12).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Analisar o trabalho médico-pericial em sua principal atividade, que é a avaliação da incapacidade laboral do segurado da Previdência Social não se mostrou tarefa fácil. Os entrevistados denotaram uma multiplicidade de questões sociais, políticas, técnicas, legais e subjetivas implicadas na realização de suas atividades que procuramos delinear ao longo do trabalho.

Este estudo objetivou investigar a organização do trabalho do médico-perito previdenciário, com vistas a auxiliar na compreensão das possíveis implicações, especialmente na sua saúde. A percepção das relações entre a saúde e a atividade exercida pelos investigados se deu ampla e abertamente, expressando formas de sofrimento psíquico, de agravamento das doenças pré-existentes e até o aparecimento de doenças decorrentes do trabalho pericial.

A partir das observações feitas durante as perícias, foi possível perceber a seqüência no trabalho desses profissionais e concluir que, por terem acesso à situação dos segurados em espera, podem ter controle sobre o tempo da atividade desenvolvida. Ou seja, os peritos tem noção da quantidade de pessoas que lhes aguardam e se utilizam dessa informação para manterem-se no tempo médio de realização desta atividade ou de outra, sempre que necessário.

Já com as entrevistas foi possível identificar como é importante, para eles, manter a boa relação com os colegas cultivando o grupo e o sentimento de pertença a ele, dado a necessidade de se sentirem protegidos da violência, que é permanentemente percebida como iminente, às vezes real, mas, sempre assustadora.

Os dados levantados mostraram existir questões delicadas e específicas da relação entre o papel profissional do médico-perito e a expectativa do segurado, como, por exemplo, o medo da violência, as simulações, as punições por eventuais erros, os impedimentos legais de concessão a necessitados, a pouca informação sobre o trabalho pericial e as questões administrativas, dentre outras, que geram grande insegurança e causam sofrimento psíquico pela grande carga psíquica envolvida, derivada dos freqüentes conflitos que emergem na relação perito-segurado.

Por esta relação fundamentar-se na desconfiança mútua, no compromisso com a verdade e com o parecer justo, pode-se, com isto, então, melhor entender o porquê dela ser técnica e distante.

Ao reconhecerem o seu trabalho como depositário das tensões próprias da relação capital X trabalho os médicos-peritos sentem-se como o marisco que fica entre o mar de demandas dos segurados e a dureza do rochedo Previdência Social, que submetida a questões ideológicas, legais e políticas, de um lado é uma descuidada empregadora, e, de outro, dificulta a concessão dos benefícios.

Conclui-se que a instituição Previdência Social, dado as características da atividade pericial, deveria ter um padrão de investimento definido na complementação da formação específica deste profissional, respeitando suas necessidades de realização das tarefas prescritas e repensando a inserção institucional dos mesmos, assim como, seria necessário que redefinisse suas diretrizes políticas na relação com os segurados para a concessão dos benefícios, reconhecendo a importância de uma substancial mudança no modelo ideológico atual, que, por ser tratada como uma seguradora perde a capacidade de ser utilizada como instrumento de política social, ou seja, atende aos trabalhadores que contribuem financeiramente para o sistema, apenas, comprometendo o princípio da universalidade por não cobrir contra riscos sociais ligados à atividade laboral o público alvo da Assistência Social.

A pesquisa levantou importantes aspectos inerentes ao trabalho médico-pericial previdenciário, porém, necessitam de investigações posteriores que aprofundem aspectos relativos à formação técnica do profissional e da relação que estabelece com o periciando, para dar subsídio a cursos de formação específicos para o perito, aprimorando o seu trabalho e trazendo melhor atendimento ao usuário.

Um dos aspectos importantes levantados nesta pesquisa é a necessidade de esclarecer adequadamente a população quanto à finalidade da perícia médica previdenciária, mostrando de forma compreensível que não se trata de conceder uma ajuda para compra de medicamentos, mas uma compensação pecuniária para garantir a subsistência aos que vierem a sofrer, temporária ou permanentemente, uma redução da capacidade para o trabalho.

Outra questão relevante é o próprio esclarecimento da categoria médica quanto ao processo e a finalidade da perícia, tão discutida pelos peritos, inclusive de suas limitações e necessidades de integração com os médicos assistentes.

Por fim, percebem-se mudanças já bastante estabelecidas hoje, implementando a funcionalidade da perícia médica, porém existem lacunas no que tange à formação dos recursos humanos e à humanização do serviço, tendo em vista maior satisfação tanto do profissional quanto do segurado.

