



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS**

**FACULDADE DE EDUCAÇÃO**

**BRUNO CHAPADEIRO RIBEIRO**

**O PANORAMA ATUAL DAS PERÍCIAS EM  
TRABALHO-SAÚDE NO BRASIL: A  
CONSTRUÇÃO DAS PERÍCIAS EM SAÚDE DO  
TRABALHADOR**

**CAMPINAS  
2018**

BRUNO CHAPADEIRO RIBEIRO

**O PANORAMA ATUAL DAS PERÍCIAS EM  
TRABALHO-SAÚDE NO BRASIL: A  
CONSTRUÇÃO DAS PERÍCIAS EM SAÚDE DO  
TRABALHADOR**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Doutor em Educação, na área de concentração de Educação.

Supervisor/Orientador: Prof. Dr. José Roberto Montes Heloani (UNICAMP)

O ARQUIVO DIGITAL CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA TESE DEFENDIDA PELO ALUNO <BRUNO CHAPADEIRO RIBEIRO>, E ORIENTADA PELO PROF. DR. <JOSÉ ROBERTO MONTES HELOANI>

**CAMPINAS  
2018**

**Agência(s) de fomento e nº(s) de processo(s):** CAPES, 88881.131832/2016-01

Ficha catalográfica  
Universidade Estadual de Campinas  
Biblioteca da Faculdade de Educação  
Rosemary Passos - CRB 8/5751

R354p Ribeiro, Bruno Chapadeiro, 1986-  
O panorama atual das perícias em trabalho-saúde no Brasil : a construção das perícias em saúde do trabalhador / Bruno Chapadeiro Ribeiro. – Campinas, SP : [s.n.], 2018.

Orientador: José Roberto Montes Heloani.  
Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação.

1. Saúde e trabalho. 2. Pericia medica. 3. Medicina do trabalho. 4. Doenças profissionais. 5. Psicologia do trabalho. I. Heloani, José Roberto Montes, 1956-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Educação. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

**Título em outro idioma:** The current panorama of expertise in health-work in Brazil : the construction of the expertises in the Worker's Health field

**Palavras-chave em inglês:**

Occupational Health  
Medical expertise  
Occupational medicine  
Occupational diseases  
Organizational Psychology (Work Environment)

**Área de concentração:** Educação

**Titulação:** Doutor em Educação

**Banca examinadora:**

José Roberto Montes Heloani [Orientador]

René Mendes

Leonardo Vieira Wandelli

Maria Elizabeth Antunes Lima

João Silvestre da Silva Júnior

**Data de defesa:** 20-02-2018

**Programa de Pós-Graduação:** Educação

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO**

**TESE DE DOUTORADO**

**O PANORAMA ATUAL DAS PERÍCIAS EM  
TRABALHO-SAÚDE NO BRASIL: A  
CONSTRUÇÃO DAS PERÍCIAS EM SAÚDE DO  
TRABALHADOR**

**Autor :** Bruno Chapadeiro Ribeiro

**COMISSÃO JULGADORA:**

José Roberto Montes Heloani (orientador)

René Mendes

Leonardo Vieira Wandelli

Maria Elizabeth Antunes Lima

João Silvestre da Silva Júnior

A Ata da Defesa assinada pelos membros da Comissão Examinadora, consta no processo de vida acadêmica do aluno.

**2018**

à Carolina,  
“*que em seus olhos fundos, guarda tanto amor.  
O amor de todo esse mundo*”.  
e Edmundo Chapadeiro [*in memoriam*].

## Agradecimentos

Agradeço primeiramente a Deus pelo dom da vida e da busca pela ciência, verdade e justiça que me deu. Foi através de seu Filho que Ele nos ensinou que nunca devemos nos acomodar com o que incomoda.

À CAPES por permitir o desenvolvimento de grande parte deste trabalho e à Universidade Estadual de Campinas por estes quatro anos em que passei em suas dependências e que me proporcionaram esclarecimento crítico, consciência social de classe e a certeza de que uma universidade pública de qualidade, laica, e acessível a todos ainda é um dos mais importantes baluartes desse país.

Aos meus pais, Paulo e Eliana, que com muito esforço estiveram sempre moral, fisicamente, economicamente e psicologicamente comigo em todos os passos que trilhei na vida. Não me deixando nunca faltar nada para que eu chegasse até aqui. Fosse no ambiente acadêmico ou fora dele. E que me ensinaram todos os valores de honestidade e justiça social. Valores estes os quais carrego em mim e que espero multiplica-los tão sabiamente quanto me foram transmitidos. Ao meu irmão Lucas, que sempre fora um norte em minha vida, alguém a quem nunca deixo de consultar a cada passo que dou em minha vida. Exemplo de garra e de se batalhar muito por tudo o que se almeja, mesmo que haja pedras no caminho, sempre com sua fiel parceira de igual caráter, minha cunhada Daniela. E a Hanna, Vida, Pablito e Winnie por trazerem imensas alegrias à essa família.

À Carolina, que adjetiva de forma superlativa o significado da palavra “companheira”, e por traduzir em convivência e persistência, o verdadeiro significado de lealdade e amor ao se fazer corpo disposto, porto seguro de minhas angústias e aflições em momentos de desertos, energia cinética quando me encontrava estático e eco reverberante de qual fosse a frequência transmitida por minhas vitórias e conquistas.

Aos meus avós paternos Maria e Alaôr Ribeiro pela imensa falta que fazem em minha vida, porém que sou capaz de sentir em minha alma o orgulho que devem estar sentindo do neto nesse momento. Onde quer que estejam.

Aos meus avós maternos Lucy e Edmundo Chapadeiro, onde, de uma herdei o amor pela arte e do outro o gosto pela ciência. Esferas tão distintas e ao mesmo tempo tão próximas que visei um perfeito casamento entre ambas. Tal como a união dos dois.

À Janir, Sônia, Tatiana e Helquias pelas orações e por agora serem minha segunda família. E à minha tia Cibele por sempre me apoiar querendo-me passar o bastão da psicologia acadêmica da família.

Às minhas afilhadas, Alice e Marina, a quem espero contribuir para lhes legar um mundo minimamente justo.

Aos meus amigos(as)-irmãos(ãs) Ricardo, Edgard, Denis, Gustavo, Bruna, Joana e Caio e meus primos Henrique e Thaty, e Guilherme e Juliana, por sua amizade duradoura, infinita e além. Cada um me fez um pouco do que hoje sou. São meus *ânimus* e *ânimas* que me moldam e me completam.

À Lilian, Débora, Julhia, Mariana, Maiara, Pedrinho e Poti por todo afeto e acolhimento emocional e estrutural recebido na cidade de Campinas. Uma pesquisa se faz também pelas condições que temos de fazê-la e estas me deram sólidas bases para tal. Materiais e afetivas.

À Rafael, Diego, Luiz Arthur e Ruben, meus Ministros-Laya's, e Paula, Nadayca, Juliana, Larissa, Ana Paula, Caio, Genaro, Ana Carolina, Ana Maria, Kimie, Patrick e Emmanuel, companheiros(as) de doutorado-sanduíche em Paris que singularizaram tal experiência, tornando-a única, e, no mínimo, inesquecível.

À Vanessa e sua linda família, que tão bem me acolheram na França sempre que precisei, bem como os casais Fabi e Henrique, Viviane e Fábio e Monyk e Victor.

To the *Dream Team*: Akhil, Hassan, Catteya, Monica, Ali, Inês, Fouad, Julia, Nana, Seray, Emma, Lacina, Anna, Xudong and Martin by the common feeling of strangers far from home that united us beyond linguistic and cultural barriers.

Ao Ivan, pela benção mais especial que já recebi em toda minha vida.

Agradeço especialmente ao meu orientador, o professor Roberto Heloani por acreditar e abraçar meu objetivo de pesquisa, conferindo-me total confiança e liberdade na condução e execução da mesma, sendo sempre um farol-guia pronto a me iluminar intelectualmente quando não enxergava horizontes.

Aos professores René Mendes, Leonardo Vieira Wandelli, Maria Elizabeth Antunes Lima e João Silvestre da Silva Júnior por se disporem a sair de seus lares e tomar a estrada para rumarem comigo em minha banca de defesa deste doutorado.

À Giovanni Alves, Vera Navarro, Ricardo Antunes, Maria Maeno, Edith Seligmann-Silva, Eliana Pintor, Renata Paparelli, Margarida Barreto, Marisol Watanabe, Edvânia Lourenço, Liliana Lima, Maria Helena Frem, Francisco Lacaz, Antônio Rebouças, Grijalbo Coutinho, Cláudia Nogueira, Marcia Bernardo Hespanhol, Luísa Bustillo, Marcos Sabino, Erika Nakagawa dentre tantos(as) outros(as) que, além de serem fonte de inspiração científica, foram sempre grandes colegas nessa jornada abrindo-me portas para que esta pesquisa se realizasse.

Ao prof. Michael Löwy por gentilmente receber-me na França para que pudesse realizar o doutorado-sanduíche, bem como o prof. Christian Hervé. E principalmente à Ana Maria Peçanha, que, além de presentear-me com sua amizade, fizeste de minha trajetória científica em terras francesas as mais proveitosas e frutíferas possíveis.

Aos colegas de NETSS aqui representados nas figuras dos mestres Evaldo Piolli e Selma Venco pelas frequentes discussões e apoios a cerca de minha pesquisa.

À Fundacentro, CEREST's Araraquara, Diadema, Piracicaba, Campinas, São Bernardo do Campo, São Paulo (Central, Leste e Móoca), USP, Unesp, Unifesp, INSS, Justiça do Trabalho, Sindicatos e todas as demais instituições brasileiras e francesas, em especial a EHESS, Paris V e CGT, que incorporam os entrevistados e colaboradores dessa pesquisa que, de relato em relato, auxiliaram-me a construir e solidificar este trabalho.

Aos demais pesquisadores das áreas do trabalho, da saúde e da educação que se fizeram presentes em minha caminhada, bem como a todos os trabalhadores que pude acompanhar de perto seus processos contínuos de saúde-doença no trabalho e a forma com que resistem.

*“Um homem se humilha se castram seu sonho. Seu sonho é sua vida, e vida é trabalho. E sem o seu trabalho, o homem não tem honra. E sem a sua honra, se morre, se mata. Não dá pra ser feliz, não dá pra ser feliz”*  
(*“Um homem também chora”* – Gonzaguinha)

*“As cabeças levantadas, máquinas paradas, dia de pescar. Pois quem toca o trem pra frente, também de repente pode o trem parar [...] gente que conhece e prensa a brasa da fornalha, o guincho do esmeril. Gente que carrega a tralha, ai, essa tralha imensa chamada Brasil!”*  
(*“Linha de Montagem”* – Chico Buarque)

*[...] de pronto o Doutor falou pro meu pai: Meus parabéns Seo João, parece que seu filho agora endireitou! E meu pai: Ele nunca foi torto. Pintou um clima de urubu com mandioca entre nós. O doutor pisou no rabo, eu pensei. Ele ainda perguntou: E o comunismo dele? Está quarando na beira do rio entre as capivaras, o pai respondeu. O doutor se levantou da mesa e saiu com seu andar de vespa magoada.*  
(*“Um doutor”* - Manoel de Barros)

*“[...] porque doente é o trabalho e é ele quem deve ser curado para que as doenças dos trabalhadores sejam evitadas”*  
(Luigi Devoto, médico italiano, considerado um dos fundadores da moderna Medicina do Trabalho).

*“Não é culpa de nossos doutores se os serviços médicos da comunidade, como são prestados atualmente, constituem-se em absurdos homicidas. Que qualquer nação sã e equilibrada, tendo observado que se pode assegurar o pão desenvolvendo nos padeiros um interesse pecuniário em oferece-lo, possa prosseguir oferecendo aos cirurgiões um interesse pecuniário no cortar a alguém uma perna, é o suficiente para que se considere desesperante a humanidade política. Mas é exatamente isso que temos feito. Quanto mais espantosa a mutilação, mais o mutilador ganha. Quem cuida de uma unha do pé encravada, recebe poucos xelins: quem corta seu estômago recebe centenas de guinéus, menos quando opera um pobre para adquirir prática. Vozes escandalizadas murmuram que as operações são necessárias. Pode ser. Pode também ser necessário enforcar um homem ou demolir uma casa. Mas nós evitamos ser o carrasco ou o demolidor, juízes nessa questão. Se o fizéssemos, nenhum pescoço estaria mais seguro, nenhuma casa seria mais estável”*  
(*“The Doctor’s Dilemma”* – George Bernard Shaw)

*“Eu, Daniel Blake, sou um cidadão, nada mais, nada menos”.*  
(Daniel Blake, personagem do filme *“I, Daniel Blake”* de Ken Loach)

*“O médico não aprende a ser perito na faculdade, mas sim depois, na prática. Nas perícias do INSS a gente deixa de ser aliado do paciente e torna-se uma barreira para ele”.*  
(Perito do INSS aposentado)

## RESUMO

O presente estudo sobre as perícias em trabalho-saúde, visou conjugar uma análise diacrônica, de forma que nos preocupamos com a gênese e o desenvolvimento deste campo no bojo das *práxis* em trabalho-saúde no Brasil; com uma análise sincrônica, pensando sua estrutura e função dentro do que cunhamos, sistema jurídico-sanitário, na contribuição da organização da esfera da superestrutura na sociabilidade do capital. Assim, ancoramo-nos a todo tempo no método dialético para conhecermos a realidade concreta desse sistema pericial em trabalho-saúde em seu dinamismo e nas inter-relações. Por pesquisarmos um objeto vivo, mutável e em constante transformação que jaz à mercê das transformações político-econômicas do país, não se configura sobremaneira porquanto empreitada simplificada. Inclusive, o próprio percurso da pesquisa, bem como a formação enquanto intelectual do pesquisador alteraram-se bastante no decorrer da mesma. A princípio, pensou-se em estudar somente os laudos psicológicos produzidos pelos peritos na esfera da Justiça do Trabalho. Entretanto, ao refletirmos que um instrumento, ou o produto de um trabalho não fala por si, mas sim que este é a síntese de uma gama de determinações e contradições sistêmicas, optamos por ampliar o escopo com vistas à compreensão do funcionamento deste “mundo” das perícias em trabalho-saúde, ampliando inclusive o universo dos laudos para os que tratassem das demais doenças não descartando que em todas há também o sofrimento psíquico de quem as experiencia. Assim, foram analisados não somente os laudos periciais, como também demais documentos e leis que abarcam o universo das perícias em trabalho-saúde, bem como o trabalho desse profissional com suas potencialidades e limites, e do funcionamento orgânico deste sistema a partir da imersão nas esferas institucionais ligadas a esse fazer e da aproximação a pessoas que nelas transitam. Trazemos também dados que pudemos colher a partir de estágio doutoral no exterior, no caso, a França, para, numa breve comparação com um país de economia dita mais avançada, como também com vasta produção de estudos científicos sobre a temática em questão, empreendermos uma breve análise comparativa entre as formas periciais encontradas nos dois países, sem perder de vista as diferentes formações sociais e econômicas que separam ambos. Os resultados encontrados sugerem que o sistema pericial tal como o encontramos no mundo real e concreto no Brasil não funciona ou ao menos não se presta a quem deveria, no caso, os trabalhadores brasileiros(as) que prosseguem em suas duras jornadas pela saúde no trabalho.

**Palavras-chave:** Trabalho; saúde; adoecimento; perícias; nexos causal

## ABSTRACT

The present study on expertises in work-health aims at combining a diachronic analysis, so that we are concerned with the genesis and development of this field inside of work-health practices in Brazil; with a synchronic analysis, thinking its structure and function within what we called, legal-sanitary system, in the contribution of the organization of the sphere of superstructure in the sociability of capital. Thus, we are anchored at all times in the dialectical method to know the concrete reality of this expert system in work-health in its dynamism and interrelations. By researching a living and mutable object, in ever-changing, that lies at the mercy of the country's political-economic transformations, it is not a simplified task. In fact, the research course itself, as well as the researcher's intellectual forming, have changed considerably during the course of the research. At first, it was thought to study only the psychological reports produced by experts in the field of Labor Justice. However, when we reflect that an instrument, or the product of a work does not speak for itself, but rather that this is the synthesis of a range of determinations and systemic contradictions, we chose to broaden the scope with a view to understanding the functioning of this "world" of expertises in work-health, extending including the universe of reports to those who deal with other diseases, not ruling out that in all there is also the psychic suffering of those experiences. Thus, we analyzed not only the expert reports, but also other documents and laws that cover the universe of expertises in work-health, as well as the work of this professional with its potentialities and limits, and the organic functioning of this system from immersion in the institutional spheres connected with this work, and the approximation of the people who pass through them. We also bring data that we could collect from a doctoral internship abroad, in this case, the France, in a brief comparison with a country with a so-called more advanced economy, as well as with a vast scientific studies on the subject in question, making one comparative analysis between the different forms in expertises in work-health found in the two countries, without losing sight of the different social and economic formations that separate the two. The results suggest that the system of expertises in work-health as we find it in the real and concrete world in Brazil does not work or at least does not lend itself to who should, in this case, Brazilian workers who continue in their hard journey searching for the health at work.

**Keywords:** Work; health; disease; expertises; causal nexus

## RESUMÉ

La présente étude sur les expertises en travail-santé vise à combiner une analyse diachronique, de sorte que nous nous intéressons à la genèse et au développement de ce domaine dans les pratiques de santé au travail au Brésil ; et une analyse synchronique, en pensant sa structure et sa fonction au sein de ce que nous avons appelé « système juridique-sanitaire » en la contribution de l'organisation de la sphère de la superstructure dans la sociabilité du capital. Ainsi, nous sommes ancrés dans la méthode dialectique pour connaître la réalité concrète de ce système d'expertises en travail-santé dans son dynamisme et ses interrelations. En même une recherche consacrée à un objet vivant et mouvant, en constant transformation, soumis à des transformations politico-économiques du pays, ce qui n'est pas une tâche simplifiée. En fait, tout au long de la recherche, la formation intellectuelle du chercheur a ont considérablement changé. Au début, on pensait étudier uniquement les rapports psychologiques produits par des experts dans le domaine de la justice du travail. Cependant, quand nous réfléchissons qu'un instrument, ou le produit d'un travail, ne parle pas par lui-même, mais plutôt que c'est la synthèse d'une gamme de déterminations et de contradictions systémiques, nous avons choisi d'élargir le champ pour comprendre le fonctionnement de ce « monde » d'expertises en travail-santé, amplifiée même à la dimension des rapports diverses qui s'occupent d'autres maladies, sans nier que dans ces maladies il y ait aussi souffrance psychique dans ces expériences. Ainsi, nous avons analysé non seulement les rapports d'expertises, mais aussi d'autres documents et lois qui englobent l'univers d'expertises en travail-santé, ainsi que le travail de ce professionnel avec ses potentialités et ses limites. Et le fonctionnement organique de ce système à partir d'immersion dans les sphères institutionnelles liées à ce travail, et nous rapprochement des personnes qui les traversent. Nous apportons également des données qui ont été collecter lors d'un stage doctoral en France, pour réaliser une brève comparaison avec un pays économiquement plus développé où il y a des vastes études scientifiques sur le sujet en question, en faisant une analyse comparative entre les différentes formes d'expertises en travail-santé trouvées dans les deux pays, sans perdre de vue les différentes formations sociales et économiques qui les séparent. Les résultats suggèrent que le système d'expertise en travail-santé que nous trouvons dans le monde réel et concret au Brésil ne fonctionne pas ou du moins ne se prête pas à ce qu'il devrait. Dans ce cas, les travailleurs brésiliens continuent leur difficile voyage à la recherche de la santé au travail.

Mots-clés : Travail; santé; maladies; expertises; lien de causalité

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	<b>13</b>
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>11</b>
<b>CAPÍTULO 1. SOBRE O SISTEMA JURÍDICO-SANITÁRIO SUPERESTRUTURAL</b> .....	<b>29</b>
<b>CAPÍTULO 2. RESGASTE HISTÓRICO DO CAMPO PERICIAL NO BRASIL</b> .....	<b>37</b>
2.1 Surgimento e institucionalização do campo pericial no Brasil: Do Império à Primeira República .....	<b>38</b>
2.2 A experiência estatal jurídico-legislativa do serviço sanitário paulista em trabalho-saúde .....	<b>41</b>
2.3 A consolidação do campo pericial pela Medicina Legal .....	<b>47</b>
2.4 "Entre Cila & Caríbdis": o taylorismo-fordismo caboclo e o campo pericial do começo do século XX.....	<b>53</b>
2.5 O campo da Saúde do Trabalhador influencia a prática pericial .....	<b>63</b>
2.6 A aurora da acumulação flexível tupiniquim e a consolidação do poder pericial médico .....	<b>68</b>
2.7 A Caixa de Pandora está aberta. E agora? .....	<b>80</b>
<b>CAPÍTULO 3. FORMAS PERICIAIS EM TRABALHO-SAÚDE</b> .....	<b>85</b>
3.1. Os diferentes corpus: afinal, de que perícias estamos falando? .....	<b>85</b>
3.2 Perícias Administrativas: objetos e processos próprios .....	<b>90</b>
3.3 Perícias Securitárias: da Medicina do Seguro às Previdência Privadas .....	<b>96</b>
3.4 Perícias Previdenciárias: preceitos, objetos e finalidades.....	<b>103</b>
3.4.1 O primado da técnica e o arbítrio livre: o modelo peritocêntrico .....	<b>124</b>
3.4.2 Médico Perito ou Sherlock Holmes? .....	<b>132</b>
3.4.3 O SABI e a autonomia do(a) perito(a) médico(a) .....	<b>142</b>
3.4.4 Subjetividade Inautêntica e alienação do outro: fraudes, simulações e corrupções.....	<b>145</b>
3.4.5 O binômio capacidade/incapacidade e o dano laboral: Baremos x CIF .....	<b>152</b>
3.4.6 O NTEP e as Diretrizes de Apoio à Decisão Médico Pericial em Transtornos Mentais .....	<b>168</b>
3.4.7 A judicialização previdenciária e a (famigerada) reforma da Previdência.....	<b>180</b>
3.5 Perícias Judiciais: conceitos, campos e atuação.....	<b>190</b>
3.5.1 O Perito Judicial: habilitação, requisitos para a nomeação, deveres, atribuições e a ética profissional.....	<b>203</b>
3.5.2 O Perito Judicial e a prova técnica.....	<b>219</b>
3.5.3 Remuneração do trabalho pericial .....	<b>231</b>
3.5.4 O laudo pericial judicial: conceitos, metodologias, requisitos formais e de conteúdo .....	<b>238</b>
3.5.5 A figura dos assistentes técnicos e do contraditório na prova pericial .....	<b>246</b>
3.5.6 Perito Médico ou Perito Técnico: quem então pode ser Perito Judicial? .....	<b>256</b>
3.5.7 Perícias Judiciais em Saúde Mental Relacionada ao Trabalho (SMRT).....	<b>262</b>
3.6 Perícias no Ministério Público do Trabalho: ações coletivas, prevenções e a vigilância fiscalizadora .....	<b>275</b>
<b>CAPÍTULO 4. VASCULHANDO A CAIXA-PRETA DAS PERÍCIAS</b> .....	<b>281</b>
4.1 A problemática do nexa causal .....	<b>281</b>
4.2 Perícia: produto e processo de trabalho .....	<b>298</b>
4.3 O perito e a organização da cultura .....	<b>317</b>
4.4 Medicina do Trabalho ou do Capital? .....	<b>331</b>
4.5 Ser ou não ser perito? Eis a questão.....	<b>334</b>
<b>CONCLUSÕES</b> .....	<b>344</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>359</b>
<b>GLOSSÁRIO</b> .....	<b>389</b>

## APRESENTAÇÃO

*“Não existe uma estrada real para a ciência, e somente aqueles que não temem a fadiga de galgar suas trilhas escarpadas têm chance de atingir seus cumes luminosos” (MARX, 2013, p. 186).*

Defender uma tese de doutoramento em uma Faculdade de Educação quando sua formação inicial se dá na Psicologia somado a um Mestrado em Ciências Sociais e dedicando-se ao exame e análise de processos pertinentes ao campo da Medicina e do Direito, não é das tarefas mais fáceis.

Contudo, a ideia e vontade de pesquisar as perícias em trabalho-saúde se deu justamente por observar uma profícua atuação interdisciplinar quando nós, ainda no mestrado, tivemos o privilégio de fazer parte de uma reunião científica na sede da FUNDACENTRO em São Paulo-SP no dia 30 de maio de 2011 que contou com profissionais da psicologia, da sociologia, da medicina, do direito, da educação e da terapia ocupacional, todos esses vinculados de alguma forma à academia, a serviços públicos de saúde e, a órgãos representativos de classe de trabalhadores. Nela, foi discutido a questão das perícias em trabalho-saúde e a problemática em se evidenciar o nexos causal dos adoecimentos relacionados ao trabalho. Desta reunião, emerge como proposta, infelizmente nunca concretizada, a organização de um livro que contra argumentasse a produção existente a cerca das “simulações” nas perícias médicas em trabalho-saúde.

Mesmo voltado a outro objeto de pesquisa à época do mestrado, viemos flertando desde então com esse tema que tanto nos chama a atenção e que nos pareceu deveras preocupante aos olhos de nossas referências bibliográficas agora, providas de corpos e rostos para nós a partir da reunião descrita acima. Porque esse tema tanto os afligia? O que haveria nesse “mundo” das perícias em trabalho-saúde que incomodaria tanto àqueles que, assim como nós, pensam o campo da saúde do trabalhador como um espaço de lutas e resistências rumo à uma emancipação possível pela via jurídico-sanitária? E acima de tudo: se fosse possível a nós conhecermos, compreendermos e interpretarmos esse “mundo” de perto, poderíamos também sermos capazes de transformá-lo?

Presunções à parte, eis que após tanto elucubrar sobre o tema em questão, ingressamos no doutorado na Faculdade de Educação da UNICAMP em 2014 sob orientação do professor (e agora amigo) Dr. Roberto Heloani a fim de nos debruçarmos e imergirmos no referido “mundo” das perícias em trabalho-saúde. As inquietudes iniciais

partiram de tentarmos entender: De quais perícias em trabalho-saúde estamos falando? Em que esferas institucionais as encontramos? Quais suas potencialidades e limites em cada uma? Como se apresentam no concreto real? Como funcionam? Cumprem a que se prezam? E a quem servem? Convêm a quem servem? Poderiam ser de outra forma?

Eis que então o presente trabalho justifica-se por vislumbrar, partilhando da visão em comum da fatídica reunião do dia 30 de maio de 2011, a existência de dificuldades enfrentadas pelos trabalhadores brasileiros na obtenção do nexo causal entre seus problemas de saúde e suas condições de trabalho mediante subsunção a processos periciais em trabalho-saúde. O fardo de se entrar em terrenos profissionais os quais sua formação inicial lhe impõe abismos epistemológicos e teórico-práticos é justamente manter o foco de uma pesquisa acadêmica preocupada com a transformação social: preocupar-nos com os “porquês” enquanto ainda buscamos compreender os “o quê” e “como” de forma retardatária.

Demoramos a compreender que finalmente o lugar do qual falamos: (1) parte do olhar da Psicologia, principalmente da Psicologia Social do Trabalho, ou seja, de nossa formação inicial, em que temos intrínseca uma herança de exercício constante da escuta apurada e analítica voltada para a compreensão do desgaste no trabalho; (2) abrange uma concepção sociológica oriunda eminentemente da Sociologia do Trabalho que considera a historicidade dos processos sociais e dos conceitos, as condições socioeconômicas de produção dos fenômenos e as contradições sociais inerentes à sociabilidade do capital; (3) compreende “saúde” e “doença” enquanto um processo dinâmico e contraditório resultante da confluência (com ou sem coerência) das políticas econômicas e sociais, das transformações do meio ambiente e ambiente de trabalho que tem nos pressupostos da Medicina Social Latino Americana um modelo de investigação que afirma sua historicidade e busca compreender a multiplicidade de suas determinações; (4) visa à tutela jurídica da saúde dos trabalhadores porquanto direito inalienável próprio da visão do Direito do Trabalho crítico e; (5) entende “Educação” enquanto processo social com vistas à emancipação do trabalho estranhado inerente à forma social do capital.

Todavia, nos pretendemos a todo tempo partir da aparência visando alcançar a essência. Ou seja, tivemos no horizonte, a essência das perícias em trabalho-saúde, capturando sua estrutura e dinâmica por meio de procedimentos analíticos e, operando a sua síntese, pudemos reproduzi-las no plano do pensamento. Ao pesquisa-las através dos métodos adotados, também pudemos reproduzi-las, no plano ideal, a essência do que investigamos.

Compreendemos então, que nosso papel de sujeito-pesquisador essencialmente *ativo* é apreender não a aparência ou a forma dada desse “mundo das perícias em trabalho-saúde”, mas a sua essência, a sua estrutura e a sua dinâmica, mais exatamente para entendê-lo enquanto um *processo*. Desse modo, tivemos que ser capazes de apreendermos um máximo de conhecimentos oriundos das ciências que atravessam tal “mundo”, criticá-los, revisá-los e ainda por cima sermos dotados de imaginação e criatividade sociológica. Como dissemos, um papel fundamental, porém uma tarefa igualmente hercúlea.

Por isso, o estudo aqui presente sobre as perícias em trabalho-saúde, visou conjugar uma análise diacrônica, de forma que nos preocupamos com a gênese e o desenvolvimento deste campo no bojo das *práxis* em trabalho-saúde no Brasil, com uma análise sincrônica, pensando sua estrutura e função no que cunhamos, sistema jurídico-sanitário, na contribuição da organização da esfera da superestrutura na sociabilidade do capital.

Assim, ancoramo-nos a todo tempo no método dialético para conhecermos a realidade concreta desse sistema pericial em trabalho-saúde em seu dinamismo e nas inter-relações. Novamente, enfatizamos que, pesquisar um objeto vivo, mutável e em constante transformação que jaz à mercê das transformações políticas do país não se configura sobremaneira porquanto empreitada simplificada. Até o fechamento das últimas linhas textuais deste trabalho estávamos ainda descobrindo fatos novos que de hora para outra, alteravam os entremeios do mesmo.

Inclusive, o próprio percurso da pesquisa, bem como a formação enquanto intelectual do pesquisador alteraram-se bastante no decorrer da mesma. A princípio, pensávamos em estudar somente os laudos psicológicos produzidos pelos peritos na esfera da Justiça do Trabalho. Entretanto, ao refletirmos que um instrumento, ou o produto de um trabalho não fala por si, mas sim que este é a síntese de uma gama de determinações e contradições sistêmicas, optamos por ampliar o escopo com vistas à compreensão do funcionamento deste “mundo” das perícias em trabalho-saúde. Pretensiosamente chegamos a pensar em desenvolver um instrumento tal como os da epidemiologia que auxiliasse na verificação do nexo causal entre adoecimentos-trabalho. Projeto este que se dará a posteriori num pós-doutorado ou em nossa vida acadêmica.

Contudo, esperamos com esse trabalho que este não se limite à estante do orientador, mas sim, que tal como foi idealizado, cumpra seu papel social, que seja, no mínimo, trazer à tona a discussão sobre as perícias em trabalho-saúde por uma perspectiva crítica.

## INTRODUÇÃO

*“A anatomia do ser humano é uma chave para a anatomia do macaco. Por outro lado, os indícios de formas superiores nas espécies animais inferiores só podem ser compreendidos quando a própria forma superior já é conhecida”* (MARX, 2011a, p. 84).

Nesta nossa pesquisa de doutoramento buscamos investigar as múltiplas determinações que tangem o campo das perícias em trabalho-saúde. A estrutura e a dinâmica deste objeto de pesquisa, ou seja, seu *processo*, fizeram com que adotássemos uma perspectiva de não operarmos com definições, mas sim, quanto mais avançamos com a pesquisa, mais descobrimos determinações, as mais simples, porém carregadas das relações e das dimensões que objetivamente possuem e devem adquirir para reproduzir as múltiplas determinações<sup>1</sup> que constituem o concreto real. Esse concreto no pensamento, que se refere ao conhecimento propriamente dito, constitui um todo novo que resulta do processo da inter-relação entre o objeto a ser pesquisado em construção e o sujeito-pesquisador igualmente em construção.

Tais determinações estão postas no nível da universalidade. Na imediatez do real, elas mostram-se como singularidades – mas o conhecimento deste concreto real opera-se envolvendo universalidade, singularidade e particularidade. Ora, quando Marx (2011a, p. 84) nos diz que “a anatomia do ser humano é uma chave para a anatomia do macaco” elucida didaticamente todo o método investigativo presente nesse trabalho de forma que precisamente parte do pressuposto que, somente quando uma forma mais complexa se desenvolve e é conhecida, é que se pode compreender inteiramente o menos complexo.

Pautados então no método dialético, este trabalho caminhou da fase mais desenvolvida de cada forma pericial em trabalho-saúde investigada no sentido de então analisar sua gênese e, depois da análise dessa gênese, retornar ao ponto de partida, isto é, à fase mais evoluída, agora compreendida de forma ainda mais concreta, iluminada pela

---

<sup>1</sup> Quando falamos de *síntese de múltiplas determinações*, nos referimos ao entendimento de Sánchez Gamboa (2012, p. 152-153) quanto à construção do objeto determinado pelos contextos, quer dizer, pelas condições materiais e históricas que permitem sua existência e sua manifestação como fenômeno. Na realização desse processo, caminhamos do empírico concreto (todo sincrético) ao abstrato (categorias diversas de análises) e deste concreto ao pensamento [...] a dialética inclui a dinâmica do caminho de volta, do todo às partes e das partes ao todo. Dá-se ao contexto uma ênfase fundamental, pois os fenômenos dependem dos contextos de produção, que determinam sua existência, e dos contextos de interpretação, que determinam seu conhecimento.

análise histórica, criticizada e pela função social do pesquisador. Inclusive, temos em nosso horizonte que tal análise, apoiada na dialética entre o lógico e o histórico, só se realizará de forma verdadeiramente esclarecedora do objeto investigado se for apoiada numa perspectiva crítica, isto é, se for realizada a crítica daquilo que esteja sendo tomado como a forma mais desenvolvida.

Assim, coube-nos aqui nas próximas linhas apresentar as diferentes formas periciais em trabalho-saúde<sup>2</sup> tal como dissemos, no movimento do concreto real. Nosso recorte metodológico focou nas formas que julgamos "mais avançadas" ou mais desenvolvidas do fazer pericial em trabalho-saúde - e que de certa forma perpassam as demais -, quais sejam, as perícias de cunho previdenciários e as da esfera jurídica trabalhista. A partir então destes modelos superiores e complexos que estruturam todo um campo específico em seus âmbitos, depreendemos numa análise na qual visou-se a obtenção da chave da compreensão dos demais modelos periciais em trabalho-saúde aqui também ilustrados. Bem como de suas funções, processos e determinações.

Nesse intenso movimento dialético de efetiva análise diacrônica e sincrônica destes campos periciais em trabalho-saúde especificados, também buscamos absorver de que forma eles, bem como os demais, aproximam-se e distanciam-se dos pressupostos do campo da Saúde do Trabalhador<sup>3</sup> e, portanto, de qual visão e em que conceito ideológico de saúde ancoram sua *práxis* durante os atos periciais sistêmicos em si, baseando assim, suas convicções, fazeres e conseqüentes influências no desenvolvimento perene do campo tal como o encontramos no universo do real. E que cumprem função determinada material e historicamente na organização do trabalho na sociedade do capital.

Ou seja, partindo de uma análise histórica crítica, sempre contrapondo o ideal e o material, o prescrito e o real, o que encontramos na literatura e o que nos dizem os atores sociais envolvidos, a análise documental empreendida, bem como nossa imersão prático-vivencial nos campos destacados, objetivou a elucidação da estrutura e dinâmica e, portanto, do processo, do campo pericial trabalho-saúde<sup>4</sup> em nosso país de modo a

---

<sup>2</sup> Enunciamos como 'formas periciais em trabalho-saúde' por se tratar de métodos de se efetuar as perícias que não necessariamente ancoram-se nos postulados teórico-metodológicos do campo da saúde do trabalhador, mesmo sendo realizadas processualmente no interior deste.

<sup>3</sup> Em nosso Glossário no início deste trabalho expomos nosso entendimento sobre os pressupostos que embasam o campo da Saúde do Trabalhador. Compreendemos a Saúde do Trabalhador tanto como *campo* epistemo-metodológico com seus conceitos próprios sobre o processo saúde-doença relacionado ao trabalho, como também enquanto *área*, ou seja, espaço político-social em que as definições do *campo* são efetivadas ou deturpadas imprimindo a marca do trabalho real na atividade prática cotidiana.

<sup>4</sup> Também nos ateremos ao longo do texto, mais aos adoecimentos relacionados ao trabalho e menos aos acidentes de trabalho típicos, por considerarmos o primeiro de maior dificuldade quanto a identificação do nexo de causalidade com o trabalho.

compreendermos sua gênese e desenvolvimento durante todo um processo social e histórico, para daí especificarmos seus limites e enxergarmos suas possibilidades de transformação.

Nota-se que muitos pesquisadores em nossa área de estudos anunciam a importância do método dialético e manifestam sua intenção em utilizá-lo, mas, no trajeto da investigação, desenvolvem análises que em nada diferem dos modelos positivistas ou funcionalistas de se fazer pesquisa. Talvez em muitos momentos tenhamos feito o mesmo, pois como dito anteriormente, o trajeto da pesquisa é também o de maturação do pesquisador.

De toda forma, buscou-se na maior parte do tempo e com o maior rigor possível, durante esta nossa longa imersão no campo pericial em trabalho-saúde, disseminar nos escritos a seguir toda a trajetória, formas e métodos de pesquisa utilizados nesse trabalho. Ou seja, o exercício foi o de nos distanciarmos dos formatos positivistas de tese acadêmica em que primeiramente todo um arcabouço teórico é apresentado para somente ao final ser apresentada a análise do objeto que se pesquisa. Assim, nosso levantamento bibliográfico sobre o tema, observação participante nos ambientes onde estas ocorrem, análise de documentos pertinentes ao sistema pericial em trabalho-saúde, bem como as falas dos(as) entrevistados(as) e nossa experiência pesquisando o tema a partir de estágio doutoral no exterior, estarão “pulverizadas” e sintetizadas dialeticamente nas linhas que se seguem deste estudo buscando apontar para um panorama da finalidade e das etapas do sistema pericial em trabalho-saúde e se, no horizonte, estas vem efetivando o nexo causal trabalho-adoecimento compreendendo os determinantes sociais do processo saúde-doença.

Desse modo, o presente trabalho visou às seguintes etapas metodológicas para a sua execução:

#### *A) Análise bibliográfica*

Nesse quesito, nossos principais objetivos foram:

a) analisar o “estado da arte” da literatura que está sendo utilizada em trabalhos que abrangem o campo das perícias em trabalho-saúde aí inclusos teses e dissertações, trabalhos apresentados e publicados em anais de congressos e outros encontros científicos, artigos publicados em revistas ou periódicos e livros da área da Medicina do Trabalho; do Direito do Trabalho; da Psicologia Social do Trabalho; da Sociologia do

Trabalho; da Saúde do Trabalhador; da Medicina Preventiva e Social; da Psiquiatria Ocupacional e da Psiquiatria Social; da Economia Política Crítica; da Saúde Pública e da Saúde Coletiva; da Ergonomia; da Epidemiologia Social e, claro; das Perícias Médicas e Medicina Legal;

b) delimitar o período de tempo em que estas obras foram publicadas. Para a análise histórica, buscou-se obras que datam da gênese do campo pericial no Brasil. Já para a compreensão do desenvolvimento, da estrutura e dinâmica dos modelos atuais, demos preferência às publicações dos dias presentes, posteriores a determinados marcos históricos que alteram as diretrizes do fazer pericial em trabalho-saúde, tais como: (1) a Lei nº 13.467/2017 da reforma trabalhista e a Lei nº 13.429/2017 que amplia a terceirização; (2) a Lei nº 13.341/2016 em que o Ministério do Trabalho e Previdência Social (MTPS) é extinto, de forma que o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) passa a vincular-se ao Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário (MDAS)<sup>5</sup> e a Previdência Social se torna uma Secretaria do Ministério da Fazenda; (3) o PL nº 257/2016 que precariza o serviço público nos estados; (4) a PEC nº 241/2016 que limita os gastos públicos em 20 anos; (5) a Portaria nº 152/2016 e a Instrução Normativa INSS/PRES nº 90/2017 que consolidam a chamada “alta programada”, pela qual o perito “estima” uma provável data de recuperação do trabalhador e, assim, fixa o prazo de término do benefício previdenciário, dispensando a realização de nova perícia e cabendo ao trabalhador, que não se sinta apto a retornar ao trabalho, o agendamento de um novo exame pericial; (6) a decisão do Conselho Nacional de Previdência Social de 17 de novembro de 2016 pela qual o INSS dispensa as empresas de comunicar os acidentes de trajeto e os acidentes de trabalho que não impliquem afastamento superior a 15 dias<sup>67</sup>; (6) a revisão dos benefícios pagos pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), previsto pela Medida Provisória nº 739/2016 que convoca desde agosto de 2016, mais de 730 mil trabalhadores que recebiam o auxílio-doença para a revisão do benefício como medida de se passar um pente-fino nos benefícios concedidos aos segurados pelo Instituto; (7) a PEC 287/2016 sobre a Reforma da Previdência; (8) os Decretos nº 8.691/16 e 8.725/16 que

---

<sup>5</sup> Atualmente renomeado para Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) a partir da Lei nº 13.502, de 1º de novembro de 2017.

<sup>6</sup> “CNPS: Conselho aprova alterações no cálculo do Fator Acidentário de Prevenção”. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/2016/11/cnps-conselho-aprova-alteracoes-no-calculo-do-fator-acidentario-de-prevencao/>. Acesso em 9 dez. 2016.

<sup>7</sup> A medida tem impacto direto sobre o cálculo do Fator Acidentário Previdenciário (FAP) pois, diminuindo o número de notificações de acidentes, reduz-se também a contribuição empresarial ao FAP que hoje representa 1% a 3% da folha de pagamento (VARGAS, 2017)

abarcam as perícias previdenciárias; (9) a MP nº 808/17, a Resolução nº 233/16 e o CPC/15 que envolvem as perícias judiciais; (10) a aprovação da Lei do “Ato Médico” nº 12.842/13; (11) o Projeto de Lei 7.200/2010 que propõe a ampliação da participação de outros profissionais da saúde na perícia do INSS; (12) a inclusão do NTEP a partir da Instrução Normativa nº 31 INSS/PRES de 10 de setembro de 2008; (13) a criação da Diretoria de Saúde do Trabalhador (DIRSAT) da Previdência Social em 2007; (14) a instituição da carreira de perito médico no INSS enquanto cargo público a partir da Lei nº. 10.876/2004; (15) a implementação do SABI em 2003 no sistema informacional do INSS; (16) o lançamento do “Manual Técnico de Perícia Médica” em 2002 pelo INSS; (17) a publicação do Anexo II a partir do Decreto nº 3.048/99 que insere a “Lista das Doenças Relacionadas ao Trabalho” no âmbito da Previdência Social; (18) a Lei Orgânica da Seguridade Social de nº 8.212/91; (19) a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90 e, por fim; (20) a promulgação da Constituição Federal de 1988 (que projeta uma nova abordagem de saúde pública sob tutela estatal), até os dias atuais.

c) verificar a frequência na citação de autor(es), livro(s), revista(s), editora(s), encontro(s) científico(s), o que dará uma indicação de fontes de informação de prestígio onde pode-se pesquisar trabalhos e publicar artigos.

d) ser um referencial bibliográfico para o meio acadêmico e pessoas interessadas nestes assuntos.

### *B) Análise documental*

a) Reunião, organização e análise de leis, emendas constitucionais, portarias, decretos, normativas, medidas provisórias, regulamentos, petições, súmulas, orientações jurisprudenciais, acórdãos e documentos outros que abordem a regulamentação e diretrizes do sistema pericial em trabalho-saúde utilizando dos critérios do item b) da “Análise Bibliográfica”.

b) Utilização, verificação e análise de laudos periciais e seus devidos quesitos, bem como do contexto de seus referidos processos, sentenças judiciais e votos oriundos de recursos ordinários em 2ª instância, produzidos em decorrência das esferas previdenciárias e judiciárias reunidos por geolocalidade.

Em posse dos documentos necessários para a pesquisa, na etapa subsequente, procedemos na leitura, análise e formulação das categorias que foram formuladas a posteriori e não a priori. Foram analisados:

- 10 (dez) laudos periciais previdenciários oriundos de agência do INSS de Curitiba-PR datados de 2008 a 2014 e 3 (três) de agência do INSS em Diadema-SP de mesmo segurado compreendendo as respectivas datas de exames periciais: 21/11/2016, 10/03/2017 e 04/05/2017;

- 2 (dois) laudos periciais trabalhistas advindos da 2ª Vara Trabalhista de Dourados-MS sendo um de setembro e outro de dezembro de 2014; 1 (um) proveniente da 6ª Vara do Trabalho de Belo Horizonte-MG confeccionado em abril de 2015; 10 (dez) procedentes da 77ª Vara do Trabalho de São Paulo-SP produzidos entre outubro de 2013 à fevereiro de 2014, e; 7 (sete) oriundos da 2ª, 4ª e 17ª Varas do Trabalho de Curitiba-PR, da 6ª Vara Federal da Seção Judiciária do Paraná, da 1ª e 2ª Vara do Trabalho de São José dos Pinhais-PR e da 2ª Vara do Trabalho de Araucária-PR compreendendo os anos de 2003 a 2010 e totalizando, assim, 20 (vinte) laudos periciais trabalhistas;

- 5 (cinco) relatórios de assistentes técnicos, todos da parte do trabalhador, ligados a um escritório de advocacia de Curitiba-PR contestando algumas das perícias encontradas na mesma região e analisadas por nós conforme descrito acima;

- 2 (dois) laudos periciais derivados de Ações Cíveis Públicas (ACPs) do Ministério Público do Trabalho (MPT), um executado pela 12ª Vara do Trabalho de Manaus-AM em fevereiro de 2014 e outro na 2ª Vara do Trabalho de Toledo-PR em abril de 2014;

- 57 (cinquenta e sete) votos de Desembargadores, compreendendo os anos de 2012 a 2015, sobre processos alvo de recursos em 2ª instância no Tribunal Regional do Trabalho da 15ª região em que as perícias em trabalho-saúde constam sintetizadas no corpo do texto;

- 2 (dois) PPRAs e 3 (três) PCMSOs da mesma empresa do ramo de construção civil, datados de 2006 a 2009 e que integravam processo referente a um dos laudos encontrados na região de Curitiba-PR e;

- 1 (um) Inquérito Civil encaminhado pela Procuradoria Regional do Trabalho da 15ª Região no qual o Cerest-Araucara realizou perícia das condições de trabalho-saúde de um hospital público estadual de sua jurisdição em que acompanhamos de 20 de fevereiro de 2015 ao arquivamento do mesmo em 16 de fevereiro de 2016.

### C) *Entrevistas Abertas (não estruturadas)*

Procedemos com o formato de entrevistas em que o pesquisador tem o mínimo de participação. Foram formuladas questões disparadoras procedendo da escuta do que o entrevistado teria a narrar. Nossa intervenção sempre que possível foi mínima. Os entrevistados quem conduziam sua narrativa e apenas os interrompíamos para esclarecer ou aprofundar algum aspecto que considerássemos fundamental para saneamento da questão.