8 REFERÊNCIAS

- 1 ABDALLA-FILHO, E. Violência em saúde: quando o médico é vulnerável. **Bioética**, v. 12, n. 2, p. 121-125, 2004.
- 2 AGARIE, C. A.; LOPES, P. S.; CORDÁS, T. A. Suicídio, “Doença das condições do trabalho” entre médicos e estudantes de medicina. **Arq. méd. ABC**, v. 6, n. 1-2, p. 5-7, 1983.
- 3 ALMEIDA, E. H. R. de. **A perícia médica previdenciária para a concessão de benefícios por incapacidades**. Conferência proferida na I Jornada de Direito Previdenciário da Escola de Magistratura Federal da 1ª Região. 2009. Disponível em: www.abml-medicinalegal.org.br/departamentos/pericia-medica-previdenciaria-concessao-beneficios.pdf. Acesso em: 28 jul. 2011.
- 4 ANDRADE, E. Critérios para avaliação médico-pericial das doenças ocupacionais. **Arq. Bras. Med.**, Rio de Janeiro, v. 66, n. 6, nov./dez. 1992.
- 5 BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 5. ed. Tradução Luiz Antero Reto e Augusto Pinheiro Lisboa. Lisboa: Edições 70 Ltda., 2009.
- 6 BORGES, L. H. **Sociabilidade, sofrimento psíquico e LER em processos de trabalho repetitivos**: estudo de caixas bancários. 1999. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Psiquiatria, Rio de Janeiro, 1999.
- 7 BOSCHETTI, I. Implicações da reforma da previdência na seguridade social brasileira. **Psicologia & Sociedade**, Florianópolis, v. 15, n. 1, p. 57-96; jan./jun. 2003.
- 8 BRAVERMAN, H. **Trabalho e capital monopolista**: a degradação do trabalho no século XX. 3. ed. Rio de Janeiro: LTC Editora, 1987.
- 9 CABANA, M. C. F. de L. et al. Transtornos mentais comuns em médicos e seu cotidiano de trabalho. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 56, n. 1, 2007.
- 10 CARNEIRO, M. B.; GOUVEIA, V. V. (Coord.). **O médico e o seu trabalho**: aspectos metodológicos e resultados do Brasil. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2004.
- 11 DALBELLO-ARAÚJO, M. Trabalhar menos e preguiçar mais: a utopia do século XXI. **Vertentes**, Assis/SP, v. 6, p. 197-210, 2000.
- 12 DEJOURS, C. **A carga psíquica do trabalho**. Tradução de Ideli Domingues. SOCIETE FRANÇAISE DE PSYCOLOGIE. **Psychologie du travail**: équilibre ou fatigue para le travail? Paris: Entreprise Moderne d'Édition, 1980.
- 13 DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo da psicopatologia do trabalho. 5. ed. São Paulo: Cortez/Oboré, 1992.
- 14 DEJOURS, C.; ABDOUCHELLI, E. Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho. Tradução de Débora Miriam Raab Glina. **Prevenir**, n. 20, 1990.

- 15 DEJOURS, C.; DESSORS, D.; DESRIAUX, F. Por um trabalho, fator de equilíbrio. **Rev. Adm. Emp.**, São Paulo, n. 33, v. 3: p. 98-104, maio/jun. 1993.
- 16 ENGELS, F. O papel do trabalho na transformação do macaco em homem. In: _____. **Dialéctica da natureza**. Portugal/Brasil: Editorial Presença/Livraria Martins Fontes, 1974. p. 171-186.
- 17 INSTITUTO NACIONAL DE SEGURO SOCIAL. Manual de perícia médica da Previdência Social. Brasília: 2002. Disponível em: <www.indmedicos.org.r/juridico/manual%20de%20periciasmedicas%20do%20INSSpdf>. Acesso em: 6 fev. 2011.
- 18 JARDIM, S. R. O trabalho e a construção do sujeito. In: SILVA FILHO, J. F.; JARDIM, S. R. (Org.). **A danação do trabalho**. Rio de Janeiro: Te Corá, 1997. p. 79-87.
- 19 JEAMMET, P.; REYNAUD, M.; CONSOLI, S. **Psicologia médica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2000.
- 20 LACAN, J. **O Seminário**: livro 1 - Os escritos técnicos de Freud. 3. ed. Tradução de Betty Milan. Rio de Janeiro. Jorge Zahar Editor, 1986.
- 21 LOCH, C.; CORREIA, G. S. A flexibilização do trabalho e da gestão de pessoas limitadas pela racionalidade instrumental. **Rev. Ciên. Adm.** v. 6, n. 12, jul./dez. 2004.
- 22 LÜDKE, M.; ANDRÉ, E. D. A. M. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.
- 23 MANZINI, E. J. **Considerações sobre a elaboração de roteiro para entrevista semi-estruturada**. Disponível em: <http://dossieinclusaodamara.pbworks.com/f/sem_entrevista.ppt>. Acesso em: 6 ago. 2011.
- 24 MARX, K. **O capital**: crítica da economia política. 17. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999. Livro 1.
- 25 MELO, M. da P. P. de; ASSUNÇÃO, A. A. A decisão pericial no âmbito da Previdência Social. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, dez. 2003.
- 26 MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.
- 27 MONTEIRO, C. **Como funciona a previdência social**: a história da Previdência Social no Brasil. [s.d.]. Disponível em: <<http://pessoas.hsm.uol.com.br/previdencia-social-brasil.htm>>. Acesso em: 4 fev. 2011.
- 28 NASCIMENTO SOBRINHO, C. L. et al. Condições de trabalho e saúde mental dos médicos de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, jan. 2006.