Realizamos 18 entrevistas com médicos peritos previdenciários, 13 com peritos judiciais, 25 com interlocutores qualificados, 2 peritos do MPT e com 7 trabalhadores para que os mesmos pudessem nos dar, através de suas experiências práticas, o panorama atual do nosso campo de estudos e quais vem sendo as formas de se identificar e vincular determinados adoecimentos como derivados do trabalho. As entrevistas foram realizadas entre março de 2016 a dezembro de 2017. A todos foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para participação da pesquisa.

Os critérios de inclusão dos entrevistados pautaram-se: no caso dos peritos, tanto previdenciários quanto judiciais, na própria natureza do trabalho dos mesmos em se tratando do exame de casos ligados ao binômio trabalho-adoecimento e de suas vinculações institucionais com o INSS e/ou Justiça do Trabalho; em se tratando dos interlocutores qualificados, foram entrevistados pesquisadores, docentes, ou trabalhadores do serviço público de saúde com reconhecido *savoir-faire* no campo da Saúde do Trabalhador e que tangenciam e vivenciam de alguma forma a questão das perícias em trabalho-saúde; quanto aos trabalhadores foram selecionados aqueles que vivenciaram situações periciais (nas esferas previdenciárias e/ou judiciais) em algum momento de suas jornadas laborais. Todos os nossos entrevistados foram encaminhados a nós por indicação de pessoas ligadas de alguma forma à questão das perícias em trabalho-saúde, conquanto os próprios entrevistados indicavam outros em igual situação e/ou que se encaixassem em nossos critérios de inclusão.

Os critérios de exclusão dos participantes de nossa pesquisa relacionam-se àqueles peritos que, ou não realizassem perícias em trabalho-saúde, mas sim médico-legais, contábeis, cíveis, criminais, químicas e ambientais ou; dentro da esfera das perícias em trabalho-saúde, lidassem apenas com perícias administrativas estatais, securitárias privadas, de periculosidade e insalubridade. Quanto aos interlocutores qualificados, foram excluídos da pesquisa aqueles que tão somente lidassem com o tema “trabalho” ou

com o campo da “saúde” ou com a esfera do “Direito” que não o trabalhista, e não com a interconexão destes. Sobre os trabalhadores, foram excluídos os que, pudessem estar ligados a liames trabalhistas, porém que não foram necessárias perícias em trabalho-saúde, ou então os que somente tenham passado por perícias administrativas estatais e/ou securitárias privadas em se tratando de trabalho-saúde.

As entrevistas com os peritos previdenciários se deram ou em seus postos de trabalho (seja no INSS e/ou outros), ou consultórios particulares ou ainda por Skype para os que se encontravam fora do Estado de São Paulo. Com os peritos judiciários, as entrevistas foram realizadas em seus escritórios particulares, em órgãos públicos (como universidades e serviços de saúde), espaços aleatórios (como cafés e restaurantes) ou também por Skype para aqueles que não se encontravam no Estado de São Paulo. Os interlocutores qualificados foram todos entrevistados em seus espaços de trabalho, seja na esfera pública e/ou privada presencial ou virtualmente (nos casos dos que se encontravam nos demais estados brasileiros que não SP). Já os trabalhadores foram todos entrevistados no âmbito dos serviços públicos de saúde a exceção de um, em que a mesma foi realizada em consultório particular do pesquisador.

#### *D) Grupos Focais*

Nos utilizamos da técnica de pesquisa qualitativa denominada “Grupo Focal” de forma a organizarmos e conduzirmos uma discussão com grupos de trabalhadores, sobre questões ligadas às perícias em trabalho-saúde. A partir da interação entre os participantes que possuíam em comum, já terem, ao menos uma vez em sua vida laboral, experienciado uma situação de perícia em trabalho-saúde seja no âmbito do INSS quanto da Justiça Trabalhista, tivemos como objetivo compreender o que essas pessoas pensam e como se sentem a respeito do nosso tema de pesquisa, bem como, de criarmos um espaço de confiança mútua para que os mesmos pudessem relatar e elaborar suas experiências de vivência em situações periciais.

Foram realizados 2 (dois) grupos focais nas dependências do Cerest-Diadema no mês de dezembro de 2017 com 5 (cinco) trabalhadores num grupo e 4 (quatro) trabalhadores noutro. Os ramos de atividade compreendiam operadores de máquinas de diferentes setores, trabalhadores da construção civil, da indústria química, auxiliares de serviços gerais, do setor de frigoríficos e do ramo da metalurgia e siderurgia.

Os critérios de inclusão para participação nos grupos focais se deram pela permanência de atendimento dos trabalhadores no serviço de atenção à saúde do trabalhador do Cerest-Diadema ao passo que os critérios de exclusão basearam-se ou nos trabalhadores com afastamentos inferiores a 15 dias e, portanto, em que órgão previdenciário não foi acionado nenhuma vez em sua trajetória laboral ou então naqueles em que não se situassem imbricados em lides trabalhistas que envolvessem casos de adoecimentos relacionados ao trabalho.

#### *E) Observação Participante*

Em se tratando de estabelecer uma adequada participação nossa dentro dos grupos observados, fomos levados a compartilhar os papéis e os hábitos dos peritos para estarmos em condição de observar fatos, situações e comportamentos que não ocorreriam ou que seriam alterados na presença de estranhos. A ideia foi uma imersão completa no cotidiano da cultura e do sistema pericial em trabalho-saúde de modo que pudéssemos compreendê-la de perto. Desse modo, buscamos conviver de perto com os peritos, os interlocutores qualificados e trabalhadores de forma que o processo de observação participante foi realizado nas agências do INSS, instâncias jurídicas, acompanhamento de perícias (tanto previdenciárias quanto trabalhistas), atendimentos à trabalhadores adoecidos em serviços públicos de saúde e etc. Nossa experiência direta com o modo de caminhar a vida cotidiana de nossos sujeitos de pesquisa, sejam eles indivíduos ou grupos, foi capaz de nos revelar na sua significação mais profunda, ações, sentimentos, atitudes, episódios, e, principalmente, *modus operandi*.

#### *F) Análise Comparativa*

A partir de nossa aprovação no Edital nº19/2016 do Programa de Doutorado Sanduíche no Exterior em que nos foi concedida uma bolsa de estudos por 4 (quatro) meses<sup>8</sup> pudemos realizar breve imersão no sistema pericial em trabalho-saúde francês no

---

<sup>8</sup> O plano original previa 12 (doze) meses de estágio doutoral no exterior e foi tentado desde nosso ingresso no Doutorado em 2014. Após sucessivos cortes no orçamento federal da Educação e consequentes

período de março a junho de 2017. Nosso estágio doutoral na *École des Hautes Études em Science Sociales* (EHESS/CNRS) em Paris sob orientação do prof. Michael Löwy nos possibilitou também intercâmbio com: (a) o Laboratório de Ética Médica e Medicina Legal (EA 4569) vinculado à *Université Paris V René-Descartes*; (b) com a *Confédération Générale du Travail* (CGT), principal central sindical francesa e a; (c) *Association pour la Prise em Charge des Maladies Eliminables* (APCME) um serviço público de atenção e cuidado à Saúde do Trabalhador em Port-de-Bouc, próximo a Marseille.

Além da observação participante em nos locais descritos, foram feitas revisões sistemáticas sobre publicações pertinentes a nosso tema de pesquisa que nos alargaram o conhecimento da realidade francesa de investigação e as teorias desenvolvidas ou aprimoradas pelos pesquisadores do país. A partir de tais revisões sistemáticas visamos buscar uma maior aproximação com o contexto dos trabalhadores bem como políticas públicas e tutelas jurídicas no âmbito trabalho-saúde por lá existentes. Tal feito se deu tanto através da literatura especializada na área, quanto na participação em eventos, expedições de campo como também devido a análise documental de códigos, leis, jurisdições, laudos periciais, sentenças, recursos e documentos outros ligados a nosso objeto de pesquisa.

Também foram realizadas entrevistas abertas (não estruturadas) com sujeitos igualmente ligados ao objeto desta pesquisa, a saber, as perícias em trabalho-saúde. Assim, pudemos entrevistar: (1) dois docentes universitários franceses, sendo o primeiro sociólogo da *École des Hautes Études em Science Sociales* (EHESS/CNRS), e o segundo, um médico presidente da Sociedade Francesa e Francófona de Ética Médica (SFFEM) e da Academia Internacional Ética, Medicina e Políticas Públicas (IAMEPH); (2) um sindicalista francês e coordenador em trabalho-saúde da *Confédération Générale du Travail* (CGT); (3) um economista francês, idealizador do SIC (*Système d'Information Concret*) e diretor da *Association pour la Prise em Charge des Maladies Eliminables* (APCME) um serviço público de atenção e cuidado à saúde do trabalhador em Port-de-Bouc, na região de Bouches-du-Rhône, próximo à Marseille; (4) um médico do trabalho francês perito em instâncias relativas à seguridade social e também judiciais; (5) uma advogada francesa, mestranda em Ética Médica e Medicina Legal na *Paris V – René Descartes*; (6) um psicólogo francês perito judicial; (7) uma psicóloga italiana

ergonomista e professora universitária aposentada da *Università Degli Studi di Torino*, e uma das idealizadoras do Movimento Operário Italiano (MOI); (8) um médico do trabalho italiano de um hospital público de Milão (ITA); (9) um médico italiano ergonomista da *Clinica Del Lavoro 'Luigi Devoto'* da *Università Degli Studi di Milano* (ITA) e; (10) um coordenador e motorista de transportes privados, responsável por procedimentos administrativos quanto a trabalhadores acidentados e adoecidos na empresa em que atua.

Os critérios de inclusão/exclusão utilizados nessa etapa da pesquisa, seguiu os mesmos parâmetros estabelecidos para as entrevistas com sujeitos brasileiros.

Por meio dos relatos ouvidos, revisões bibliográficas, documentos analisados e experiências vividas em nosso estágio doutoral, decorremos num breve estudo comparativo da realidade francesa com a brasileira que melhor será descrito nas conclusões deste trabalho.

Enfim, o empreendimento potencial desta pesquisa visou, como dissemos, numa análise do sistema pericial brasileiro em trabalho-saúde focando em seu processo, gênese, estrutura e em suas formas consideradas por nós mais desenvolvidas, quais sejam, as perícias previdenciárias e judiciais. Para tal, a confeccionamos da seguinte forma:

No *capítulo 1* empreendemos numa análise macroeconômica, social, histórica e política em se compreender de que forma o *ethos* jurídico e o *ethos* médico-sanitário, clivados pelo campo da ciência, estão subsumidos ao capital na geração de valor. Ou seja, como as bases materiais e condições existenciais de nossa sociedade, regidas pelo modo de produção capitalista, determinam os preceitos jurídico-sanitários normativos inerentes a uma sociabilidade de tipo burguesa. Em outras palavras, visamos enunciar de que modo as perícias em trabalho-saúde, uma vez institucionalizadas e mediadas pelo Estado, cumprem um importante papel no processo saúde-doença no seio da sociedade, de manutenção da ordem hegemônica vigente que assegura os interesses da classe dominante.

No *capítulo 2* depreendemos num esforço minucioso e ao mesmo tempo cuidadoso de análise bibliográfica e documental para se esboçar uma gênese e desenvolvimento do campo pericial em trabalho-saúde no Brasil. Buscou-se no andamento deste exame detalhado, compreender as metamorfoses do referido campo que o faz apresentar-se no formato em que se conjuga em nosso país nos tempos atuais. Separamos tal genealogia em contextos de momentos sociais e históricos importantes do desenrolar processual do capitalismo brasileiro e as lutas econômico-políticas e jurídico-

legislativas travadas no âmago do desenvolvimento e consolidação do campo da saúde do trabalhador.

Tendo feita nossa contextualização teórica e histórica, no extenso e denso *capítulo 3* objetivamos delinear, não apenas descrevendo a realidade nua e crua, mas sim empreendendo numa análise sociológica desta realidade das diferentes formas periciais em trabalho-saúde encontradas no contexto brasileiro. Cada qual com suas formas de ser particularistas a partir da conjuntura em que se inserem, resguardam coações entre si seja pelas finalidades a serem atingidas, seja pela forma metodológica e processual que se dão, seja, principalmente, pelos modos transversais como se atravessam. Contudo, nossa análise mais obsequiosa e detalhada neste capítulo se debruçou nos modelos periciais em trabalho-saúde que consideramos as formas mais desenvolvidas neste campo, quais sejam, as perícias previdenciárias e judiciais.

No decorrer do *capítulo 4*, vasculhamos a já aberta caixa-preta das perícias. A lida nesse ponto foi a de, - tal qual Marx parte da análise da Mercadoria para dela se compreender todo o sistema do Capital sintetizado nesse objeto fetichizado que em sua essência materializa o trabalho abstrato e obscurece as contradições próprias da lei econômica do movimento da sociedade moderna ao assumir a forma do valor e de uma relação entre coisas -, partir do produto final de um processo pericial em trabalho-saúde, a saber, o laudo pericial e em seu cerne, um confinamento de compreensões a cerca do nexos causal entre adoecimento-trabalho, bem como, de um entendimento sobre o processo saúde-doença como um todo. Então, a partir da mercadoria, o laudo pericial, produzido em decorrência do processo de trabalho perito<sup>9</sup> tenta-se levantar o papel e identidade deste profissional e de seu fazer na organização da cultura e manutenção hegemônica da esfera jurídico-sanitária inserida no domínio da superestrutura no seio da sociabilidade do capital.

Por fim, nas *conclusões* objetiva-se levantar hipóteses a possíveis trabalhos futuros sobre a temática em questão, porém exigindo de nós pesquisadores, imaginação sociológica para se criarem conceitos e categorias que contribuam com a discussão de superação dos atuais modelos periciais em trabalho-saúde de forma que, estas possam vir a ser processadas a partir de um olhar que abarque a experiência da classe trabalhadora no que concerne o processo saúde-doença e seus determinantes sociais, como elemento central na prevenção, promoção e assistência de sua saúde. Nas linhas finais deste estudo

---

<sup>9</sup> Sem entrarmos a fundo no mérito da questão se é este um trabalho produtivo ou improdutivo na discussão marxista (1978), contudo, sem também ignorar por completo a mesma.

busca-se a superação das afirmações e negações intrínsecas a temática pesquisada, no ensaio de se prevalecer uma síntese de nosso entendimento sobre o universo da mesma, tomando como substância, os aportes teórico-epistêmicos e os materiais e métodos empíricos levantados, - e devidamente apresentados e aprovacionados nos capítulos antecedentes -, no transcurso do trabalho. Somente tendo no horizonte, o ponto de vista da totalidade, é que nos é permitido enxergar, por intercessão da dialética, além da aparência das “coisas”, ou seja, os processos e inter-relações de que se compõem a realidade concreta do objeto examinado.

Por tratar-se de um trabalho com escassa literatura especializada que parta de uma visão crítica e dialética sobre o objeto analisado, como também, no universo da bibliografia existente sobre o tema pouco se encontra de materiais que ensejem uma linguagem que permita a apropriação multidisciplinar que o tema carece, é que tivemos também a preocupação de inserir um *glossário* nos preâmbulos desse estudo para que o mesmo possa ser, sempre que possível, compreendido e criticado com vistas a atravessar os muitos sujeitos que alcançar. Sejam eles vinculados à academia, a serviços de saúde ou provenientes de organizações coletivas de trabalhadores e trabalhadoras e seus múltiplos saberes tácitos e/ou científicos. Ele abarca compreensões das áreas do saber pertinentes a esse estudo com a Psicologia, a Medicina, o Direito, as Ciências Sociais, a Educação dentre outras ciências sociais e humanas.

Desse modo, o *glossário* foi elaborado tanto a partir de definições oficiais sobre os termos, siglas, conceitos, teorias e abreviações institucionais consubstanciados no corpo deste trabalho, quanto abrange nosso entendimento teórico-político sobre os mesmos. Assim, todas as vezes em que o leitor se deparar ao longo do texto com os termos dispostos e aventados previamente no *glossário*, poderão ter uma compreensão da acepção que denotamos a estes no presente estudo. A menos que, no contexto em que fora empregado, referencie-se a significados outros que se apõe de forma a serem devidamente elucidados.

## CAPÍTULO 1. SOBRE O SISTEMA JURÍDICO-SANITÁRIO SUPERESTRUTURAL

*"Sobre as diferentes formas da propriedade, sobre as condições sociais da existência, se eleva toda uma superestrutura de sentimentos, ilusões, modos de pensar e visões da vida distintos e configurados de modo peculiar. Toda a classe os cria e molda a partir do seu fundamento material e a partir das relações sociais correspondentes." (MARX, 2011b, p. 60).*

Na produção social da própria existência, os homens entram em relações determinadas, necessárias, independentes de sua vontade; essas relações de produção correspondem a um grau determinado de desenvolvimento de suas forças produtivas materiais. A totalidade dessas relações de produção constitui a estrutura econômica da sociedade, a base real sobre a qual se eleva uma superestrutura jurídica e política e à qual correspondem formas sociais determinadas de consciência. O modo de produção da vida material condiciona o processo de vida social, política e intelectual<sup>10</sup> (MARX, 2008, p. 47).

Logo, a superestrutura não é autônoma, não aparece por geração espontânea no seio de uma sociedade, mas sim, tem fundamento nas relações sociais de produção de determinado momento histórico<sup>11</sup>. É precisamente porque uma superestrutura se faz necessária à ordem do capital para organizar e estabilizar a sociedade que a estrutura econômica conforma as instituições que a ela melhor se adequam, dentre elas, objetos de nossa atenção, o *ethos* jurídico e o *ethos* médico, saberes práticos que em determinado momento histórico são clivados pelo campo da ciência: a justiça (Direito) e a saúde (Medicina). Ambos igualmente atravessados pela materialidade histórica.

Então, temos que a propriedade privada e a divisão social do trabalho, por exemplo, são a forma *jurídica* de controle econômico das relações de produção dentro da

---

<sup>10</sup>"Se a própria produção material não for concebida em sua forma histórica específica, é impossível compreender o que é específico à produção espiritual que a ela corresponde e a influência recíproca de uma sobre a outra." (MARX, 2013, p. 305).

<sup>11</sup>"(...) é necessário voltar a estudar toda a história, devem examinar-se em todos os detalhes as condições de existência das diversas formações sociais antes de procurar deduzir delas as ideias políticas, jurídicas, estéticas, filosóficas, religiosas, etc. que lhe correspondem (MARX & ENGELS, 2010, p. 107).

sociedade do capital<sup>12</sup> e, enquanto ideologia, têm papel ativo na sociedade<sup>13</sup>. Da mesma forma, a "ciência dos corpos", a *saúde*, que também cumpre uma função na sociedade do capital calcada no discurso baseado na invocação da biopolítica como meio de validação da verdade por meio de um pragmatismo tecnicista que visa classificar o que é "normal" e o que é "patológico" regulando assim as trocas mercantis e garantindo governamentalidade.

Canguilhem (1998, p. 13) admite que *saúde* não é um mero conceito científico, mas sim vulgar (não significando trivial, mas sim algo comum a todos os homens) e filosófico, quer dizer que o corpo vivo é a saúde singular existente que expressa a qualidade da energia que constituem como deve-se viver sob imposição de direitos, por isso, a ausência de escolha a certa exposição em relação a um determinado ambiente faz de sua saúde tanto um estado quanto uma ordem.

Ou seja, para o autor (1998, p. 23-24), o corpo é um produto desde a sua atividade de inserção em um ambiente social e historicamente determinado, quanto um estilo de vida escolhido ou imposto, que o auxilia a moldar seu fenótipo, isto é, mudando sua estrutura morfológica e começando a singularizar suas capacidades. É neste terreno fértil que algum discurso é oportuno e obtém justificação. Como por exemplo o da higiene, disciplina médica tradicional que, traveste-se de uma ambição sócio-político sanitarista de regulação da vida dos indivíduos através da determinação de uma *norma* para então, aplicar-se a reger uma população.

Esta *norma* de acordo com Canguilhem (2000, p. 218) é justamente aquilo que fixa o dito "normal" a partir de uma decisão normativa que uma classe, detentora dos meios de produção e definidora dos modos de reprodução social institui como sendo a função das normas sociais com o uso que ela própria faz das normas cujo conteúdo determina. A noção de normalidade então não deixa, como o próprio nome indica, de remeter à normas concebidas e formuladas previamente. Por exemplo, a definição de normas higiênicas supõe o interesse que se dá - do ponto de vista político - à saúde das populações considerada estatisticamente, à salubridade das condições de vida, à extensão uniforme dos tratamentos preventivos e curativos elaborados pela Medicina.

---

<sup>12</sup> As formas jurídicas em que essas transações econômicas aparecem como atos de vontade dos participantes, como expressões de sua vontade comum e como contratos cuja execução pode ser imposta à parte individual por meio do Estado não podem, como simples formas, determinar esse conteúdo. Elas apenas o expressam. Esse conteúdo é justo contanto que corresponda ao modo de produção, que lhe seja adequado (MARX, 1985, p. 256).

<sup>13</sup> Aquilo que é realmente ideologia, por isso, somente podemos identificar pela sua ação social, por suas funções na sociedade (LUKÁCS, 1981, p. 20).

Ou seja, a ideia de “saúde pública” para o autor (1998, p. 27) é questionável. Para ele, salubridade seria um termo mais adequado pois o que vem a ser público, publicado, é muitas vezes a doença. O doente quem pede ajuda, chama a atenção; é dependente. O homem e a mulher saudáveis que silenciosamente se adaptam às suas tarefas, que vivem suas verdades de existência em relativa liberdade de suas escolhas, estão presentes numa sociedade que os ignora. *Saúde* não é, portanto apenas a vida no silêncio dos órgãos, mas também a vida na descrição das relações sociais.

Foucault (2011, p. 305) vai contestar a norma hegemônica de saúde ao salientar que uma medicina operária por exemplo, não é a medicina burguesa, tão claro como a medicina das crianças não deve ser a dos adultos. Para o autor, a Medicina também define não somente o que é normal e o que é patológico, mas, por fim, o que é lícito ou ilícito, criminal ou não criminal, o que é abuso ou não; e que, a utilização das expertises médicas na justiça por exemplo é também uma das funções dessa ciência legitimada como um sistema de saber com equilíbrio e coerência próprios e também dispostos em grau de universalidade que aparentam ser inquestionáveis (FOUCAULT, 2011, p. 306).

O Direito por sua vez, não atua somente quando esta "normalidade" é ameaçada pois o próprio entendimento de "normal" desta sociedade só se configura como tal também pela legitimação jurídica. Logo, a "normalidade", pode ser problematizada, já que decorre não de uma ordem supramundana, mas da *práxis* concreta dos próprios homens; nada tem ela, pois, em comum com a neutralidade, nada tem, também, de natural, transcendente.

Nesse exame das relações intrínsecas (e espúrias) entra as dogmáticas sanitárias (a Medicina) e as dogmáticas jurídicas (o Direito) vê-se que há doutrinas e hermenêuticas que são elementos importantes de cada *ethos* profissional. Contudo, observa-se que em determinado momento histórico por desenvolverem-se no seio da economia de uma determinada sociedade, de forma que a intenção normativa guarda relações com os interesses desta economia, passam a consistir na escolha e na determinação da matéria, da forma e das dimensões de um objeto cujas características sejam, aí por diante, obrigações de fabricação de uma norma conforme. Em outras palavras, criam o entendimento hegemônico que se tem do processo saúde-doença nas esferas da produção e da reprodução social<sup>14</sup>.

---

<sup>14</sup> É fácil compreender como, por meio de sua ligação com a economia, a atividade técnica e sua normalização, estabelecem relação com a ordem jurídica. (CANGUILHEM, 2000, p. 220)

Entendermos o desenvolvimento das forças produtivas em virtude do sistema de antagonismo de classes nos dá a clara noção de que esta forma que as ciências jurídicas e sanitárias adquirem na sociedade burguesa não é típica de todas as formas de sociedade. Nesse sentido, o conteúdo de classe de ambos deve ser desvelado como um processo e não como determinação universal e a-histórica. Ou seja, na sociedade do capital é que encontramos, em essência, um Direito e uma Medicina de classe, da classe dominante<sup>15</sup>.

E justamente para dominar, a classe dominante não pode jamais apresentar a sua ideologia como sendo *a sua* ideologia, mas ela deve lutar para que esta ideologia seja sempre entendida como a verdade, de forma a disfarçar que a norma seja artifício, manipulação e interpretação para de fato transmitir tal verdade ideológica travestida de realidade. Nesse sentido é que a esfera jurídico-sanitária na superestrutura nos parece possuir uma autonomia relativa, uma "vida própria", visto que as relações de produção existentes são representadas e legitimadas de uma forma abstrata e codificada, que, por sua vez, estimula a ilusão ideológica de que são totalmente autônomas à estrutura econômica e dissociados das particularidades conflitivas da sociedade burguesa.

Então, para serem socialmente "aceitas", as ciências jurídicas e da saúde tornam-se os instrumentos fetichizados necessários capazes de subsumir o trabalhador<sup>16</sup>, - dotado de valores individuais -, ao capital, numa categoria geral e niveladora no sentido de adequação da conduta/comportamento deste aos imperativos normativos. Trata-se da relação indissociável entre a manipulação e a imposição do cotidiano alienado que visa tão somente assegurar a reprodução das normas da sociedade do capital e garantir que a "normalidade" (a norma do capital) tenha um padrão e se mantenha.

De acordo com Wandelli (2016), a natureza deste poder manipulatório na sociedade do capital é essencialmente biopolítica. O conflito de subsunção do trabalho vivo à força de trabalho pelo capital, muito além de uma mera troca de força de trabalho por salário, se desenvolve como uma guerra sobre os corpos. Essa necessidade de disciplinar os corpos e normatizar as populações segundo as vontades do capital não só atende as necessidades da produção, mas também de governamentalidade.

---

<sup>15</sup> Por mais diferenciados que sejam os conteúdos jurídicos na sua gênese e na sua vida concreta, a forma jurídica [e sanitária] adquire homogeneidade própria somente no curso da história; quanto mais a vida social se faz social, tanto mais nítida se torna tal homogeneidade (LUKÁCS, 1981, p. 94).

<sup>16</sup> As lutas pela saúde se desenvolvem parcial e inicialmente no terreno imposto pela legislação, ou seja, o da segurança e higiene do trabalho (LAURELL & NORIEGA, 1989, p. 120).

Dessa forma, o aparato jurídico-sanitário superestrutural se apresenta desta forma fetichizada e com vistas a dominar todos os campos da vida social. Se perdermos a dimensão ontológica que nos auxilia na desmistificação do significado das ciências da saúde e jurídicas em nossa sociedade, tenderemos a reduzir o processo de desenvolvimento do ser social a um complexo jurídico e biomédico com fins em si mesmo. Ou seja, de recair numa análise reducionista da questão. Esquecemo-nos que sob a abrangência do Direito e da Medicina, permanece a estrutura econômica sobre a qual ergue-se o complexo social total e que é mediado pela forma na qual os indivíduos de uma classe dominante fazem valer seus interesses econômicos e ideológicos e que resume toda a sociedade burguesa: O Estado.

Conforme salientam Marx e Engels (2002, p. 74), na medida em que "todas as instituições comuns passam pela mediação do Estado e recebem uma forma política", ou seja, ao mesmo tempo em que apontam indissociabilidade das relações de produção e da reprodução da sociedade, enfatizam que esta forma se pretende autônoma por sua própria configuração dependente e que ganha vida própria, tal como uma forma-mercadoria fetichizada. Eis o caráter dialético do papel do Estado na sociedade burguesa. Deve-se ao Estado, portanto, a regulamentação e mediação necessária para que o aparato jurídico-sanitário permaneça em sua suposta e, aparentemente evidente neutralidade, como se a imposição de uma forma "normal" de andamento da sociedade correspondesse à um benefício universalista de toda ela.

Precisamente então a crítica materialista à visão jurídico-sanitária nos revela a natureza especificamente burguesa das ciências da saúde e jurídicas, como formas sociais relacionadas intrinsecamente com o processo de trocas mercantis e o processo de valorização do capital<sup>17</sup>. Uma vez que, as ciências da saúde e jurídicas aparecem como algo natural, como reguladores da vida comum na sociedade burguesa tornando-se partes essenciais do instrumental do Estado para dirigir a vida cotidiana dos homens e mulheres com base na manipulação capitalista, eles atuam sobre formas estranhadas de se viver a vida corroborando-as. Assim, não só se relacionam com o modo de produção capitalista

---

<sup>17</sup> Tal compreensão nos faz inclusive pensar a categoria de *sujeito de direito*, que exprime homens e mulheres que circulam no mercado como mercadorias, ou melhor, como proprietários tão somente de sua força de trabalho e que se oferecem a si mesmo no mercado. Desse modo, o Direito e a Medicina põem homens e mulheres em termos de propriedade que se alienam de si próprios dispondo-se de si justamente porque inculca-se a ideia de liberdade e igualdade. Ora, se não fossem livres, e a liberdade é essa disposição de si como mercadoria nas leis do capital, não fariam jus à essa categoria de *sujeito de direito* com papéis já desenhados na ordem do capital.

e sua forma abstrata de sociabilidade pautada no fetiche das mercadorias, mas também se configuram por meio desta manipulação como dimensões autônomas, evidentes e naturais e, portanto, alienadas, quando justamente desenvolvem-se no bojo da esfera da reprodução social.

Se Lukács (1988) assim define a pessoa humana - o animal tornado homem através do trabalho - como um ser que dá respostas, pois então, para responder, deve ser antes indagado. Deste modo temos que a sociabilidade humana por meio do trabalho provoca o homem e só o faz justamente por este estar inserido num meio ambiente social de trabalho próprio do momento social e histórico eivado de contradições. Ou seja, se a norma vem pré-concebida de maneira unilateral, do "mundo exterior" de forma alienada, mediada por um ente essencial (o Estado) que arbitra os vários resultados da práxis humana estabelecendo o que é "normal" e o que é "patológico", cabe à pessoa humana responder a ela, mesmo que também de forma estranhada, pois tanto as perguntas quanto as respostas já são previamente estabelecidas nesse contexto não tendo sido formuladas por si. Cabe então, dar respostas radicais no sentido de ir além da coisa que o provoca, revelando seu caráter real.

*Mutatis mutandi*, quanto mais esta concepção burguesa jurídico-sanitária então se pretende exata e precisa, colocando-se como reflexo neutro, universal e a-histórico da sociedade, mais sua autonomia relativa, que dialeticamente se manifesta no fato de se conceber como autônoma, se torna contraditória e fetichista. Advoga de um caráter sistemático e fechado, porém atuando sobre relações sociais concretas e em constante transformação. É por isso que a classe trabalhadora em sua luta contra a classe burguesa permanece dando respostas e formulando suas reivindicações de igualdade dentro de um campo pré-estabelecido de justiça e de saúde numa apenas aparente recusa deste campo jurídico-sanitarista que se faz político. A rigor, a classe trabalhadora ainda exprime os seus interesses dentro do enquadramento jurídico-sanitário de tipo burguês por meio apenas da busca de uma alteração na ordem vigente com reivindicações de igualdade imersas numa forma social rígida e desigual em sua essência.

Tal legalização da luta de classes significa que as formas de luta da classe trabalhadora só são legalmente reconhecidas, seja no campo jurídico<sup>18</sup> ou sanitário, se observam os limites que a ideologia político-econômica estabelece. Num claro exemplo de suposta garantia de igualdade de direitos sem se alterar a lógica econômica de

---

<sup>18</sup> E o direito como campo na construção de legalidades.

produção/reprodução social de uma sociedade de classes, uma greve só se transforma em *direito de greve* se os trabalhadores aceitam os termos que a ela emprestam licitude: a greve não pode desorganizar a produção colocando em risco o processo do capital, questionando, portanto, a dominação burguesa dos meios de produção<sup>19</sup>.

Do mesmo modo, a Constituição Federal brasileira de 1988 traz em seu artigo 196 que “*A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação*”. Ou seja, o estabelecimento do que e como um dado será considerado "saúde" não reproduz o conhecimento objetivo do ser-em-si do processo social, mas, ao contrário, a vontade do Estado acerca do que, como, e sob qual contexto e condições deve ou não ocorrer. O entendimento de saúde limita-se ao impacto do meio ambiente de trabalho sobre os trabalhadores pela ótica biopsíquica, ou seja, de forma individualizada, fragmentada, e desconexa da compreensão enquanto um processo social historicamente determinado onde, de fato, doença é alienação e saúde é emancipação<sup>20</sup>.

Entretanto, tal sistema jurídico-sanitário não irá desaparecer quando as classes desaparecerem, pois, o mesmo comporta também alguns aspectos cuja natureza independe da existência de classes sociais e das relações que entre elas se travam sendo ele um elemento fundamental nos assuntos humanos e que apenas foi apropriado e deformado para assegurar os interesses da classe dominante. Sendo assim, a necessidade de tal sistema somente desaparecerá numa sociedade verdadeiramente humana de produtores associados, ou seja, num socialismo plenamente desenvolvido, onde as políticas públicas e o plano o substituiriam<sup>21</sup>. Porém, como dissemos, qualquer transformação da superestrutura exige transformações na estrutura econômica, entendida aqui, não como um conjunto dado de instituições, unidades produtivas ou condições materiais, mas sim como a soma total das relações de produção estabelecidas pelos homens ou, em outras palavras, das relações de classe que entre eles se estabelece<sup>22</sup>.

---

<sup>19</sup> "O direito de greve é um direito burguês. Entendemo-nos: eu não disse que a greve é burguesa, o que não teria sentido, mas o *direito* de greve é um direito burguês. O que quer dizer muito precisamente que a greve só acede à legalidade em certas condições, e que essas condições são as mesmas que permitem a reprodução do capital" (EDELMAN, 1976, p.95).

<sup>20</sup> Laurell & Noriega (1989, p. 100).

<sup>21</sup> A grande ideia cardinal de que o mundo não pode ser concebido como um conjunto de objetos terminados, mas como um conjunto de processos (ENGELS, 2012, p. 151).

<sup>22</sup> É sempre na relação direta entre os proprietários das condições de produção e os produtores diretos - relação que naturalmente sempre corresponde a um estágio preciso do desenvolvimento dos métodos de trabalho e, portanto, da sua produtividade social - que se encontra o segredo mais íntimo, o fundamento

O que não significa, no entanto, que a classe trabalhadora deva permanecer inteiramente fora do terreno jurídico-sanitário, pois, como afirmam Engels e Kautsky (2012, p. 48) toda classe em luta precisa, pois, formular suas reivindicações em um programa, sob a forma de reivindicações jurídicas. Porém, os próprios autores nos lembram que uma luta conduzida sob reivindicações jurídicas tem como risco a consolidação desta própria concepção jurídica de mundo. Assim, referem-se às reivindicações de classe que só podem ser realizadas quando essa classe alcança o poder político, o que quer dizer que elas não se referem às condições atuais, mas às condições futuras de uma nova sociedade e, portanto, não apregoam um projeto reformista fundado no atendimento de demandas jurídicas no quadro da sociedade burguesa, que é justamente a oposição do que entendem como um socialismo jurídico.

Portanto, compreendemos que a mudança de uma ordem social à outra, implicaria também na mudança da forma jurídico-sanitária, de modo inclusive a não a entender como responsável pela mudança desta ordem social. Contudo, a complexidade da questão reside no fato de que a classe trabalhadora deve apresentar demandas jurídico-sanitárias ao mesmo tempo que, dialeticamente, deve recusar estes campos na forma como os encontramos na sociedade burguesa, solidificados nas regras do capital.

O campo da Saúde do Trabalhador no Brasil é um dos exemplos que sintetizam as demandas jurídico-sanitárias da classe trabalhadora no bojo de sua constante luta frente às ofensivas econômicas do capital em que, como resultante desse processo, temos, o surgimento da noção de saúde enquanto Saúde Coletiva que, de acordo com Birman (apud NUNES, 2012, p. 28) não somente estabelece uma crítica ao universalismo naturalista do saber médico, como também rompe com a concepção de saúde pública ao negar o monopólio do enfoque biomédico enraizado nestas concepções estatais de saúde.

Esse repensar da saúde de maneira ampliada, mesmo dentro dos limites jurídicos-sanitários da sociedade do capital, foi encaminhada pelos próprios trabalhadores em aliança com setores éticos do aparelho do Estado, como os serviços públicos de saúde e os intelectuais da academia buscando firmar formas de tratar o coletivo, o social e o público no sentido de entender a Saúde do Trabalhador como um campo estruturado e estruturante de práticas e conhecimentos, tanto teóricos como políticos.

No entanto, a contraofensiva do capital em tempos de sua crise estrutural e de retração da economia globalizada visa a captura do fundo público (ALVES, 2017, p. 144-

---

oculto de toda a estrutura social e, portanto, da forma política da relação de soberania e de dependência, em suma da forma específica correspondente de Estado (MARX, 1985, p. 251).

145) instaurando cortes nos gastos sociais, aumento do desemprego e subemprego com fortes impactos na luta dos trabalhadores, o que implica em diluir cada vez mais o campo da Saúde do Trabalhador calcada nos pressupostos do entendimento de Saúde Coletiva promovendo um retorno de propostas que "recuperam" segundo Lacaz (2007, p. 763) as formulações da Saúde Ocupacional, campo este sumariamente subordinado ao sistema jurídico-sanitarista da sociedade do capital por não transcender os limites do direito trabalhista e seus preceitos normativos protetores, e da medicina do trabalho com seu controle sobre o corpo individualizado do trabalhador (VASCONCELLOS, 2011, p. 417).

## **CAPÍTULO 2. RESGASTE HISTÓRICO DO CAMPO PERICIAL NO BRASIL**

*“Conhecemos apenas uma única ciência, a ciência da história [...] na história dos homens, porém, teremos de entrar, visto que quase toda a ideologia se reduz ou a uma concepção deturpada dessa história ou a uma completa abstração dela. A ideologia, é, ela mesma, apenas um dos aspectos dessa história” (MARX & ENGELS, 2009, p. 21).*

## *2.1 Surgimento e institucionalização do campo pericial no Brasil: Do Império à Primeira República*

Com vistas à perpetuação do ideário burguês por parte da classe dominante, o *ethos* médico e o *ethos* jurídico surgem no Brasil como aparatos científicos superestruturais compostos de saberes que tornar-se-iam indispensáveis ao exercício de poder do Estado enquanto agente regulador da organização positiva dos trabalhadores produzindo suas condições de vida e estabelecendo a possibilidade de um controle político individualizado ou coletivo exercido de forma contínua por meio da disseminação da norma como condição possível de normalização da sociedade.

Sob influência da medicina francesa preocupada com os perigos e riscos que determinados ambientes como as fábricas por exemplo, poderiam oferecer, a Medicina Social Brasileira por exemplo nasce preocupando-se com as cidades, de forma que, se tem todo um planejamento urbano nesse período com forte participação do profissional médico. Nunes (1989) descreve a existência, portanto de uma "polícia médica" encarregada de disciplinar o comércio, a alimentação pública, os portos, os alojamentos de forma a "medicalizar as instituições que representassem risco à segurança da cidade".

Alguns dos textos em português datados dos séculos XVII e XVIII sobre a saúde no Brasil citados por Mendes e Waissmann (2013, p. 16), versavam sobre doenças infecciosas e a necessidade de manutenção da saúde dos escravos das lavouras do Nordeste e das minas de Minas Gerais de modo que se permitisse a continuidade da produção pela exploração da mão de obra escrava. Oliveira (1982) nos relembra que por boa parte do século XIX a SOMERJ - Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro posicionou-se no e pelo Estado enquanto instituição-aparelho componente da superestrutura jurídico-sanitária do capitalismo brasileiro e como uma das "faces" intelectuais da hegemonia das classes dominantes escravagistas e da coroa.

A manipulação político-ideológica de um grupo social através do discurso sanitário por meio da SOMERJ segundo Oliveira (1982) deu poderes a essa inclusive referente ao controle dos processos de entrada e permanência nas escolas médicas dos

profissionais afinados com sua ideologia em concomitância com a perseguição aos "curadores" não habilitados. França (2008, p. 57) destaca que o ensino médico no Brasil foi fundado em 18 de fevereiro de 1808, pelo conselheiro Dr. José Corrêa Picanço, brasileiro, natural de Goiana, Pernambuco, Cirurgião-Mor do Reino, mais tarde Barão de Goiana, que foi autor da proposta ao Príncipe Regente D. João VI que, em atendimento, instituiu no Hospital Real Militar da Bahia, por meio de Carta Régia, uma Escola Médico-Cirúrgica, a primeira fundada no Brasil. Diante disso, foi incumbido dessa missão o próprio Conselheiro Dr. José Corrêa Picanço, de dirigir as primeiras "instruções" para o funcionamento desse instituto a que ele denominou "Escola de Anatomia e Cirurgia" e a de nomear os primeiros professores da instituição.

Contudo, somente em 1814, em Minas Gerais, é que a primeira publicação médico-legal de caráter pericial viria a ser produzida no Brasil de autoria do médico e senador do Império, Gonçalves Gomide e fora intitulada "*Impugnação analítica do exame feito pelos clínicos: Antônio Pedro de Souza e Manuel Quintão da Silva, em uma rapariga que julgaram santa, próxima da Vila Nova da Rainha de Caeté, comarca de Sabará, oferecida ao Dr. Manuel Vieira da Silva*". Curiosamente, a primeira perícia de que se tem registro é a perícia da perícia com Gomide contestando o ato médico de seus colegas Souza e Silva.

Temos também a partir de 1830, com a promulgação do primeiro Código Criminal Brasileiro, o estabelecimento efetivo e obrigatório da participação de médicos em perícias, mesmo somente até então de natureza criminal. Como determinava o artigo 195 do referido Código: "*O mal se julgará mortal a juízo dos facultativos*", ou seja, anterior à referida regulação, os magistrados brasileiros não se dispunham da figura do médico perito para consultarem antes de proferirem suas sentenças pois o ensino da Medicina Legal era ainda incipiente nas escolas médicas brasileira do começo do século XIX, fazendo com que as perícias se caracterizassem pela insuficiência de conhecimentos técnicos, o que as tornava geralmente inadequadas<sup>23</sup>.

Rojas (1984, p. 97) observa que, foi criado então oficialmente, o ensino da Medicina Legal, ligado à seção das Ciências Médicas com a transformação, pela Regência em 1832, das duas antigas Escolas Médico-Cirúrgicas, da Bahia e do Rio de Janeiro, em

---

<sup>23</sup> Tal matéria passa a ser ensinada a partir do último quarto do século XIX em diante e, salienta-se neste aspecto que, os peritos nomeados pelos magistrados logo após a promulgação do Código Criminal Brasileiro de 1830, ainda não possuíam conhecimento em Medicina Legal, e, na ausência de regulamento que disciplinasse a realização das perícias, os mesmos eram escolhidos de acordo com os interesses das partes, resultando em trabalhos precários e tendenciosos.

Faculdades de Medicina. Por sua vez, o Código de Processo Criminal de 1832 estabeleceu a perícia oficial, - de cunho penal e não trabalhista -, determinando regras a serem observadas nos exames de corpo de delito e nos autos respectivos.

#### Código de Processo Criminal de 1832

Promulga o Código do Processo Criminal de primeira instancia com disposição provisoria ácerca da administração da Justiça Civil. A Regencia, em Nome do Imperador o Senhor Dom Pedro II, faz saber a todos os Subditos do Imperio, que a Assembléa Geral Decretou, e Ella Sanccionou a Lei seguinte:

#### DA FORMAÇÃO DA CULPA

Art. 134. Formar-se-ha auto de corpo de delicto, quando este deixa vestigios que podem ser ocularmente examinados; não existindo, porém, vestigios, formar-se-ha o dito auto por duas testemunhas, que deponham da existencia do facto, e suas circumstancias.

Art. 135. Este exame será feito por peritos, que tenham conhecimento do objecto, e na sua falta por pessoas de bom senso, nomeadas pelo Juiz de Paz, e por elle juramentadas, para examinarem e descreverem com verdade quanto observarem; e avaliarem o damno resultante do delicto; salvo qualquer juizo definitivo a este respeito.

Art. 136. O Juiz mandará colligir tudo, quanto encontrar no lugar do delicto, e sua vizinhança, que possa servir de prova.

Art. 137. O auto de corpo de delicto será escripto pelo Escrivão, rubricado pelo Juiz, e assignado por este, peritos e testemunhas.

Contudo, somente em 1850 a partir do "Regulamento 737" baseado no direito português, é que a perícia é verdadeiramente tratada no Brasil. Em 1854 foram dados os primeiros passos no sentido de se regulamentar tal prática médico-pericial, quando o então Ministro da Justiça, Nabuco de Araújo, constituiu uma comissão presidida pelo Conselheiro Jobim, com esta finalidade. Durante a vigência da Regência Trina, foi expedido o Decreto nº. 1740, de 16 de abril de 1856, criando junto à Secretaria de Polícia da Corte, a Assessoria Médico-Legal, com dois lugares efetivos: (1) realização dos exames de “corpos de delito e; (2) quaisquer exames necessários para a averiguação dos crimes e dos fatos como tais suspeitados. Mas, apesar da polícia já dispor de seus médicos encarregados das perícias, os exames toxicológicos continuaram a ser realizados pelos professores das Faculdades de Medicinas, dentre elas as monitoradas pela SOMERJ e pela Escola Tropicalista Baiana<sup>24</sup>.

Estadistas que eram, o grupo de pensamento tecnopolítico que compunha a Escola Tropicalista Baiana propunha que o controle social deveria vir com a intervenção

---

<sup>24</sup> A Escola, mais tarde se ampliaria e seria incorporada por professores da Faculdade de Medicina de Salvador, de modo que, a Medicina Legal passou a concentrar, ela mesma, a Psiquiatria e a Medicina do Trabalho, apesar de a Psiquiatria, de acordo com Oliveira (1982) e Tambellini (1988) ser disciplina isolada no Brasil desde 1882.

do Estado na administração sanitária ao reconhecerem em suas críticas incansáveis aos governos brasileiro e baiano que "uma ação profilática ampla dependia muito mais do interesse do Estado em realizá-la do que propriamente dos avanços da ciência médica." (MENDES E WAISSMANN, 2013, p. 18). Então a saúde pública começa a ser considerada área de preocupação permanente do governo imperial a partir do Decreto 9.554 de 3 de fevereiro de 1886 que reorganiza o serviço sanitário do Brasil-Império e determina o envio de inspetores sanitários às províncias deliberando em seu Capítulo IV<sup>25</sup> que dispõe sobre a Polícia Sanitária:

Art. 85. Quando, em qualquer fabrica, a autoridade sanitaria verificar que os processos industriaes empregados não são os mais convenientes para a saude dos operarios, aconselhará os que devam ser adoptados.

Blount (1972, p. 41) expõe que durante esta longa campanha sanitária que se sucedeu após o decreto de 1886, os principais argumentos apresentados eram puramente de cariz econômico: Por exemplo, o Estado de São Paulo dependia, quase exclusivamente, da produção de café; os fazendeiros precisavam de imigrantes; a região tinha que ser saudável para atrair colonos e mantê-los sadios. Em segundo lugar, a crença dos próprios paulistas, de que São Paulo era a mais dinâmica das regiões brasileiras e que deveria, portanto, adotar todos os progressos das civilizações mais desenvolvidas, como a Europa e os Estados Unidos, onde saúde pública era então assunto muito discutido, concorreu para também sustentar a campanha. Em contraposição ao zelo do inspetor sanitário e ao interesse de alguns políticos paulistas, havia, sob o regime imperial, alguns fatores negativos, como os conflitos pessoais devido às divisões de autoridade e à escassez de recursos econômicos, que dificultaram as primeiras tentativas de reforma<sup>26</sup>.