- 29 NASCIMENTO SOBRINHO, C. L.; NASCIMENTO, M. A.; CARVALHO, F. M. Ética e subjetividade no trabalho médico. **Bioética**, Brasília, v. 12, n. 2, 2006.
- 30 NOGUEIRA-MARTINS, L. A. Atividade Médica: fatores de risco para a saúde mental do médico. **Rev. Bras. Clín. Terap.**, São Paulo, v. 20, n. 9, set. 1991.
- 31 NOGUEIRA, M. A. **As possibilidades da política**: idéias para a reforma democrática do estado. São Paulo: Paz e Terra, 1998.
- 32 PEREIRA JUNIOR, A. **Evolução histórica da previdência social e os direitos fundamentais**. 2005. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.sp?id=6881>>. Acesso em: 5 fev. 2011.
- 33 POSSAS, C. A. Saúde e trabalho: a crise da Previdência Social. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1981. Coleção Biblioteca de Saúde e Sociedade, v. 8.
- 34 ROSA, M. I. No trabalho, a construção do modo de ser moral do trabalhador: sua subjetividade. In: ROSA, M. I. Trabalho, subjetividade e poder. São Paulo. EDUSP: Letras & Letras, 1994.
- 35 SCHRAIBER; L. B. O médico e seu trabalho: limites da liberdade. São Paulo: Hucitec. 1993.
- 36 SILVA, M. A. L. da. A necessidade de prova pericial nas ações previdenciárias. **JúrisWay**, 2009. Disponível em: <www.juriway.org.br/v2/dhall.asp?id-dh=1443>. Acesso em: 6 fev. 2011.
- 37 TEIXEIRA, G. de S. P. et al. Perfil da saúde dos médicos e do exercício profissional na cidade de Barbacena/MG. **Rev. Med. Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 18, n. 2, abr./jun. 2008.
- 38 TITTONI, J. Subjetividade e trabalho: a experiência no trabalho e a sua expressão na vida do trabalhador fora da fábrica. Ortiz. Porto Alegre, 1994.
- 39 UWE, F. Pesquisa qualitativa. São Paulo: Bookman, 2004.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Perito(a),

Estamos realizando uma pesquisa cujo objetivo é investigar a organização de trabalho dos Médicos Peritos da Agência da Previdência Social de Vitória (APS).

A efetivação desta pesquisa dependerá da colaboração dos médicos peritos. Assim, gostaríamos de contar com sua participação. Portanto, peço que leia atentamente este termo antes de decidir-se. Caso você aceite participar, poderá ser entrevistado em horário e local combinados previamente.

A sua participação será totalmente voluntária e sem qualquer ônus para você, assim como, ficará ao seu critério desistir de participar desta investigação. Será mantido sigilo sobre o nome ou qualquer informação que possa comprometer o participante.

A pesquisa faz parte das atividades para aquisição do título de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFES e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/CCS), que pode ser contatado pelos telefones 3335-7504/3335-7211, pelo e.mail: cep@ccs.ufes.br ou pelo site www.ccs.ufes.br/cep.

Os resultados da análise poderão ser apresentados em publicações científicas, preservando-se a identificação dos participantes da pesquisa, de acordo com as normas éticas exigidas.

Esperamos que ao fim da pesquisa, possam ser oferecidos elementos para nortear políticas de reformulação da organização do trabalho nas APS, que venham contribuir para melhorar o trabalho do médico perito previdenciário

Caso você tenha qualquer dúvida entre em contato com o pesquisador responsável: (27) 8147-6293 ou e.mail: drcamillo@yahoo.com.br, ou com a orientadora: (27) 9941-5413 ou e.mail: dalbello@intervip.com.br.

Desde já agradecemos a sua atenção e colaboração.

Camillo Nassar Chamoun
Mestrando do PPGASC da UFES

AUTORIZAÇÃO:

Eu portador do RG nº..... autorizo o uso das informações por mim prestadas por meio da entrevista que ora estou respondendo, para fins exclusivos do estudo acima referido.

Vitória,de..... de 2011.

Médico Perito Previdenciário

Pesquisador Responsável

APÊNDICE B – ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

1. Sobre o tempo que trabalha na função.
 - há quanto tempo exerce a função?

2. Sobre o seu trabalho como perito.
 - como é o seu trabalho?
 - como ele é desenvolvido?
 - descreva o que faz, a ordem das atividades, o tempo dedicado a cada uma delas, com quem você se relaciona para desenvolvê-las.
 - como é um dia normal de trabalho? E um dia anormal de trabalho?
 - como entende a relação entre trabalho e adoecimento?
 - como é a sua relação com o segurado?
 - como se sente ao final de um dia de trabalho?

3. Sobre sua saúde.
 - é ou foi portador de alguma doença?
 - vê alguma relação entre ela(s) e o seu trabalho?
 - correlaciona o aparecimento de doença a outras circunstâncias?
 - cuida da saúde/doenças adequadamente ou faz auto-medicação?

ANEXOS

ANEXO A – TERMO DE APROVAÇÃO DO PROJETO PELO CEP DO CCS**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Vitória-ES, 29 de outubro de 2010.

Da: Profa. Dr^a. Ethel Leonor Noia Maciel
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde


Para: Prof. (a) Luiz Henrique Borges
Pesquisador (a) Responsável pelo Projeto de Pesquisa intitulado: **“Organização do trabalho e saúde do médico perito da agência da previdência social (APS) de benefícios por incapacidade em Vitória/ES”**.

Senhor (a) Pesquisador (a),

Informamos a Vossa Senhoria, que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, após analisar o Projeto de Pesquisa nº. 174/10 intitulado: **“Organização do trabalho e saúde do médico perito da agência da previdência social (APS) de benefícios por incapacidade em Vitória/ES”** e o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, cumprindo os procedimentos internos desta Instituição, bem como as exigências das Resoluções 196 de 10.10.96, 251 de 07.08.97 e 292 de 08.07.99, **APROVOU** o referido projeto, em Reunião Ordinária realizada em 27 de outubro de 2010.

Gostaríamos de lembrar que cabe ao pesquisador responsável elaborar e apresentar os relatórios parciais e finais de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196 de 10/10/96, inciso IX.2. letra “c”.

Atenciosamente,


Prof. Dr. Ethel Leonor Noia Maciel
COORDENADORA
Comitê de Ética em Pesquisa
Centro de Ciências da Saúde/UFES

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde
Av. Marechal Campos, 1468 – Maruípe – Vitória – ES – CEP 29.040-091.
Telefax: (27) 3335 7504

ANEXO B – SOLICITAÇÃO DE INFORMAÇÃO AO MÉDICO-ASSISTENTE - SIMA

INSTRUÇÃO NORMATIVA INSS/DC Nº 095/2003



SOLICITAÇÃO DE INFORMAÇÕES AO MÉDICO-ASSISTENTE – SIMA

Prezado Dr(a).

Contando com sua preciosa colaboração, solicitamos o obséquio de nos fornecer os dados abaixo relacionados, que servirão para subsidiar a conclusão do exame médico pericial. O fornecimento destas informações, **sigilosas** e de **utilização exclusiva para subsidiar a análise do benefício pleiteado**, conta com autorização do segurado interessado ou seu responsável legal (Lei nº 3.268/57, Lei nº 7.713/88, Lei nº 8.213/91, Lei nº 9.250/99, Decreto nº 44.045/58, Decreto nº 3.048/99 e Resoluções do Conselho Federal de Medicina nºs 1.246/88 e 1.484/97).

- Comprovante de hospitalização
- Diagnóstico / CID-10
- Exames complementares realizados
- Data do primeiro atendimento
- Evolução detalhada do quadro
- Estado atual da doença
- Outros

Atenciosamente,

CÓDIGO DA UNIDADE DATA ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO DO INSS

SEGURADO OU SEU REPRESENTANTE LEGAL

_____ autorizo a

 NOME COMPLETO RG
 emissão, em caráter confidencial, das informações acima solicitadas, por atenderem a
 meu interesse (ou de interesse de

_____ NOME COMPLETO
 de quem sou responsável legal).

Nº REQUERIMENTO/NB

ASSINATURA DO SEGURADO OU DO RESPONSÁVEL LEGAL

ANEXO C – ORGANOGRAMA DO INSS – GERÊNCIA EXECUTIVA VITÓRIA