## 2.2 A experiência estatal jurídico-legislativa do serviço sanitário paulista em trabalho-saúde

<sup>25</sup> Também o Capítulo I no Art. 26 traz no item IX que é de atribuição do empregado na Inspectoria Geral de Hygiene "*visitar (...) quaesquer outras fabricas de que possa provir damno á saude publica, ordenando a remoção das perigosas, o saneamento das insalubres e o emprego dos meios apropriados a tornar toleraveis as incommodas*" e a Seção II intitulada "Das Sessões da Inspectoria Geral de Hygiene" também do referido decreto apresenta no texto do item VI do Capítulo VI, Título II que este profissional deve "*examinar a hygiene das industrias já estabelecidas, indicando os melhoramentos que convenha adoptar*". (BRASIL, 1886, p. 57-103).

<sup>26</sup> De acordo com Netto (1942, p. 7), o último orçamento imperial por exemplo, o de 1889, atribuiu menos de 1 % do total aos serviços de higiene, controle dos portos, hospitais e asilos. Vê-se que o subfinanciamento da saúde do trabalhador é um projeto histórico em nosso país.

A partir da promulgação da constituição brasileira em 1891, criou-se uma República Federal que deixou a responsabilidade administrativa, na maioria das áreas - entre elas a da saúde pública - às autoridades estaduais. No campo da higiene por exemplo, o governo nacional ficou apenas com o controle dos portos e determinou a fiscalização nas fábricas em que trabalhavam menores no Distrito Federal (PENA & GOMES, 2011, p. 114). Sob a nova constituição, o regime republicano em São Paulo agiu rapidamente para formular sua política sanitária e promulgou a Lei nº 12 de 28 de outubro de 1891 que organiza o serviço sanitário do Estado de São Paulo<sup>27</sup>.

O Decreto 87 de 29 de julho de 1892 que regulamentou a Lei nº 43 de 18 de julho do mesmo ano, organizava o serviço sanitário do Estado de São Paulo estabelecendo o “regulamento de hygiene” dispondo em seu artigo 19 do Capítulo XI sobre a chamada “Polícia Sanitária” que, em todas as fábricas, caberia à autoridade sanitária examinar se eram insalubres por suas condições materiais e de instalação, sendo então perigosas à saúde dos moradores vizinhos, ou incomodas aos operários. O § 2.º do mesmo artigo apontava que, em caso de constatada a insalubridade, a autoridade marcaria prazo para a execução de suas determinações, e se, ao fim do prazo, não fossem cumpridas suas ordens, seria o dono da fábrica multado em cem mil réis e na mesma quantia nas reincidências, podendo a autoridade sanitária mandar fechar o estabelecimento pelo tempo preciso.

Adiante, com a Lei nº 240 de 4 de setembro de 1893, houve a retirada da intervenção estadual paulista em saúde pública nas fábricas e demais estabelecimentos, resultado duma combinação de fatores. Os problemas de financiamento e implementação da legislação de 1892 pareciam indicar que os recursos do Estado ainda não eram suficientes para o controle completo de higiene e saneamento, enquanto o Estado estava gastando grandes somas de dinheiro em outros programas como educação e imigração. Além disso, os oponentes de saúde pública no congresso tornaram-se mais veementes depois de 1892. Críticos, como o deputado Pereira dos Santos, defendiam a opinião de que a atividade estadual nessa área constituía uma afronta aos direitos municipais tradicionais. Também Herculano de Freitas, um crítico habitual da legislação de higiene,

---

<sup>27</sup> A Lei estadual n.º 12, de 1891, estabeleceu o Serviço Sanitário de São Paulo. Os trezentos contos de réis consignados à criação do Serviço foram pouco menos de 1/6 do total do orçamento estadual, o que indica a importância dada ao campo de saneamento e higiene por autoridades paulistas. Duas semanas depois da aprovação da legislação que organizava o Serviço Sanitário, o congresso estadual aprovou a lei que tornava obrigatória a vacinação antivaricelosa no Estado. Os republicanos paulistas demonstraram assim a disposição de usar a coerção tão bem quanto os recursos para salvaguardar a saúde do Estado (BLOUNT, 1972, p. 41).

condenou o governo por ter interferido nos direitos das câmaras e nos direitos dos indivíduos (BLOUNT, 1972, p. 42).

Todavia, numa tentativa de manter um nível geral de saúde focado no eixo das causas específicas (agentes químicos, físicos e biológicos), o Estado de SP promulgou o chamado Código Sanitário com o Decreto nº 233 de 2 de março de 1894. Tal código dispunha em seu artigo 120 do Capítulo III “Das Habitações Collectivas”, que as salas de trabalho deveriam ser arejadas e bem iluminadas e as suas dimensões proporcionais ao numero de operários, bem como os artigos 157, 162, 169, 182 e 183 do Capítulo VII “Fabricas e Officinas” versavam respectivamente sobre o aspectos de que em todas as fabricas deveriam ser cuidadosamente adotados meios adequados que protegessem não só os operários, como a população, da ação das poeiras, gases e vapores prejudiciais; que os operários que trabalhassem à noite deveriam dispor de um espaço correspondente a 14 metros cúbicos, no mínimo; que tais fabricas e oficinas deveriam ter abundante abastecimento de agua potável, proporcionalmente calculada, de acordo com o numero de operários; que poderiam ser admitidos operários não vacinados<sup>28</sup> e; de que nesses espaços deveriam existir regimentos, onde ficariam consignados os deveres dos operários relativos à boa execução dos preceitos higiênicos<sup>29</sup>.

O Decreto nº 1.343 de 27 de janeiro de 1906 que tratava da lei sanitária e concentrava todo o poder do setor de saúde e higiene ao âmbito estadual, o governo de São Paulo tentou voltar, embora em menor escala, ao controle estadual total manifestado na lei de 1892. Essa legislação dividiu São Paulo em 14 distritos, contando, cada um, com um ou mais inspetores sanitários permanentes e os fiscais necessários que tinham como uma de suas incumbências dispostas no § 11. do artigo 22 do Capítulo II, fiscalizar a alimentação publica, inspecionando as fabricas, padarias, refinações, torrefacções e as casas comerciais que expunham à venda gêneros alimentícios e bebidas nacionais e estrangeiras.

Gradualmente, as autoridades sanitárias paulistas estavam-se tornando mais interessadas nas doenças endêmicas do interior, área à qual pouco cuidado se dava nos

---

<sup>28</sup> Nota-se já nesse período uma preocupação jurídico-legislativo-sanitária com o controle biopolítico dos corpos dos trabalhadores com vistas a se garantir a governamentalidade e os interesses da elite econômica paulista.

<sup>29</sup> O capítulo XIV do mesmo Decreto que rege as condições sanitárias em Matadouros diz no artigo 305 que os animais que sofressem de moléstias transmissíveis deveriam ser cuidadosamente separados, providenciando para que não contaminassem aos demais animais bem como aos operários. Vê-se que a preocupação da elite política paulistana se dava, primeiro com a matéria-prima de sua mercadoria a ser transformada em capital, depois com a força de trabalho.

primeiros anos do movimento sanitário. O Decreto nº 2.141 de 14 de novembro de 1911 promoveu um retorno aparente à estrutura legal de 1896, estipulando que as câmaras municipais deveriam entregar o controle das organizações sanitárias às autoridades estaduais. Assim, tal revisão e reorganização do serviço sanitário do estado previu em seu artigo 74 do Capítulo IX do Título II que nas visitas às fabricas e oficinas de todo o gênero os inspetores sanitários deveriam se informar da natureza e tempo do trabalho, bem como do numero, idade e sexo dos operários nelas empregados, indicando as medidas que se tornassem necessárias a bem da saúde dos mesmos.

Também os artigos 162, 163, 164, 169 e 173 do Capítulo VII “Das Fabricas e Oficinas em Geral” do Título III que tratava sobre a “Polícia Sanitária” versavam respectivamente sobre: a adoção de medidas adequadas e dispositivos especiais que protegessem não só os operários como também os habitantes dos arredores das fábricas contra a ação nociva ou incômoda dos gases, poeiras e vapores<sup>30</sup>; sobre quando em qualquer fábrica ou oficina a autoridade sanitária verificasse que os processos industriais empregados não eram os mais convenientes para a saúde dos operários, este ordenaria os que devessem ser adotados, marcando prazo razoável para sua substituição; as instalações dos maquinários que o inspetor sanitário deveria levar em consideração que os moradores próximos das fábricas e oficinas e os operários das mesmas devessem ficar resguardados de qualquer acidente; prezar para que nas fabricas haveria uma latrina para cada grupo de quarenta operários e uma para cada grupo de vinte e cinco operarias<sup>31</sup> como também; prezar que não fossem admitidos como operários os menores de dez anos, podendo os de dez a doze anos somente executar serviços leves.

A legislação sanitária nº 1.596 de 29 de dezembro 1917 diferenciou-se da lei de 1911 no que tange a adição de provisões para controle estadual nas regiões do interior, e, ao nosso ver, principalmente em apresentar inovações para a época sobre ações de inspeção sanitária não somente para operários industriais, mas agora também para trabalhadores rurais<sup>32</sup>, como por exemplo o artigo 312 do Código Sanitário Rural que

---

<sup>30</sup> Também o artigo 297 do Capítulo IX “Das Habitações em Geral” da Secção VIII dizia que nas casas de habitação coletiva para operários seria obrigatória a construção de tanques de lavagem, em numero suficiente.

<sup>31</sup> A Lei nº 1.596 de 29 de dezembro de 1917 dispôs em seu artigo 90 que as latrinas nas fábricas paulistas passariam a ser separadas para operários de um e outro sexo, havendo, no mínimo, uma latrina para cada grupo de trinta operários e um mictório para cada grupo de cinquenta. Já o § único do art. 126 dizia que para a troca de roupa dos operários haveria um compartimento especial, com os lavabos indispensáveis. Teria o Brasil ensaiado a disseminação ideológica do nexo psicofísico fordista descrito por Gramsci (2010) com a experiência sanitária paulista?

<sup>32</sup> O parágrafo 5º do artigo 51 dizia que o serviço de higiene rural tinha a seu cargo, por exemplo, a fiscalização de construções e localização das casas para trabalhadores rurais, adotando boas praticas

dispunha que *“nas fazendas e estabelecimentos agrícolas ou industriais de qualquer natureza, em que trabalhem mais de cem pessoas, serão obrigados a promover a assistência médica dos seus empregados, enfermos de impaludismo [malária], podendo confederar-se em forma de cooperativas, para facilitar sua execução.”*

Na referida Lei havia também artigos que tratavam do meio ambiente da produção como por exemplo o artigo 86 que dizia que nenhuma fábrica ou oficina poderia ser instalada sem que a autoridade sanitária fosse ouvida sobre a escolha do local, condições de construção e instalações do maquinário (a Lei enfatizava principalmente os matadouros) ou então o artigo 88 que versava sobre o maquinário perigoso que deveria ser previamente aprovado e que era suscetível de se receber aparelhos de proteção, como por exemplo ter suas peças móveis isoladas por meio de telas.

Tal legislação também trouxe diversos artigos inovadores que regulavam o trabalho de menores e mulheres nas fábricas e oficinas paulistas. Imputava que ao menor de 12 anos o trabalho nesses ambientes era proibido e que aos de idade entre 12 e 15 anos poderiam trabalhar mediante consentimento de seus representantes legais, por tempo que não excedesse cinco horas/dia, e em serviços moderados que não lhes prejudicasse a saúde (era-lhes exigido atestado médico de capacidade física para a admissão no trabalho) ou a instrução escolar (a frequência escolar também era um pré-requisito para a admissão no trabalho, mesmo ao menor ainda não alfabetizado)<sup>33</sup> e que, deveria o gerente das fábricas e oficinas sempre exibir tal autorização de consentimento do representante legal do menor quando requerido pela autoridade sanitária.

Contudo, o artigo 94 da mesma Lei impunha que a esses jovens, ficava proibido o trabalho em fabricas de bebidas alcoólicas, destiladas ou fermentadas, ou industrias perigosas ou insalubres por exemplo, bem como lidar com maquinários ditos perigosos, ou mesmo executar serviços que oferecesse riscos de acidentes inerentes, ou qualquer trabalho que lhes demandasse conhecimento específico e atenção especiais. Também lhes ficava vedado executar trabalhos que produzissem fadigas demasiadas, tais como

---

sanitárias nas zonas infectadas por certas endemias e o parágrafo 3º do artigo 260 do Código Sanitário Rural inserido na mesma Lei versava sobre as obrigações dos proprietários das fazendas e estabelecimentos agrícolas ou industriais em, obter por meios suasórios, dos empreiteiros, agregados, colonos e outros trabalhadores sob sua dependência, o cumprimento das disposições que diziam respeito ao asseio e limpeza de suas propriedades.

<sup>33</sup> O artigo 372 da referida Lei dizia que aos menores do setor rural que trabalhassem em fábricas, oficinas e quaisquer outros estabelecimentos industriais e que tivessem entre 14 e 15 anos, poderia ser concedida, mediante atestado do inspetor de higiene, licença para o trabalho normal, em serviços que não lhes prejudicasse a saúde.

transporte de materiais, fardos e volumes de peso superior às suas forças, ou então de incumbir-se de composição ou impressão de trabalhos tipográficos, litográficos ou outros, que, segundo, a Lei, “lhes ofendessem a moral”. Aos menores de 18 anos e às mulheres vetava-se a execução de serviços noturnos nas fábricas. Essas últimas, inclusive, ficavam impedidas de trabalhar em qualquer estabelecimento industrial durante o último mês de gravidez e o primeiro do puerpério.

Também vale ressaltar que a referida Lei já versava sobre o controle biopolítico dos corpos adentrando o espaço da vida privada dos trabalhadores ao regular que as casas de habitação coletiva, de qual quer natureza, possuiriam um livro intitulado “Registro Sanitário”, cujo modelo era pré-aprovado pela Diretoria Geral do Serviço Sanitário do Estado, e rubricado pelo delegado de Saúde da zona, no qual eram consignados os nomes dos moradores, sua procedência e datas de entrada e saída. Era inclusive obrigatória a comunicação, à Delegacia de Saúde mais próxima, sobre as entradas e saídas de hóspedes, verificadas durante a semana pela autoridade sanitária. Também todas as casas que vagassem seriam visitadas pela autoridade sanitária, que verificava se ofereciam ou não as condições de higiene para serem habitadas, seguido de um procedimento de desinfecção da mesma para posteriormente dispor de nova habitação para novos inquilinos. A Lei ainda cita que era direito de qualquer cidadão que alugasse uma dessas casas, requer o histórico sanitário da mesma junto à Delegacia de Saúde da zona<sup>34</sup>.

Blount (1972, p. 45) afirma que esta experiência jurídico-legislativa da administração estatal sanitarista em São Paulo, antes de 1918, tinha sido uma experiência em área de governo pouco conhecida, até nos países mais avançados da Europa e América do Norte. Além disso, as autoridades paulistas tiveram que lutar contra as circunstâncias criadas pelos problemas de autonomia municipal, pelas crenças positivistas em liberdade individual absoluta, e, basicamente, pelos interesses econômicos dos grandes fazendeiros e também do governo do Estado. O autor também expõe que um aspecto interessante desta última consideração foi o fato de que partidários paulistas de saúde pública raramente recorreram a sentimentos humanitários (como foi feito na Europa e nos EUA) para ganhar o apoio dos grupos poderosos. Os argumentos ou eram econômicos, ligados ao assunto da imigração, ou tratavam da necessidade de São Paulo imitar os países mais civilizados. Aos fazendeiros, e mais tarde aos industriais, seria fácil aceitar tais argumentos, desde que o governo não interferisse demais nos direitos da oligarquia.

---

<sup>34</sup> Artigos 169 a 175.

O fato é que o Serviço Sanitário paulista e seus aliados políticos fizeram um jogo muito delicado ao tentar ampliar serviços e controles, o que afetou inclusive na fama do estado de “lugar insalubre” à de uma região bastante saudável. Embora se ponha em dúvida que a melhoria das condições de saúde pudesse ter atraído maior número de imigrantes, ao menos o controle das doenças epidêmicas abriu os portos para a entrada de mão de obra estrangeira às fazendas paulistas, afinal, é bem verdade que as pessoas mais afetadas pelas doenças transmissíveis, como a febre amarela e a cólera, foram as recém-chegadas da Europa. Para o orgulho da oligarquia paulistana e, possivelmente, para o campo de investimentos estrangeiros, tais fatos tiveram relevante importância, bem como pode-se dizer que é provável que o movimento de saúde pública paulista do início do Brasil República, também haja contribuído, de certo modo, para o ganho produtivo e desenvolvimento econômico do Estado de São Paulo tal como se configura até os dias atuais.

### *2.3 A consolidação do campo pericial pela Medicina Legal*

No ano 1891 tem-se a introdução do ensino da disciplina de Medicina Legal nos cursos de Direito por exemplo, proposta esta inclusive relatada por Rui Barbosa e aprovada na Câmara dos Deputados após o governo brasileiro ter determinado a criação da cátedra de Medicina Legal nas Faculdades de Direito do país. Para tanto, outras escolas de Medicina Legal no Brasil podem ser citadas ainda como precursoras no exercício do ensino da Medicina Legal na formação dos primeiros peritos, tais como a da Faculdade de Medicina de Porto Alegre, do professor Annes Dias; a de Curitiba, com Ernani Simas Alves e; a de Belo Horizonte, com Oscar Negrão de Lima.

A atenção dada à Medicina Legal dentro das Faculdades de Medicina desse período não é à toa. A partir da então chamada "era bacteriológica" em que temos um deslocamento intencionalmente ideológico do eixo social da medicina (agentes etiológicos de doença) para o eixo das causas específicas (agentes químicos, físicos e biológicos), a Medicina Legal surge como subciência médica dedicada ao estudo dos nexos causais entre determinado agravo à saúde e a ocupação exercida pelo indivíduo, aliada, portanto, aos pressupostos da Medicina do Seguro segundo Mendes e Waissmann (2013, p. 19) que busca a reparação pecuniária do "infortúnio" do trabalho.

Na transição do século XIX para o século XX, em plena fase de desenvolvimento e consolidação dita nacionalista da Medicina Legal, tivemos como protagonista a figura do legista Raymundo Nina Rodrigues, professor de Medicina Legal da Faculdade de Medicina da Bahia (1862-1906)<sup>35</sup> que entendia que a Medicina Legal é o foro de ações típicas em Segurança Pública, mas também o espaço de cuja fonte deviam beber os legisladores. Inclusive defendia que fossem realizados concursos públicos a fim de se nomear peritos oficiais, com a finalidade de que a justiça estivesse mais bem servida e imune aos erros de avaliação e interpretação comuns à atividade pericial de seu tempo. Este um ponto nevrálgico que pretendemos discutir adiante neste trabalho.

Em 1900 é criado o serviço de identificação antropométrica (identificação a partir das qualidades físicas particulares de um indivíduo) e a assessoria médica da polícia é transmutada em Gabinete Médico-Legal. Em antagonia a este avanço, nos cursos de Medicina Legal do país avaliações práticas da disciplina em análise deixam de ser obrigatórias. Dois anos depois, Júlio Afrânio Peixoto, considerado como "o pioneiro da Medicina do Trabalho no Brasil por Ribeiro (1940) e Estrela (1977)", propõe uma reforma no Gabinete Médico-Legal, inspirado em suas observações na Alemanha, afirmando que o conjunto das "monstruosidades alcunhadas de termos de autópsias, autos de corpo de delito confusos, desordenados, incoerentes, dando um triste atestado de incompetência profissional e prejudicando os interesses da justiça" (apud FRANÇA, 2008, p. 23) é característica inerente à prática médico-legal do período.

Influenciado por esta afirmação de Afrânio Peixoto, o governo federal edita o Decreto nº 4.864, de 15 de junho de 1903<sup>36</sup> que discorre detalhadamente sobre as normas de procedimento das perícias médicas. No entanto, as determinações prescritas no Decreto permaneciam em desuso e médicos não especializados eram convocados em juízo para apresentar laudos. Ante os protestos da Academia Nacional de Medicina e do Instituto dos Advogados do Brasil, o Decreto nº 6.440, de 30 de março de 1907<sup>37</sup>

---

<sup>35</sup> Também na Bahia, um decreto datado de 24 de abril de 1896, cria o Serviço Médico Legal, no âmbito da Secretaria de Polícia e Segurança Pública, composto de dois médicos, que se incumbiam dos corpos de delito, das autópsias, dos exames toxicológicos, das verificações de óbito e de outros exames ou diligências médico-legais afetos à justiça.

<sup>36</sup> REPUBLICA DOS ESTADOS UNIDOS DO BRAZIL. Decreto nº 4.864, de 15 de junho de 1903. Manda observar o regulamento para o serviço médico-legal do Distrito Federal. Disponível em < <http://www2.camara.gov.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-4864-15-junho-1903-508952-publicacao-1-pe.html>>. Acesso em 18 de nov. de 2015.

<sup>37</sup> Ibidem. Decreto nº 6.440, de 30 de março de 1907. Dá novo regulamento ao serviço policial do Distrito Federal. Disponível em < <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-6440-30-marco-1907-504445-norma-pe.html>>. Acesso em 18 de nov. de 2015.

transforma o aludido Gabinete em Serviço Médico-Legal, sendo nomeado Afrânio Peixoto como seu primeiro diretor.

No campo do desenvolvimento da profissionalização da Medicina-Legal, têm-se em 1915 com a Lei Maximiliano a legitimação para que fossem procedidas aulas práticas nas Faculdades de Medicina sendo reconhecida a validade jurídica dos laudos então elaborados. Pereira Neto (2001, p. 37), ao tratar do Congresso Nacional dos Práticos, um congresso da comunidade médica ocorrido em 1922, observou que este não se propunha a aprofundar conhecimentos científicos através do debate teórico de casos clínicos, mas sim, organizar as reações dos médicos às novas condições do fazer profissional que o século XX imputou à prática médica na guinada do eixo social para o eixo das causas específicas. Quais sejam estas: (1) a maior especialização, dividindo o corpo do paciente concebido antes como uno e; (2) a intermediação de instituições públicas ou filantrópicas na relação médico-paciente antes individualizada, mudança decorrente do desenvolvimento de tecnologias para o diagnóstico que elevaram os custos da produção dos serviços.

O contexto de preparação do referido congresso foi marcado também por outras características que colocaram a problemática profissional no centro das atenções dos médicos. O aumento do número de faculdades de medicina elevou o total de praticantes habilitados, ampliando a concorrência entre eles. Isto aguçou a necessidade de se regulamentar condutas através da ética profissional e de se controlar com mais rigor ainda o mercado de trabalho, definindo as distintas atribuições das ocupações no campo da saúde e impedindo o exercício dos ditos "não habilitados". As preocupações com o profissionalismo sob uma ordem estatal intervencionista, tanto no âmbito do ensino superior quanto da saúde pública deu relevância ao debate das relações entre os médicos e o Estado como tema do evento.

Os estudos de Pereira Neto (2001) vão ao encontro às análises das profissões em geral numa perspectiva sociológica que Diniz (2001, p. 87) desenvolve, construindo uma sequencia de eventos associados ao desenvolvimento das profissões no Brasil, dentre elas a de prática médica:

- a) Criam-se, em primeiro lugar, escolas profissionais;
- b) Em seguida, surgem associações profissionais que procuram garantir para seus membros, através da mobilização do apoio do Estado, vantagens e privilégios ocupacionais com base nas credenciais educacionais;

- c) O Estado cria para os profissionais 'reservas de mercado' na burocracia pública, isto é, posições e cargos reservados aos diplomados pelas escolas profissionais;
- d) As associações mobilizavam-se para ampliar a 'reserva' e, com o apoio do Estado, excluir do mercado de trabalho e de serviços os não-qualificados;
- e) O Estado regulamenta as profissões, criando monopólio;
- f) Conquistado o monopólio da prestação de serviços, as profissões tentam criar 'escassez' pela restrição do acesso às credenciais acadêmicas, isto é, pelo controle da 'produção de produtores'.

Com base nos autores supracitados, podemos definir, portanto o fazer profissional médico como a combinação de três aspectos: (1) o domínio de um certo conhecimento; (2) o monopólio do mercado e; (3) a formalização de normas de conduta. Para Pereira Neto (2001, p. 40) o que o Congresso Nacional dos Práticos de 1922 especifica para a consolidação do campo médico no Brasil é: (1) o conhecimento (justamente os defeitos e os aperfeiçoamentos do ensino nas faculdades); (2) o mercado de trabalho (a assistência médico-hospitalar e como esta deve ser instalada e executada) e; (3) a auto regulação (as questões de ética ligadas à prática médica).

Já Freidson (1986) postula que o mundo do trabalho médico se organizaria sob três princípios: (1) o do mercado, baseado na ideologia do consumo e da escolha dos consumidores (no caso dos peritos médicos, capital e trabalho visam o consumo do produto "saúde"); (2) o burocrático, baseado na ideologia gerencial (o poder de controle do processo saúde-doença pautado no modelo hegemônico por parte do perito) e; (3) o ocupacional, baseado na ideologia do profissionalismo cujo aspecto central é servir de forma independente (a falsa ideia de que o perito é um agente neutro apenas mediador do conflito capital x trabalho). O referido autor pensa que o que determina a divisão social do trabalho em nossa sociedade, é o conhecimento formal, ou seja, aquela categoria de conhecimentos altamente especializados que é restrita a um grupo de especialistas fechado.

Para nós, tal conhecimento formal está intimamente presente na lógica da racionalização instrumentalizada. A ação racional, que organiza tanto o mundo material quanto o humano, expressa-se, obviamente, na tecnologia, no Direito, na Saúde, no Estado sempre em relação dialética com a Economia, bem como nos demais âmbitos da superestrutura.

Relevante se faz mencionar inclusive que, a própria Medicina Legal enquanto subsciência médica nada mais é que a aplicação de um saber tecnocientífico específico à perquirição de fatos a serem submetidos à apreciação jurídica. Na mesma linha de

pensamento, França (2008, p. 17) afirma que a Medicina Legal: "(...) não chega a ser uma especialidade médica, pois aplica o conhecimento dos diversos ramos da Medicina às solicitações do Direito", e ainda complementa o autor que esta ramificação da Medicina é uma tecnociência que se constitui "(...) da soma de todas as especialidades médicas acrescidas de fragmentos de outras ciências acessórias, destacando-se entre elas a ciência do Direito". Assim, observa-se que não somente conceituar a categoria Medicina Legal não é uma tarefa simples, como também não há consenso acerca de tal conceito. Contudo, muitas são as definições, mas todas desvelam que a Medicina Legal é um campo científico que agregaria conhecimentos das ciências exatas emprestando esse "emaranhado cognitivo" à justiça.

Por sua vez, Cardoso (2009, p.76) apresenta uma definição para a profissão médico-legal como sendo "(...) a ciência médica aplicada ao Direito, tratando-se, portanto, do emprego de técnicas e procedimentos científicos médicos e afins para elucidação de casos do interesse da justiça nesta área".

Em consonância, Benfica e Vaz (2003, p.11) reforçam que a Medicina Legal se caracteriza por ser um conjunto de conhecimentos médicos e paramédicos que, no âmbito do Direito, concorrem para a elaboração, interpretação e execução das leis existentes e ainda permite, por meio da pesquisa científica, o seu aperfeiçoamento. É a medicina a serviço das ciências jurídicas e sociais.

Todavia, Rovinski (2003, p.13) assinala que ao médico legista cabe um viés diferente da medicina tradicional: enquanto nesta o médico atua no sentido de assegurar a saúde à sociedade e ao indivíduo, quer na prevenção, no tratamento ou na reabilitação do doente, na Medicina Legal o profissional usa todo o conhecimento médico disponível no sentido de esclarecer aos órgãos da Justiça fatos dolosos que tenham de alguma forma afetado a(s) pessoa(s) envolvidas no litígio. Eis aqui outro ponto nevrálgico a ser tratado neste trabalho.

Contudo, para Pinto da Costa (2012, p. 56-57) a função da Medicina Legal é proporcionar ao legislador, por meio do laudo técnico, conceitos convenientes para a redação de normas sem ambiguidades formais, nem dificuldades de execução prática e quando da intervenção pericial médico-legal. No fundo, é a aplicação de conhecimentos biomédicos e de outros conhecimentos científicos às questões do Direito, não lhe competindo fazer leis ou mesmo invadir outras esferas jurídicas, mas, dispondo-se como ponte entre esses dois campos de saber, a medicina e direito versando sobre o que lhe é de especialidade tecnocientífica através do laudo pericial produzido.

Quanto às embrionárias legislações trabalhistas que surgem entre o período que compreende 1980-1910 em todo o mundo, no Brasil, tem-se o Decreto 3.724 de 15 de janeiro de 1919 que regula as obrigações resultantes dos acidentes de trabalho estabelecendo que a transação necessária é a afirmação da responsabilidade objetiva do empregador pelos danos decorrentes ao trabalho, o que viria a por em pane todo o edifício jurídico-teórico da responsabilidade civil. Para isolar essa nova responsabilidade como responsabilidade objetiva é que se cria um Direito específico, o Direito do Trabalho. De acordo com Wandelli (2016), o Direito do Trabalho e a Infelizmente do Trabalho nascem nesse momento histórico ao mesmo tempo pelo mundo todo.

Em 1921, com a criação da Inspeção do Trabalho, circunscrita ao Rio de Janeiro, temos os primórdios da Medicina do Trabalho no Brasil. Já o nascimento do seguro social, tem como marco inaugural o decreto que instituiu as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs)<sup>38</sup> aos trabalhadores ferroviários, em 1923, durante o período conhecido como República Velha no Brasil. Contudo, somente é registrado como verdadeiramente seu nascimento através da promulgação do Decreto Legislativo nº 4.682 de 24 de janeiro de 1923 (Lei Eloy Chaves, em alusão a seu criador e deputado federal à época), sancionada no mandato do então presidente Artur Bernardes compreendendo os anos de 1922 a 1926). Também em 1923 houve a criação do Conselho Nacional do Trabalho, órgão que administrava as CAPs.

A partir do pioneirismo das CAPs e da promulgação da Lei Eloy Chaves, encontra-se nesse período, laudos periciais produzidos por médico perito datados de 1924 quando o Serviço Médico-Legal se transforma no Instituto Médico-Legal, e se subordina diretamente ao Ministério da Justiça. O referido Instituto, ao fim do governo de Washington Luís (1926-1930), volta a se subordinar ao chefe de polícia do Distrito Federal. Direito e Medicina davam-se as mãos para não mais soltarem até os dias de hoje. Com a reforma constitucional de 1926 estabeleceu-se a competência da União para legislar sobre o assunto e também com ela outras classes de trabalhadores foram incluídas

---

<sup>38</sup> De acordo com Oliveira e Teixeira (1989), o projeto de lei que instituiu as CAPs não previa a participação ativa do Estado nestas. A presença do poder público se dava através de um controle à distância, e se destinava exclusivamente à resolução de conflitos entre a administração das Caixas e algum segurado. Neste sentido, as CAPs possuíam certa autonomia no âmbito administrativo e financeiro, constituindo-se, portanto, em uma instituição de caráter civil e privado. Apesar disto, segundo os autores, apenas a imposição legal de vinculação e contribuição às CAPs, tanto por parte dos trabalhadores, quanto dos empregadores, já demonstrariam as mudanças ocorridas na década de 1920 no que tange ao papel do Estado na previdência. Isto porque as Caixas foram aprovadas pelo executivo, ainda que inicialmente estas contemplassem apenas uma categoria de trabalhadores, como a dos ferroviários. A escolha dessa categoria de trabalhadores não teria sido gratuita vide que eram quem possuíam maior poder político à época e estavam em constante diálogo com o Estado.

no regime das CAPs<sup>39</sup>, como os trabalhadores portuários, dos serviços telegráficos e radiotelegráficos, das empresas de mineração entre outros<sup>40</sup>.

Munõz et al (2010, p. 71) contudo nos rememora que obviamente não poderia haver perícia trabalhista antes do aparecimento da legislação que regulava essas questões. Entretanto, Flaminio Fávero, em seu livro *Medicina Legal*, editado em 1938, já incluía o capítulo da Infortunistica, no qual tratava da perícia nos acidentes do trabalho e moléstias profissionais e, em edições posteriores afirmava: “Na 3ª. edição inclui as modificações da lei de acidentes do trabalho”. Esse mesmo autor define o campo de atuação da Medicina Legal da seguinte forma:

“É inegável que esta disciplina (...) não mais atua, apenas, no esclarecimento de certas questões de processo civil e criminal, nem tampouco, somente em aplicações forenses. Hoje a medicina legal age e deve agir pela “aplicação dos conhecimentos médico-biológicos na elaboração e execução das leis que deles carecem” (FÁVERO, 1973).

#### *2.4 "Entre Cila & Caríbdis": o taylorismo-fordismo caboclo e o campo pericial do começo do século XX*

---

<sup>39</sup> Em relação aos benefícios, a lei que normatizava as Caixas previa assistência médica e farmacêutica aos trabalhadores e seus familiares, que seriam custeadas pelas CAPs. De acordo com Oliveira e Teixeira (1989), esta iniciativa de congregar a concessão de benefícios pecuniários (aposentadorias e pensões) com a prestação de serviços (neste caso, médico-hospitalares e farmacêuticos) que merece destaque na lei. O que apareceria como inovador, no entanto, seria sua pretensão de abrangência, ao incluir os familiares dos trabalhadores como seus dependentes que, na condição de segurados, também passaram a usufruir de assistência médica e hospitalar, sendo esta uma das atribuições obrigatórias da incipiente Previdência Social na década de vinte. No período de vigência das CAPs, estes serviços eram prestados por médicos terceirizados, que realizavam atendimentos aos segurados em seus consultórios.

<sup>40</sup> De acordo com Matos (2016, p. 45), nem todos os trabalhadores foram incluídos nos interesses e preocupações de governo no período Vargas e receberam proteção do Estado. Esta “distribuição seletiva” de direitos trabalhistas se refletiu no próprio desenvolvimento dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) que começaram a ser organizados logo no início da década de trinta, com a criação do Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Marítimos (IAPM), em 1933, sucedido pelo dos comerciários (IAPC), bancários (IAPB), Transportadores de Cargas (IAPTC), Industriários (IAPI) e do Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado (IPASE). Torna-se importante mencionar estas categorias de profissionais que passaram a contar com Institutos próprios, pois elas representam, segundo Cohn (1981), as categorias que politicamente possuíam maior representatividade em termos sindicais e ocupavam setores estratégicos da economia do país. Estes profissionais, em diálogo com o Estado através de seus sindicatos, passaram a ter acesso diferenciado aos benefícios. Neste sentido, a Previdência Social no governo de Getúlio Vargas teria vinculado os direitos sociais da cidadania apenas aos trabalhadores formais, restringindo os benefícios aos setores assalariados urbanos.

A expressão "*Entre Cila e Caríbdis*" por nós utilizada no subtítulo deste capítulo referencia-se aos monstros míticos do mar grego descritos por Homero quando de sua clássica escrita "A Odisséia". Na mitologia grega os monstros Cila e Caríbdis situavam-se em lados opostos do Estreito de Messina, entre a Sicília e o continente italiano. Foram considerados como um perigo para o mar por localizarem-se perto o suficiente um do outro, o que representava uma ameaça inevitável para os marinheiros que por ali pleiteavam a travessia. Evitar Caríbdis significava passar muito perto de Cila e vice-versa. Tal expressão derivada da mitologia grega, em nossa cultura atual ganha o significado de se "ter que escolher entre dois males".

Pois bem, o caminho delineado pelo campo pericial no Brasil esteve "*Entre Cila e Caríbdis*" quando por um lado, teve seu enfoque baseado na Medicina do Trabalho, englobando as já descritas acima concepções de Medicina Legal e Medicina do Seguro e; na que agora nos concentraremos, a Saúde Ocupacional com ênfase na Higiene Industrial ou Higiene do Trabalho.

Nessa vertente, no período que compreende as décadas de 1920 a 1940, o saber médico e o taylorismo-fordismo marcaram respectivamente a posição de exclusão da classe trabalhadora via patologismos e culpabilizações e a de colaboração entre as classes em que os dois sujeitos historicamente desiguais, teriam agora a possibilidade de progredir mutuamente, eliminando as disparidades. E assim, temos o início da legitimação da opressão moral e simultaneamente a manipulação da subjetividade.

No espaço fabril, cabia ao médico, além da seleção<sup>41</sup>, a orientação e a adaptação profissional. A seleção objetivava eliminar os psicopatas e conseqüentemente os riscos de contaminação dos trabalhadores ditos sãos. A orientação de cunho psiquiátrica visava alocar os indivíduos nas tarefas adequadas às suas aptidões mentais e pretendia com isso induzir os indivíduos a se submeterem às determinações e aos ritmos dos trabalhos exigidos. Este saber-médico psiquiátrico se utilizava dos conceitos de normalidade e patológico para tentar isolar os contestadores e os relacionava como responsáveis pelos conflitos nos espaços intrafábricas. Tais agitadores eram vistos então como degenerados e anormais mediante discurso psiquiátrico e como tais deveriam ser tratados.

Neste período histórico portanto, o viés ideológico impregnado à prática médico-pericial no contexto do trabalho em nosso *taylorismo caboclo* (SEGNINI, 1986) da

---

<sup>41</sup> A seleção ou educação do homem adaptado aos novos tipos de civilização, ou seja, às novas formas de produção e de trabalho, ocorre com o emprego da extraordinária brutalidade, jogando no inferno das subclasses os débeis e refratários, ou eliminando-os de todo (GRAMSCI, 2010, p. 64).

infortunistica, do risco inerente ao trabalho, do ato inseguro e com o discurso higienista das insuficiências genéticas e raciais sendo substituídos pelos enunciados de incompetência, dos maus hábitos e da falta de instrução, aliado à questão do nexos causal calcado numa "Medicina do Seguro" conforme denominam Mendes e Waissmann (2013), são o norte hegemônico que irá moldar o pensamento da Medicina direcionada à saúde dos trabalhadores durante todo o século XX no Brasil. Diferentemente dos países de capitalismo avançado, o escopo não visava o aumento salarial dos trabalhadores objetivando o aumento do consumo e minimizando os conflitos inerentes à luta de classes, mas sim, enfatizava os aspectos pedagógico-disciplinares mirando a formação do novo trabalhador adequado à recente industrialização. O "gorila amestrado" tão idealizado por Taylor chegava ao Brasil pela vida da prática médica nos espaços laborais<sup>42</sup>.

A visão da Saúde Ocupacional, portanto, passa a ser ensinada no Curso de Sanitaristas ministrado no Rio de Janeiro em 1925 e, de acordo com Mendes e Waissmann (2013, p. 27), ao contrário da Primeira República, onde a pesquisa e a produção de conhecimento no campo da saúde do trabalhador ocorreram principalmente no interior dos institutos de pesquisa do Estado, é na República Nova (1930-1945) onde estas se deram como expressão de uma política corporativista e, de certa forma, paternalista<sup>43</sup>.

Em 1930 houve a criação do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, que passou a ser responsável pela administração das CAPs até então existentes. Seguiu-se no início da referida década o aumento das categorias de profissionais que passaram a ser cobertos pelas CAPs e, em 1931, o regime das Caixas foi estendido aos servidores públicos. Um dos fatos significativos que merece registro nestes primeiros anos do

---

<sup>42</sup>A história do industrialismo sempre foi – e se torna hoje [1934, grifo nosso] de uma forma mais acentuada e rigorosa – uma contínua luta contra a animalidade do homem, um processo ininterrupto, geralmente doloroso e sangrento, de sujeição dos instintos (naturais, isto é, animais e primitivos) a sempre novas, mais complexas e rígidas normas e hábitos de ordem, exatidão, de precisão, que tornam possíveis as formas sempre mais complexas de vida coletiva, consequência necessária do desenvolvimento do industrialismo (GRAMSCI, 2010, p. 63).

<sup>43</sup> Segundo Oliveira e Teixeira (1989), a assistência médica das CAPs torna-se questionável a partir da década de 1930, quando os teóricos da questão previdenciária no período passam a defender a ideia de que Previdência não deveria incluir assistência – mas apenas, e tão somente, a concessão de benefícios pecuniários, tais como aposentadorias e pensões. A despeito do pioneirismo das CAPs, há consenso na literatura que foi no período da chamada "Era Vargas", onde teria ocorrido uma das maiores expansões no setor previdenciário brasileiro. Ainda que a Previdência Social tenha sido unificada somente apenas durante a ditadura militar, em 1966, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), a legislação trabalhista desenvolvida durante este período, como a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), se fez presente inclusive no período de abertura democrática. Uma noção mais abrangente de Seguridade Social foi instituída apenas em 1988 através da Constituição, que acabou separando, ainda que ao mesmo tempo unisse sob a égide da Seguridade, as políticas de saúde, previdência e assistência social.

governo de Getúlio Vargas foi o de as Caixas terem se tornado institutos – os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs).

Como destacam Oliveira e Teixeira (1986), a mudança trazida pelo advento dos IAPs refere-se ao maior controle do Estado sobre a gestão administrativa e financeira da previdência, rompendo com o modelo anterior da década de vinte, de quase total autonomia das Caixas nestes setores específicos. Além dos trabalhadores e empregadores, o Estado também passou a ser incluído como contribuinte no sistema previdenciário vigente. Segundo os autores, no entanto, esta contribuição pouco teria se efetivado na prática, pois a lógica liberal, de que não caberia ao Estado prover o seguro em casos de doença, invalidez, etc., apenas arrecadar as contribuições e administrá-las, é significativa na história da Previdência<sup>44</sup>.

Desse modo, inicia-se um processo de participação cada vez maior do Estado no que tange aos assuntos previdenciários no Brasil. Sob tal panorama, em 1931, Getúlio Vargas, cria o Conselho Nacional do Trabalho (CNT), com a função de fiscalizar o cumprimento de leis sobre acidentes laborais, jornada, férias, organização sindical e trabalho de mulheres e menores, além de fiscalizar as CAPs. Em 1932 foi criada a Carteira Profissional<sup>45</sup> bem como as Comissões Mistas de Conciliação, embrião das atuais Seções de Dissídios Coletivos dos Tribunais do Trabalho, para dirimir os dissídios coletivos do trabalho e as Juntas de Conciliação e Julgamento para os litígios individuais decorrentes das relações de trabalho. Tais instâncias administrativas instituídas em meio ao processo de intensa positividade das regras de proteção social, faziam parte do aparato jurídico-institucional trabalhista que estava sendo escrito.

De acordo com Biavaschi (2011, p. 98), as Juntas atuavam em instância única. No entanto, suas decisões poderiam ser discutidas em Embargos à Execução, inicialmente de competência da Justiça Federal e, depois, do Juízo Cível, ou, ainda, pela via da “Avocatória”, de iniciativa das partes, encaminhada ao Ministro do Trabalho em caso de parcialidade ou de flagrante desrespeito às leis sociais.

---

<sup>44</sup> Por meio também da presença ostensiva do Ministério do Trabalho, abre-se ainda mais o leque para a visão privada da saúde no trabalho.

<sup>45</sup> De acordo com Matos (2016, p. 48), a partir da ditadura militar, a identificação e o registro do trabalhador passaram a não ser mais efetuados na Carteira Profissional, mas na Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS). A CTPS, criada em 1969, não mais contempla profissões específicas, organizadas em sindicatos, sendo reconhecidas e regulamentadas pelo Estado, tal como ocorria na Era Vargas. Na tentativa de ampliar a cobertura previdenciária, através da inclusão de outras categorias reconhecidas como profissionais, a palavra "trabalho", em substituição à "profissão", surge como alternativa igualmente pelo seu sentido amplo: o trabalho pode referir-se a qualquer ocupação, ao passo que a profissão se restringe à atividades e categorias profissionais específicas, como eram abarcadas pelos IAPs.

A autora prossegue (2011, p. 98) afirmando que as Juntas e as Comissões Mistas foram, em nível nacional, embriões da Justiça do Trabalho e do rito trabalhista informado pelos princípios da oralidade, gratuidade, celeridade, elementos que já estavam no Regulamento Imperial nº 737. Além dessas Instituições com a incumbência de dirimir os litígios decorrentes das lesões aos direitos que se institucionalizavam, era necessário fiscalizar a aplicação dessas regras de proteção ao trabalho. Daí as Inspetorias Regionais, posteriormente transformadas em Delegacias Regionais do Trabalho.

Em 1934, a obrigatoriedade de comunicação de acidentes de trabalho à autoridade policial foi estabelecida por decreto, pelo Departamento Nacional do Trabalho, que também previa a imposição de multas administrativas. No mesmo ano, são nomeados pelo então Ministro do Trabalho os primeiros inspetores-médicos do trabalho, "afim de procederem à inspeção higiênica nos locais de trabalho e estudos sobre acidentes e doenças profissionais" nos dizeres de Mello (1951 apud MENDES E WAISSMANN, 2013, p. 25). Nesse período, passa a se desenvolver significativamente a produção e divulgação científica da visão da Saúde Ocupacional na área da saúde do trabalhador e a concepção francesa da Inspeção Médica do Trabalho dá lugar à "escola norteamericana" da Higiene Industrial e da Saúde Ocupacional.

Também no ano de 1934 fundamentando-se juridicamente no conceito de *risco profissional*, o que Santos Júnior e Cherem (2013, p. 250) consideram um avanço legislativo, o Congresso brasileiro amplia o conceito de acidente do trabalho passando a entender a doença profissional também como um acidente de trabalho indenizável, em relação à categoria de doenças profissionais inerentes e determinadas atividades responsabilizando assim o empregador quanto aos danos causados aos empregados; instituiu o depósito obrigatório para a garantia da indenização, aumentou o valor da indenização em caso de morte do acidentado.

No contexto deste ano, o Brasil promulgava sua terceira Constituição e pela primeira vez o texto constitucional contemplava tal amparo social como obrigação do Estado, assegurando a Previdência nos casos de acidente do trabalho (cf. Brasil, 1934). A então nova Constituição Federal de 1934, derivada e impulsionada a partir de forte pressão por parte dos constitucionalistas paulistas de 1932, previu também a criação da Justiça do Trabalho para dirimir questões entre empregados e empregadores, regidas pela legislação social.

Assim, Biavaschi (2011, p. 98-99) expõe que ela foi introduzida no arcabouço constitucional, não sem profunda discussão entre os constituintes que colocavam em foco

um problema: a definição de sua natureza jurídica. Acabou incluída no Título IV, nos preceitos da Ordem Econômica e Social, no capítulo da organização social e econômica brasileira. A Constituição de 1937 também viria a colocar a Justiça do Trabalho no capítulo de Ordem Econômica, em seu art. 139, definindo-a como organismo especial e autônomo destinado a dirimir conflitos entre empregados e empregadores regulados pela legislação social.

Então, em 02 de maio de 1939 foi criada a Justiça do Trabalho, sendo definidos seus órgãos de administração: as Juntas de Conciliação e Julgamento e os Juízes de Direito; os Conselhos Regionais do Trabalho; e, o Conselho Nacional do Trabalho, na plenitude de sua composição ou por intermédio de sua Câmara de Justiça do Trabalho. As Juntas, tal como as antigas Juntas de Conciliação e Julgamento, eram compostas por dois vogais, representantes dos empregados e dos empregadores, e um Presidente, todos com suplentes. Foi, ainda, definida a competência das Juntas e dos Conselhos Regional e Nacional do Trabalho, sendo atribuído às Juntas, além da atribuição de conciliar e julgar dissídios individuais e reclamações envolvendo reconhecimento da estabilidade de empregados, a incumbência de executar suas decisões. Aos Conselhos Regionais caberia conciliar e julgar dissídios coletivos na respectiva jurisdição, homologar acordos e estender suas decisões e julgar em segunda e última instância os dissídios individuais que excedessem à alçada das Juntas e executar suas decisões nos processos de competência originária. Em 15 de junho de 1939, foi reorganizado o Conselho Nacional como Tribunal Superior da Justiça do Trabalho, sendo definidas sua composição e competência. Em 12 de dezembro de 1940, novo Regulamento definiu seus órgãos: Juntas de Conciliação e Julgamento ou Juízos de Direito; Conselhos Regionais do Trabalho; Conselho Nacional do Trabalho. Nas localidades não compreendidas na jurisdição das Juntas, os Juízos de Direito seriam órgãos de administração da Justiça do Trabalho. Já o Ministério Público da Justiça do Trabalho seria exercido pela Procuradoria da Justiça do Trabalho. Ainda, previu sua instalação oficial para 1º de maio de 1941 (BIAVASCHI, 2011, p. 100).

Portanto, prevista em 1934; criada em 1939; regulamentada em 1940; a Justiça do Trabalho é instalada oficialmente somente em 1941. Quanto as primeiras considerações sobre perícia médica, segundo Motta (2014, p. 26), estas são formuladas somente no Código do Processo Civil de 1939 (modificado em 1942 pelo Decreto-lei nº 4.565) e a partir da vigência do Código de Processo Penal em 1941<sup>46</sup>, em vigor até os dias atuais<sup>47</sup>, que determinavam que o juiz nomeasse o perito somente na hipótese das partes não

---

<sup>46</sup> Art. nº 259: "(...) havendo no lugar, médicos, cirurgiões, boticários e outros quaisquer profissionais e mestres de ofício que pertençam a algum estabelecimento público ou por qualquer motivo tenham vencimento da Fazenda Nacional, serão chamados para fazer os corpos de urgência em que não possam concorrer plenamente."

<sup>47</sup> BRASIL. Decreto-Lei nº 3.689, de 03 de outubro de 1941. Código de Processo Penal. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Decreto-Lei/Del3689.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/Del3689.htm)>. Acesso em 18 de nov. de 2015.

chegarem a um consenso sobre a escolha de um nome comum, devendo as perícias serem procedidas, portanto apenas por peritos oficiais.

Em 1946, a Justiça do Trabalho é integrada ao Poder Judiciário, ano também em que é promulgada a quinta constituição, que utiliza pela primeira vez a expressão Previdência Social, dando garantia aos eventos de doença, invalidez, velhice até a de morte ao trabalhador brasileiro (BRASIL, 1946). Também nesse mesmo ano, surge a figura do perito desempatador, que só era nomeado justamente caso as partes não indicassem um perito comum, ou na hipótese de as conclusões apresentadas pelos peritos escolhidos pelas partes não satisfazerem o juiz, o que, segundo Motta (2014, p. 26) invariavelmente ocorria, pois, os mesmos acabavam tornando-se "advogados de defesa" da parte que os havia indicado.

Em 1947, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) adota a Convenção nº 81, que estabelece que cada membro da organização deve ter um sistema de inspeção do trabalho nos estabelecimentos industriais e comerciais. A experiência dos países industrializados transformou-se na Recomendação nº 112, de 1959, estabelecida pela OIT, que tratava dos "Serviços de Medicina do Trabalho". Posteriormente, ela foi substituída pela Convenção nº 161 da OIT, de 1985, e sua respectiva Recomendação, de nº 171. No Brasil, esse desenvolvimento ocorreu tardiamente e reproduziu o processo dos países do Primeiro Mundo<sup>48</sup>.

Nas décadas de 1940/50, os discursos de racionalização, próprios da administração científica do trabalho, e do *bem comum*, disseminado pela burguesia brasileira, já estava enraizado no interior do sistema superestrutural jurídico-sanitário e na sociedade civil de forma hegemônica, com a opção ideológica pelo viés da Saúde Ocupacional tornando-se um fato consumado.

A burguesia paulista é um exemplo típico de aspirações aos enunciados pedagógicos de poder com base no dito *bem comum* através do disciplinamento da força de trabalho afora o espaço da fábrica. Para além das experiências de controle baseadas no *dopolavoro* italiano que representavam uma alternativa interessante de dominação sobre as atividades políticas após a jornada de trabalho com o estímulo à boas leituras, jogos agradáveis, comedimento moral e assistência social como mecanismos de docilização, controle e educação dos operários, os Inquéritos Preliminares de Higiene Industrial

---

<sup>48</sup> No campo das instituições, destaca-se a criação da Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho (FUNDACENTRO), braço científico do Ministério do Trabalho em 1966, versão nacional dos modelos de institutos desenvolvidos no exterior a partir da década de 1950.

realizados pelo SESI - Serviço Social da Indústria entre os anos de 1952 e 1954 promoveu a investigação dos perigos e riscos ocupacionais e de morbidade a qual estavam submetidos os trabalhadores industriais do município de São Paulo com seus resultados influenciando diretamente a ampliação da Subdivisão de Higiene e Segurança Industrial do SESI - São Paulo e na criação do Ambulatório do Departamento de Higiene e Segurança Industrial do SESI - São Paulo na década de 1960.

De acordo com Mendes e Waissmann (2013, p. 30), tal Ambulatório rapidamente consolida-se como um centro para atendimento de casos encaminhados pelos médicos do trabalho de empresas, ambulatórios do próprio SESI ou de outras instituições, e pelo próprio Serviço - como parte de atendimento a solicitações de assistência e orientação de empresa - ou espontaneamente, por iniciativa de trabalhadores. Nele procurava-se confirmar as suspeitas de doenças profissionais ou, uma vez estabelecido um diagnóstico, fazer o tratamento e, com o auxílio da Engenharia Ocupacional, orientar a prevenção nos locais de trabalho.

Segundo os autores, a influência do Ambulatório de doenças profissionais do SESI pode ser avaliada por seus aspectos clínicos, didáticos e o que nos interessa especialmente para esse trabalho, previdenciários. Prosseguem relatando que:

"o reconhecimento das doenças profissionais em número crescente levou à necessidade da prevenção, de um lado, e da reparação financeira, do outro. Surgiram dificuldades para aceitação de casos pela Previdência Social, nem sempre preparada para os reconhecer como doenças profissionais, ou seja, como acidentes do trabalho, para fins legais [male que ainda persiste, grifo nosso]. Após algum tempo, o Ambulatório foi credenciado pelo Instituto Nacional da Previdência Social (INPS de então), para fins de atendimento às doenças profissionais, de início com exclusividade e, mais tarde, compartilhando essa atribuição com outros serviços organizados." (MENDES e WEISSMANN, 2013, p. 30).

Em 26 de agosto de 1960 foi promulgada a Lei nº 3.807, conhecida como Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) unificando as demais legislações previdenciárias existentes à época através dos IAPs - Institutos de Aposentadoria e Pensão. Na LOPS, que também instituiu os benefícios assegurados pela previdência<sup>49</sup>, já existia a indicação de que a concessão de auxílio-doença deveria obrigatoriamente ser precedida de exame

---

<sup>49</sup> A figura do trabalhador rural emerge na Previdência Social apenas em 1963, através da criação do FUNRURAL - Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (MATOS, 2016, p. 47).

médico, a cargo da previdência social. Em 14 de setembro de 1967 através da Lei nº 5.316 instituiu-se o seguro obrigatório também nos casos de acidente de trajeto e a adoção de programas de prevenção de acidentes e reabilitação profissional.

Muñoz et al (2010, p. 71) nos contam que em 18 de abril de 1962, 26 professores de Medicina Legal (Clóvis Meira, Estácio de Lima, Flamínio Fávero, Hélio Gomes, Milton Dantas, Nilton Salles, Teodorico de Freitas, Silva Telles ...), representando os diversos rincões do País, reuniram-se em uma Jornada em São Paulo e fundaram a Ordem dos Peritos Médicos do Brasil, com a finalidade de congregar os profissionais da área. Na ocasião discutiram o ensino da especialidade e elaboraram dois programas de Medicina Legal: um para ser lecionado nas faculdades de medicina e outro para as faculdades de direito. Na formação médica deveria se tratar de questões cíveis e criminais de deontologia, identidade, traumatologia, tanatologia e sexologia, além da Medicina Social, que incluía a infelizmente (perícias trabalhistas e de acidentes do trabalho), a seguridade social (perícias previdenciárias e administrativas), a Criminologia e a Psicopatologia. A formação do advogado deveria contemplar a Medicina Legal constituída, ou seja, a Medicina Legal Civil, a Penal, a Trabalhista, a Administrativa e a Jurisprudência médico legal, incluindo questões como a eutanásia, a pena de morte, a inseminação artificial, a esterilização de anormais etc.

Em 20 de outubro de 1967 é fundada a Sociedade Brasileira de Medicina Legal que veio a substituir a Ordem dos Peritos Médicos do Brasil. Essa entidade filiou-se à AMB - Associação Médica Brasileira, passando, com o aval desta, a emitir o título de especialista em Medicina Legal reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina, pela e pela Comissão Nacional de Residência Médica do Ministério da Educação como especialidade médica. Mais tarde passou a designar-se Associação Brasileira de Medicina Legal – ABML.

Em 26 de março de 1968, por iniciativa do médico Oswaldo Paulino, surge a Associação Nacional de Medicina do Trabalho (ANAMT) que já contava com um respaldo legislativo. O setor estava se ampliando, e os médicos brasileiros relacionados à área que compareciam aos congressos internacionais sentiram a necessidade de uma associação onde pudessem se reunir para atualizar e trocar conhecimentos.

A famigerada década do “milagre econômico” dos anos 1970 é marcada pela pressão que o governo militar brasileiro passa a sofrer em relação a um aumento

exponencial de acidentes de trabalho no país<sup>50</sup>. Então diversas medidas são pensadas tais como, em 1971 a criação do Programa de Assistência ao Trabalhador Rural (Pró-Rural), que passa a incluir efetivamente este trabalhador na Previdência; em 1972, a inclusão do trabalhador doméstico entre os contribuintes (e potenciais beneficiários, portanto) e da legislação do mesmo ano, que tornou obrigatória a existência de Serviços Especializados de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMTs), registrando aumento da formação de médicos do trabalho, por meio dos cursos organizados pela Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho (FUNDACENTRO), órgão este que inclusive sintetiza a preocupação do regime militar quanto à repercussão da negligência brasileira nos temas relativos à Segurança e Saúde no Trabalho (SST)<sup>51</sup>.

Como consequência, as perspectivas para a então recém-criada ANAMT crescem resultando, nos anos seguintes, em ações de sua diretoria de se dedicar a formar núcleos regionais, as chamadas Federadas, percorrendo os estados brasileiros e criando departamentos de Medicina do Trabalho em associações médicas. Uma semana após seu surgimento, a entidade foi reconhecida em ato oficial e registrada em cartório como Departamento Científico da Associação Médica Brasileira (AMB)<sup>52</sup>.

Devido aos reconhecimentos legais da importância da Medicina Legal e da Medicina do Trabalho<sup>53</sup>, o Código Civil de 1973 por exemplo, determina requisitos especializados a serem exigidos dos assistentes técnicos no judiciário. No artigo 145<sup>54</sup> do CPC/73 a figura do perito, no tocante à sua suposta imparcialidade, deixa de ser um auxiliar da parte que os indicava conforme previa o Código de 1939, tornando-se

---

<sup>50</sup> Matos (2016, p. 49) nos lembra que neste período, os serviços de perícia médica do então INPS para concessão de benefícios como a renda mensal vitalícia, auxílio-doença, e aposentadoria por invalidez eram oferecidos através de convênios estabelecidos com empresas privadas. No entanto, a contratação destas não se restringia apenas para realização de perícia médica. Consultas médicas e internações, garantidas aos segurados da Previdência e seus dependentes, também eram oferecidas através de convênios.

<sup>51</sup> O melhor exemplo das mudanças em saúde e segurança do trabalhador desde as contradições do governo de exceção foi a publicação, em junho de 1978, da Portaria nº 3.214, que ampliou e modificou, por meio das Normas Regulamentadoras (NRs), o Capítulo V da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) – que trata da Medicina e da Segurança do Trabalho.

<sup>52</sup> A busca pela expansão do atendimento médico no âmbito da Previdência teria ocorrido somente através da criação do INAMPS em 1977. Este instituto se constituiu com o propósito de prestar atendimento médico aos trabalhadores contribuintes da Previdência e seus dependentes, estando vinculado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), que congregava outras instituições, como o próprio INPS (MATOS, 2016, p. 50).

<sup>53</sup> É a partir desta especialidade inclusive que saem a perspectiva das perícias em trabalho-saúde. Perspectiva essa que, ao nosso ver, se perdeu ao afastar-se das visões de saúde pública/saúde coletiva.

<sup>54</sup> O artigo 156 do CPC/15 viria a substituir a inscrição do perito em órgão de classe pelo critério de habilitação legal, e cria o cadastro pelo tribunal com avaliação periódica. Veremos maiores implicações dessa mudança adiante nesse estudo ao analisarmos a Resolução 233/2016 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ).

auxiliares do juiz<sup>55</sup>. Também em 1973, têm-se a Previdência passando a reconhecer os trabalhadores autônomos e a partir de 1974, a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), que rompe o vínculo mantido até então com o Ministério do Trabalho.

Entre 1976-77 e 1983-84, segundo Almeida (2010, p. 2) a perícia, ancorada nos pressupostos da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional e amparada pela Medicina Legal, torna-se prática reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e passa a ser exercida por médicos do antigo Instituto Nacional da Previdência Social (INPS)<sup>56,57</sup>

### *2.5 O campo da Saúde do Trabalhador influencia a prática pericial*

Com a nova Constituição Federal aprovada em 1988, a justiça trabalhista passa a ter nova competência e importantes alterações em sua estrutura como por exemplo, possibilitou uma maior desenvoltura para a resolução de conflitos pela negociação coletiva, sendo a Justiça do Trabalho, dessa forma, vista como uma espécie de arbitragem pública para resolver os conflitos coletivos não conciliados diretamente pela relação Capital-Trabalho. Desse modo, a CF/1988 possibilitou o aumento da negociação coletiva (mesmo sendo mantida a unicidade sindical e o custeio obrigatório dos sindicatos) consagrando-a como um direito fundamental dos trabalhadores e trabalhadoras.

Também na nova CF/1988, a previdência passa a ser considerada, ao lado da saúde, da assistência social e do seguro-desemprego, um conjunto integrado, denominado de Seguridade Social (BATICH, 2010, p. 248). Nesse contexto, em 1989 tem-se a fundação da Sociedade Brasileira de Perícias Médicas - SBPM. Seu embrião foi a associação médica criada no DPMS - Departamento de Perícias Médicas do Estado de

---

<sup>55</sup> Em 1992, com a edição da Lei nº 8.455, segundo Motta (2014, p. 26) esses requisitos seriam retirados.

<sup>56</sup> Na estrutura inicial do chamado Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), cada estado tinha uma Superintendência, à qual estava subordinada a Perícia Médica. MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. *Histórico da previdência social*. Disponível em: <http://www.previdenciasocial.gov.br/conteudoDinamico.php?htm>. Acesso em: 27 jun. 2014.

<sup>57</sup> Vianna (1998) nos diz que com a unificação dos IAPs no INPS, como marca do governo dos militares em relação à Previdência, passariam ao caráter de segurados todos os trabalhadores que possuísem Carteira de Trabalho, independente de sua categoria profissional. Tornam-se também cidadãos (referindo-se, neste caso, apenas ao acesso a direitos previdenciários) os trabalhadores rurais, empregados domésticos e autônomos, trabalhadores estes que não tiveram sua profissão reconhecida pelo sistema previdenciário vigente durante o governo de Getúlio Vargas. Ou seja, a Previdência transforma “trabalho” em “profissão”, “emprego” e “vínculos”.

São Paulo, que realiza as perícias administrativas dos funcionários públicos estaduais paulistas. Congregaram-se a ela, posteriormente, os médicos peritos da Previdência Social e também médicos que executavam outros tipos de perícias, tornando-a cada vez mais forte e representativa no campo pericial.

Contudo, devido à uma ainda incipiente qualificação profissional na área pericial, no então renomeado INSS (Instituto Nacional do Seguro Social) encontravam-se profissionais médicos sem qualificação específica, talhados peritos pela própria prática cotidiana, virtualmente sem treinamento promovido pela autarquia previdenciária. Concorriam com estes os chamados "credenciados", médicos da iniciativa privada igualmente sem formação específica, que atuavam em consultórios particulares, onde emitiam laudos para o INSS.

Em paralelo, a influência do chamado Movimento Sanitário, que criou a proposta de reforma sanitária brasileira inspirado no modelo sanitário italiano e o Movimento Sindical, surgido nas greves de 1978 no ABC paulista, criaram, no mesmo ano, a Comissão Intersindical de Saúde e Trabalho, que se transformou depois no Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes do Trabalho (DIESAT), cujo papel era apoiar os sindicatos na discussão de assuntos ligados ao trabalho e à saúde<sup>58</sup>.

Este movimento sanitarista brasileiro em consonância com o movimento sindical, propunha uma reforma que contribuiria para formular o projeto do SUS - Sistema Único de Saúde conforme prescrito na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 e que viria a ser incorporado à nova Lei Orgânica de Saúde nº 8.080 estabelecendo, conceituando e definindo as competências do SUS no campo da Saúde do Trabalhador. Nesse contexto, eram denunciadas pelo movimento as políticas públicas e o sistema de saúde, incapazes de dar respostas às necessidades de saúde da população e dos trabalhadores em especial (ABRASCO, 1990). Também surgem novas práticas sindicais em saúde inspiradas nas experiências do MOI - Movimento Operário Italiano e assessorados tecnicamente pelo DIESAT (LACAZ, 2007, p. 761) traduzidas em reivindicações de melhores condições de trabalho, através da ampliação do debate, da circulação de informações, da inclusão de pautas específicas nas negociações coletivas, da reformulação do trabalho das CIPAs, no bojo da emergência do que seria considerado como "novo sindicalismo" (DIESAT, 1989; RIGOTTO, 1992).

---

<sup>58</sup> Em 1990, a Central Única dos Trabalhadores (CUT), desvincula-se do DIESAT e cria o INST (Instituto Nacional de Saúde no Trabalho) com escopos parecidos, porém ideologias diferentes.

Os Direitos Sociais conquistados a partir desde período passam a ser descritos nos artigos 6<sup>o</sup><sup>59</sup> a 11 da Constituição Federal de 1988 em seu título II que versa sobre os Direitos e Garantias Fundamentais. Os direitos do trabalho, entrelaçando-se com os direitos previdenciários, são protegidos principalmente pelo art. 7º da CF/88 onde divide-se entre direitos individuais (relação trabalhador-empregador) e coletivos (inerentes a uma categoria profissional, tais como os direitos de associação profissional ou sindical, o direito de greve, o direito de substituição processual, o direito à participação e o direito de representação classista).

Em 12 de Abril de 1990 com a Lei nº 8.028 que extingue o Ministério da Previdência e Assistência Social revinculando a Previdência ao Ministério do Trabalho, agora chamado Ministério do Trabalho e da Previdência Social (Brasil, 1990a) fez com que o direito previdenciário não mais abrangesse apenas o trabalhador com vínculo empregatício, mas todos os brasileiros com exceção dos servidores públicos com regime próprio de Previdência Social, dos militares e dos congressistas (SERRA; GURGEL, 2007). A Previdência Social integra hoje junto à área de Saúde e de Assistência Social, o que a Constituição de 1988 definiu como política de seguridade social e sua Lei Orgânica da Seguridade Social (BRASIL, 1991a) de nº 8.212/91 trata de seu sistema de funcionamento. Em 1992 foi criado o Ministério da Previdência Social e o Ministério do Bem-Estar Social, que abarcava as políticas de assistência. Em 1995, a Assistência Social volta novamente para alçada do Ministério da Previdência, sendo retomado o Ministério da Previdência e da Assistência Social<sup>60</sup>.

Mendes e Waissmann (2013, p. 37) relatam que durante a década de 1990 um movimento encabeçado pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Previdência Social visou a elaboração de uma lista brasileira de "doenças relacionadas ao trabalho" que pudesse atender aos dispositivos de ambas as áreas - Saúde e Previdência - e nortear por exemplo o trabalho médico-pericial em contraposição à falta de uma conceituação rigorosa existente no campo ou que eram escoradas superficialmente nos derivativos do

---

<sup>59</sup> Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a Previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 90, de 2015).

<sup>60</sup> A separação definitiva entre Previdência e Assistência, com competências ministeriais distintas, ocorreu apenas em 2003, quando foi criado o Ministério da Assistência Social. Este Ministério, no entanto, permaneceu com esta denominação por um curto período de tempo, pois em 2004 cria-se o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, que passou a tratar das questões relacionadas à Assistência Social (MATOS, 2016, p. 50).

conceito de "acidente do trabalho" imbricado no bojo da Lei nº 8.213/91<sup>61</sup> e seus decretos regulamentadores que trata dos Planos de Benefícios da Previdência Social.

O movimento sanitarista brasileiro que propunha a superação do modelo de Saúde Ocupacional derivado da Medicina do Trabalho, para o de Saúde do Trabalhador ancorado nos preceitos da Medicina Social Latinoamericana<sup>62</sup> e da Epidemiologia Social<sup>63</sup> tornou-se objeto de resistência organizada por parte dos setores produtivos ao propor práticas como a “Intervenção Ética de Impacto”<sup>64</sup> segundo Vasconcellos e Ribeiro (1997). A também (ainda) constante dificuldade de articulação de ações entre os Ministérios da Saúde, da Previdência Social e do Trabalho e Emprego, previstas na Constituição de 1988, impediram a efetivação de políticas públicas e sociais basilares para a efetiva implementação das ações de Saúde do Trabalhador.

Em 1997 têm-se a primeira reunião do CFM - Conselho Federal de Medicina e da AMB - Associação Médica Brasileira com a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) na tentativa de unificar as listas de especialidades médicas reconhecidas pelas três entidades. O motivo da reunião segundo Muñoz (2010, p. 73) é que a CNRM reconhecia 48 especialidades médicas e o CFM e AMB tinha em sua lista 63 especialidades. Ao final desse encontro algumas especialidades médicas deixaram de sê-lo, entre elas a Medicina Legal com o motivo alegado de que A Medicina Legal apenas faria autópsias, que, portanto, é um procedimento anatomopatológico; de modo que ela é, portanto, área de atuação da Patologia. De acordo com o autor foram necessários três anos para reverter a situação e voltar a Medicina Legal ser reconhecida como uma especialidade médica.

Em 1998, o INSS cria o cargo de supervisor médico-pericial. Entre suas atribuições estavam a supervisão, o controle, fiscalização e auditoria das atividades de

---

<sup>61</sup> A lei 8.213, de 1991, define que: Art. 59. O auxílio-doença será devido ao segurado que, havendo cumprido, quando for o caso, o período de carência exigido nesta Lei, ficar incapacitado para o seu trabalho ou para a sua atividade habitual por mais de 15 (quinze) dias consecutivos. Parágrafo único: Não será devido auxílio-doença ao segurado que se filiar ao Regime Geral de Previdência Social já portador da doença ou da lesão invocada como causa para o benefício, salvo quando a incapacidade sobrevier por motivo de progressão ou agravamento dessa doença ou lesão.

<sup>62</sup> Ou seja, diferente da visão da Saúde Ocupacional, não compreendiam as patologias do trabalho como meros riscos químicos, físicos, biológicos e etc., mas sim que o adoecer e morrer de cada sociedade está determinado como o trabalho se organiza e como as pessoas se inserem no mundo do trabalho. Logo, os benefícios e os malefícios do trabalho impregnam o perfil de saúde dos indivíduos e das populações.

<sup>63</sup> Campo epistêmico que relaciona os perfis de adoecimento/morte não somente em função de classe social, mas também o trabalho/profissão como importante indicador. Ou seja, entende a posição social expressa por meio da profissão exercida pelo trabalhador, tal como fizera Ramazzini.

<sup>64</sup> Ver “Intervenção Ética de Impacto” em nosso Glossário anexo a esse trabalho.

perícia, estando voltada, portanto, à própria prática de avaliação pericial em si, e não à perícia para reconhecimento ou não de direitos.

Nos anos de 1997/1998, em função da percepção de expressões técnicas, políticas e mesmo legais, o Ministério da Previdência Social desencadeia a iniciativa de atualização de "sua lista" de doenças profissionais e do trabalho para nortear o trabalho dos médicos peritos, visto que a lista anterior mencionada na Lei nº 8.231/91, anexada ao Decreto nº 2.197/1997, nada mais era segundo Mendes e Weissmann (2013, p. 37) que uma lista de agentes patogênicos agrupados em químicos, físicos, biológicos e etc., sem a identificação das doenças decorrentes dos efeitos da exposição ocupacional aos referidos agentes.

Tal fato, segundo os autores, contribuía para a geração de inúmeras controvérsias a cerca do trabalho médico-pericial posto que a ausência de listas ou relações de doenças aumentava a subjetividade das decisões técnicas e administrativas, além de favorecer e estimular a transferência destes conflitos para a esfera judicial. Os conflitos entre Médico Perito contra Trabalhador e Médico Perito x SUS davam-se não somente pela nomenclatura de tais enfermidades para fins do Seguro Social brasileiro, como também dos critérios diagnósticos utilizados pelos médicos peritos destas entidades e seus critérios para avaliação da incapacidade laborativa.

Por fim, a lista é elaborada por uma comissão de especialistas encabeçada pelo Ministério da Saúde e em maio de 1999, através do Anexo II do Decreto nº 3.048/99 o então Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) passa a adotá-la para nortear o trabalho médico pericial no interior do INSS. Através da Portaria nº 1.339/GM de 18 de novembro do mesmo ano, a mesma lista, intitulada "Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho"<sup>65</sup> é publicada pelo Ministério da Saúde com a finalidade de guiar os serviços de saúde em questões relativas à adoecimentos no trabalho.

Assim, o mesmo Decreto nº 3.048/99 de 06 de Maio de 1999 sobre o Regulamento da Previdência Social (Brasil, 1999) determinou que a prática médico-pericial no âmbito do referido instituto permaneceria sendo o trabalho de considerar caracterizada a natureza acidentária das incapacidades quando se constatasse ocorrência de “nexo técnico profissional ou do trabalho” entre o trabalho e o agravo, decorrente da relação entre a atividade da empresa e a entidade mórbida motivadora da incapacidade elencada na Classificação Internacional de Doenças - CID em conformidade com a lista supracitada.

---

<sup>65</sup> Há uma iniciativa semelhante na França chamada *Tableaux des Maladies Professionnelles*, melhor descrita no capítulo 3 deste estudo.

Contudo, a história da Previdência Social não revela protagonismo de ações de prevenção de doenças e/ou promoção à Saúde do Trabalhador. Conforme Pinto Júnior et al (2012, p. 2846) as lutas contra o jateamento de areia, benzenismo, asbestose, intoxicações por agrotóxicos e tantas outras, foram travadas no campo da Saúde, e se hoje existe alguma ação previdenciária de apoio a portadores dessas nosologias, não nasceu exatamente da iniciativa do INSS.

### *2.6 A aurora da acumulação flexível tupiniquim e a consolidação do poder pericial médico*

Gentil (2006, p. 135) nos lembra que também no período dos anos 1990, inúmeras foram as tentativas de reforma da previdência como uma das medidas fundamentais para o ajuste fiscal das economias latino-americanas e para a recuperação de suas combalidas economias. A partir das recomendações feitas pelo Banco Mundial, através do documento *Averting the old age crisis: policies to protect the old and promote growth* (WORLD BANK, 1994), as experiências de reforma dos vários países da América Latina foram diferentes. Não houve um modelo único, ainda que a maioria das propostas tenha se direcionado para a redução da responsabilidade estatal e ampliação da participação privada. O que se verificou foi uma heterogênea combinação dos regimes públicos e privados.

De acordo com Andrade (2003), as chamadas reformas estruturais, monitoradas pelo Banco Mundial e pelo FMI, atingiram 11 dos 18 países da América do Sul e Central. No Brasil, entretanto, prevaleceu a avaliação de que uma estratégia de privatização direta resultaria em custos políticos, sociais e financeiros inafiançáveis e acabou optando-se pela eleição de uma estratégia que tem priorizado mecanismos de mudanças legislativas no arcabouço jurídico constitucional, de forma a redirecionar o conjunto do sistema previdenciário e a delinear com isso, o trabalho do médico perito intervindo em sua autonomia na concessão de benefícios.

A Emenda Constitucional nº 20 de 1998<sup>66</sup> por exemplo, aprovada pelo Congresso Nacional em dezembro daquele ano, introduziu algumas mudanças nas regras de

---

<sup>66</sup> Também em 1998 é outorgado ao INSS a responsabilidade pela realização de perícia médica para constatação de deficiência. No caso específico deste benefício, e para os casos que envolvem deficiência,

concessão de benefícios e na alocação das receitas previdenciárias, sem substituir o modelo estabelecido pela Constituição. O modelo segue sendo de previdência social, público e administrado pelo Estado tão idealizado pelo movimento sanitarista brasileiro. Todavia, segundo Vianna (2003, p. 1) a implementação desse sistema vem ocorrendo, na prática, sem o devido respeito aos princípios constitucionais.

Embora a EC nº 20/98 e a Lei 9.876/99 que instituiu o fator previdenciários por exemplo sejam dois marcos importantes na reforma do sistema previdenciário brasileiro no entendimento de Pinheiro (2004, p. 266) que também nos traz outros dispositivos legais que foram aprovados entre 1998 e 2002, dentre eles, a Lei nº 9.876/99, que modificava a regra de cálculo dos benefícios do RGPS e cria incentivos à filiação de novos segurados a todos os que trabalham de forma autônoma ou possuam vínculos empregatícios estabelecidos através de registro na carteira de trabalho. Também podem estar cobertos por este regime as pessoas que não trabalham, mas que desejam usufruir dos benefícios da Previdência, podendo contribuir de forma “facultativa” a ela<sup>67</sup>. Tal fato teria influencia direta na intensificação do trabalho do perito médico previdenciário pelo aumento da quantidade de perícias a serem realizadas num tempo médio de atendimento e espera previamente estabelecido.

Se em 2001<sup>68</sup>, o INSS contava com cerca de 3.500 médicos peritos credenciados e cerca de 2.500 médicos peritos próprios, tal fato fez com que a Diretoria Colegiada do INSS decidisse que os profissionais terceirizados passariam a emitir laudos conclusivos abolindo a necessidade de homologação por parte dos peritos do quadro funcional. Com vistas a se dar conta da demanda crescente, o posicionamento de Almeida (2008) é

---

deve-se passar por um duplo processo avaliativo: através da perícia médica e através da chamada “perícia social”, uma avaliação realizada por assistentes sociais que busca verificar as condições econômicas dos solicitantes e de suas famílias, e se estes se encaixam nos quesitos de renda estabelecidos na legislação para serem considerados pobres. E, para que uma pessoa receba avaliação favorável neste critério, não basta que ela comprove não possuir os “meios de prover a própria manutenção”. Ela precisa provar, igualmente, que sua família também não os dispõe. Segundo Diniz (et al. 2006, p. 10), esta sobreposição de critérios, entre a perícia social e a perícia biomédica, acaba deslocando o alvo da proteção para a família do deficiente pobre.

<sup>67</sup> O acesso universal é facultado apenas à saúde e à assistência social, ao passo que o acesso à previdência, apesar da garantia de universalidade, ocorre somente mediante contribuição (MATOS, 2016, p. 53). Neste sentido, a seguridade social brasileira, ao restringir a previdência aos trabalhadores contribuintes, acabaria excluindo do acesso aos direitos previdenciários aqueles que mantém relações informais de trabalho ou desempregados que passam a não contribuir mais à Previdência, se constituindo em uma proteção limitada, portanto (BOSCHETTI, 2003; 2009).

<sup>68</sup> Também em 2001, na esfera judiciária tem-se a aprovação da Lei nº 10.358 que versa sobre a atuação do perito na referido esfera quando trata da possibilidade dos magistrados nomear mais de um perito e as partes igualmente indicarem mais de um assistente técnico na mesma categoria profissional na lide trabalhista; traz também a obrigatoriedade ao perito de comunicar aos advogados (e não os assistentes técnicos) das partes as datas de realização das perícias e; faz referência ao prazo de entrega do parecer pelo assistente técnico. Na prática, adota-se uma data anterior ou a mesma da protocolização do laudo oficial.

contundente ao afirmar que a demanda pela intensificação do trabalho do perito médico no âmbito do INSS cresce nesse período de forma que mais de 70% delas eram perícias de manutenção, ou seja, aquelas em que os segurados retornavam frequentemente para novas perícias ocasionando, a seu ver, um insuflamento da demanda e empurrando a fila de agendamento dos primeiros atendimentos para até 180 dias do requerimento ao atendimento<sup>69</sup>.

"Diferentemente dos médicos do INSS, os credenciados eram mais susceptíveis a pressões, confundiam seu papel com o de assistentes dos 'pacientes' e não se sentiam representantes do Poder Público, razões que determinaram explosão no número de benefícios concedidos, fato denunciado pelos médicos do INSS e registrado por estudo do IPEA, amplamente divulgado na imprensa. Sobre o assunto em tela, observa-se que os médicos que realizavam perícias médicas nessa época, não tinham nenhum preparo pertinente a área para desempenhar tais funções, contavam simplesmente com sua experiência profissional. Os médicos credenciados atuavam como se fossem médicos assistentes, acompanhando seus pacientes e recebendo por consulta realizada, sem compromisso com a Previdência Pública, sem autoridade de representantes do Estado, sem segurança nenhuma para contrariar o examinado, pois atuavam em consultórios privados, sem conhecimentos previdenciários e trabalhistas. Este modelo absurdo fez com que mais e mais pessoas recorressem ao INSS, evitassem o mercado formal de trabalho e incorporassem o benefício à sua renda fixa, que era enriquecida por eventuais serviços (ALMEIDA, 2008)."

Contudo, esquecem-se os autores da literatura médico-pericial hegemônica que o contexto de alta demanda por perícias no INSS é de um Brasil com um aumento constante da precarização em seus espaços laborais reestruturados a partir dos anos 1980/90 e em crescimento exponencial nos anos 2000 evidenciado em estudos como os de Maeno (2001); Cardoso (2003); Araújo e Porto (2004); Papparelli (2009); Franco, Druck e Seligmann-Silva (2010), dentre outros, e que tem impacto direto na saúde dos trabalhadores. Segundo o próprio Ministério da Previdência Social, em 2005, foram registrados 492 mil casos de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, com 2.708 mortes de trabalhadores (INSS/DATAPREV, 2009), o que por si só já são dados que exemplificam o porque da ampliação do número de perícias médicas previdenciárias realizadas nesse período e o número de benefícios concedidos.

---

<sup>69</sup> Matos (2016, p. 58) nos lembra que os discursos dos médicos peritos em suas reivindicações pelo reconhecimento da perícia enquanto uma atividade essencial de Estado, destacavam, como estampa uma revista da ANMP em edição comemorativa de dez anos associação, que a perícia médica seria *uma carreira contra filas, fraudes e desperdícios*.

Devido à esta alta demanda por perícias médicas previdenciárias, a quantidade de auxílios-doença emitidos passou a crescer de forma muito rápida a partir de meados de 2002. Santos Junior e Cherem (2013, p. 252) apontam que somente entre 2001<sup>70</sup> e 2002 houve um crescimento de 62,3% na concessão dos auxílios-doença previdenciários e acidentários por parte dos médicos peritos que ultrapassaram a soma de 2 bilhões de reais para 9 bilhões entre 2001 e 2004. Evolui para 11 bi em 2005, 15 bi em 2006 e 16 bi em 2008.

De modo então a estabelecer maior controle e gestão, a Diretoria de Benefícios do INSS lança em 2002 o Manual Técnico de Perícia Médica (BRASIL, 2002) documento este que dá diretrizes ao perito médico na realização de seu trabalho e em 2003 a resolução 133/03 implementa o SABI - Sistema de Administração de Benefícios por Incapacidade um software computacional que integra o laudo médico pericial, os dados administrativos e automaticamente já processa o benefício e emite o Comunicado de Decisão, chamada de CRER. Entre 2004 e 2007, o SABI é implantado nas mais de 1.100 Agências da Previdência Social (APSS) espalhadas pelo Brasil.

Como forma de resistência ao novos sistemas de controle do trabalho médico pericial implantados, os médicos peritos fundam o blog "Perito.Med" na internet, com cerca de 800 mil acessos por mês computados entre médicos peritos ou não, e que funciona como uma espécie de comunidade virtual em que se aglutinam os médicos peritos previdenciários de todo o país e onde estes compartilham notícias sobre a categoria, trocam experiências profissionais visando normatizar a doutrina técnica para servir de diretrizes norteadoras ao trabalho ou mesmo como um espaço de troca para se posicionarem criticamente quando dos mandos e desmandos da alta administração do INSS e do governo federal.

Almeida (2010, p. 3) enfatiza que devido ao fato da categoria profissional ser ainda jovem no mercado de trabalho no início dos anos 2000, não existia uma legislação específica sobre essa classe trabalhadora, porém, o que não implicava que não fossem realizadas perícias médicas neste período. Então, em 2003<sup>71</sup>, a Associação Nacional de Médicos Peritos empreende movimento nacional, apoiados pelo CFM - Conselho Federal

---

<sup>70</sup> A insuficiência de profissionais no quadro da instituição para a realização de perícias médicas levou a contratação de médicos terceirizados, cujos laudos deveriam ser homologados pelos médicos que atuavam no INSS. No entanto, neste ano de 2001, a necessidade desta homologação passou a não ser mais uma exigência, o que teria gerado um “descompromisso” maior dos médicos terceirizados no processo de avaliação e concessão de benefícios (MATOS, 2016, p. 59).

<sup>71</sup> Também neste ano temos a implementação do novo Código Civil - Lei nº 10.406 de 10 de janeiro de 2003 que discorre sobre a atuação pericial na avaliação de capacidade em transtornos mentais.

de Medicina, pela AMB - Associação Médica Brasileira, pela FNM - Federação Nacional dos Médicos, pelo MPF - Ministério Público Federal e pela Frente Parlamentar da Saúde da Câmara Federal (para citar apenas entidades nacionais), e recorrem à uma greve com duração de 89 dias que os faz conquistar a Lei nº. 10.876, de 2 de junho de 2004<sup>72</sup>, que cria a carreira de Perícia Médica da Previdência Social<sup>73</sup>. Lei esta que, segundo Santos Junior e Cherem (2013, p. 253), definiu as funções privativas dos médicos do quadro de peritos do INSS, quais sejam:

(1) emissão de parecer conclusivo quanto à capacidade laboral (do segurado) para fins previdenciários; (2) inspeção de ambientes de trabalho para fins previdenciários; (3) caracterização da invalidez [do segurado] para [recebimento de] benefícios previdenciários e assistenciais e; (4) execução das demais atividades definidas em regulamento (Brasil, 2004)

Argolo e Lima (2007) concordam que a referida lei estabelece parâmetros legais da atividade médico-pericial e é fruto da luta da própria categoria que se encontrava até então em uma classificação geral de médicos do Serviço Público Federal, sem o reconhecimento de suas prerrogativas e incapaz de contribuir com os processos decisórios da autarquia em assuntos que tecnicamente diziam respeito a avaliações médicas. Fato este que Muñoz et al (2010) discordam pois entendem que as divergências ideológicas dentro da especialidade é ainda hoje o maior desafio a ser enfrentado dentro da área.

De lá para cá, é queixa constante por parte dos médicos peritos previdenciários de que a carreira não acompanhou a evolução das demais carreiras de relevância social e

---

<sup>72</sup> No mesmo ano, tem-se a aprovação da Emenda Constitucional 45/2004 que determinou a competência para se processar e julgar os dispostos no artigo 7º da CF/88 que estabelece a redução dos riscos no inciso XXII, e o seguro contra acidentes do trabalho a cargo do empregador no inciso XXVIII como sendo da Justiça do Trabalho, o que ampliou sua ação nas questões de reparações de danos causados aos trabalhadores, resultante das condições em que o trabalho é realizado. Pereira Júnior (2013, p. 246) nos lembra também que o Direito do Trabalho tem também garantido o retorno do empregado em função compatível, após a cessação dos benefícios previdenciários do acidente de trabalho, seguindo a mesma ritualística do Direito Civil, no qual se apoia, no que tange o estabelecimento do nexos causal, em processo por reparação de danos por acidentes ou por doenças do trabalho como dissemos.

<sup>73</sup> A opção pelos convênios terceirizados teria convertido o INPS, de acordo com Matos (2016, p. 49), no maior comprador de serviços médicos privados do país, em detrimento do investimento em serviços médicos próprios da Previdência, o que ocorre apenas em 1977, com a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). No entanto, Oliveira e Teixeira (1986) e Vianna (1998) destacam que mesmo contando com estabelecimentos próprios de saúde, a maior parte do atendimento prestado pelo INAMPS provinha de hospitais e médicos privados. Esta prática de contratar serviços terceirizados permaneceu inclusive no período pós-constituição na Previdência, isto porque a carreira de perito médico previdenciário foi criada, como dissemos acima, apenas em 2004, e até o ano de 2006 as perícias também eram realizadas em consultórios particulares e os médicos eram contratados (e credenciados) apenas para esta finalidade – atestar incapacidade sem possuir, no entanto, vínculos com o Estado.

econômica similares. Com a edição da Lei nº. 10.876/04<sup>74</sup>, a perícia médica passou a vislumbrar um horizonte de profissionalismo viabilizado a partir de três passos fundamentais: um concurso realizado em 2005, outro concurso realizado em 2006, ambos para 1.500 vagas, e o fim da terceirização, em 19 de fevereiro de 2006.

A partir de 2005, são admitidos 3.373 médicos peritos, perfazendo 5.047 peritos ativos, segundo pesquisa realizada em 24 de agosto de 2015 no sistema interno do INSS. Em 2001, havia pouco mais de 2.000 médicos peritos no quadro e 3.500 terceirizados que atuavam em consultórios privados. A demanda chegou a estar 73% fora do INSS. As perícias iniciais, chegavam a ser 53% realizadas pelos terceirizados.

O movimento de profissionalização teve grande repercussão, visto ser o INSS órgão responsável pela maior demanda médico pericial do Brasil<sup>75</sup>. A reforma foi paradigmática e pôs fim às terceirizações substituindo-a por quadro próprio de peritos concursados. Segundo Ansiliero e Dantas (2008) a substituição de médicos peritos credenciados por médicos do quadro do INSS pode ter reduzido as chances de concessões equivocadas, e até mesmo de fraudes contra o Regime Geral de Previdência Social (RGPS), na medida em que os vínculos desses profissionais com a instituição são mais fortes, porém, igualmente fortes tendem a ser os mecanismos de controle sobre suas atividades.

Outro fator que Santos Júnior e Cherem (2013, p. 253) observam que teria concorrido para a efetivação da substituição de profissionais teria sido o propósito de construção de um quadro mais homogêneo de profissionais passíveis de responsabilização administrativa. Ansiliero e Dantas (2008) apontam que os médicos peritos credenciados tenderiam a ser menos rígidos na concessão de benefícios. Para além da pressão dos próprios segurados, segundo os autores isto ocorreria sobretudo também por receberem por perícias feitas, o que estimularia a utilização do menor tempo possível para cada exame, e assim, as perícias seriam realizadas sem a qualidade mínima

---

<sup>74</sup> Com a criação da carreira, a figura do médico perito emerge como um agente do Estado, cujas atribuições passam a ser a de avaliar e emitir pareceres quanto a existência ou não de incapacidade ou deficiência através da produção de laudos periciais, transformados em documentos oficiais [...] um dos argumentos apresentados para que a perícia médica se tornasse uma prática biomédica de caráter estatal, e não meramente contratual, estabelecida por meio de contratos temporários de trabalho, seria de que esta vinculação com o Estado geraria o compromisso com o parecer considerado justo. Ou seja, apenas o estabelecimento da perícia enquanto carreira de Estado poderia, efetivamente, selecionar aqueles que teriam direito ou não aos benefícios pleiteados e, com isto, impedir a concessão desenfreada destes. (MATOS, 2016, p. 59-60).

<sup>75</sup> Conforme mostram os dados de 2016 apresentados a nós pelo ex-diretor geral da DIRSAT, o órgão previdenciário realiza 7 Milhões de perícias médicas/ano, sendo cerca de 700 mil por mês em todo o Brasil.

necessária, muitas vezes resultando na concessão ou manutenção indevida de benefícios<sup>76</sup> na visão dos autores supracitados.

A Instrução Normativa nº 31 INSS/PRES, de 10 de setembro de 2008 (BRASIL, 2008) vem detalhar os procedimentos para a concessão de benefícios acidentários ao incorporar a Lei 11.430 de 26 de dezembro de 2006 que introduz no âmbito previdenciário a figura do Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciários (NTEP)<sup>77</sup>. Tal figura estrutura-se na correlação entre o CNAE (Classificação Nacional de Atividade Econômica) da empresa e o CID (Código Internacional de Doença) apresentado pelo trabalhador<sup>78</sup> e que pode lhe conceder na qualidade de segurado o benefício acidentário decorrente de acidente de trabalho ou doença profissional, garantindo de imediato ao empregado a estabilidade provisória no art. 118 da Lei 8.213/91<sup>79</sup>. Deste modo, por exemplo, a atividade de bancário e as Lesões por Esforços Repetitivos (LER), passaram a estar correlacionadas dispensando-se a necessidade de comprovação do nexo causal, restando à instituição empregadora comprovar a inexistência de tal patologia<sup>80</sup>. Da mesma forma, Minardi (2010, p. 153) diz que as patologias mentais derivadas do meio ambiente laboral, podem ser reconhecidas como acidente de trabalho pelo NTEP mediante análise médico-pericial na esfera jurídica, vez que há previsão legal no anexo II do Decreto 3.048/99 no quadro de transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho.

---

<sup>76</sup> De acordo com o Relatório do Tribunal de Contas da União sobre Concessão e Manutenção do auxílio-doença (BRASIL, 2010, p. 35), “a evolução observada no número de concessões de auxílio-doença [...] não pode ser explicada por nenhum processo natural, visto que a população brasileira não foi submetida a guerras, epidemias ou catástrofes naturais no período. De 2000 a 2006, ano em que o número de concessões foi mais elevado, a quantidade de benefícios concedidos evoluiu 156%, passando de 909.476 para 2.329.669. Esquecem-se os executores do referido relatório que, no mesmo período (2000-2006), segundo AEPS/2014 foram registrados 2.973.879 acidentes do trabalho (BRASIL, 2014, p. 142) e foram concedidos somente 1.134.399 benefícios acidentários do tipo B91 e B94 em que o nexo causal entre acidente/adoecimento e trabalho é reconhecido (BRASIL, 2014, p. 63-64). Ou seja, 1.839.480 trabalhadores brasileiros ou não tiveram seus benefícios concedidos ou então estes foram configurados como benefícios previdenciários do tipo B31 ou B36 em que as causas do acidente/adoecimento não são relativas ao trabalho.

<sup>77</sup>Ribeiro (2007, p. 171-172) é oportuna ao observar que a visão da perícia médica ao determinar o reconhecimento do NTEP passa a não ser mais individualista e sim, coletivista, salientando que a empresa deverá elaborar o que Minardi (2010, p. 153) denomina "Balanço Hominal", ou seja, declarar formalmente em determinado lapso temporal os sistemas de prevenção de acidente e doenças ocupacionais que implementou, a quantidade de trabalhadores lesionados, e que medidas está tomando para reverter este quadro negativo.

<sup>78</sup> À exceção da indústria automobilística nacional, excluída de referente cruzamento de dados desde a gênese do NTEP.

<sup>79</sup>Art. 118. O segurado que sofreu acidente do trabalho tem garantida, pelo prazo mínimo de doze meses, a manutenção do seu contrato de trabalho na empresa, após a cessação do auxílio-doença acidentário, independentemente de percepção de auxílio-acidente”.

<sup>80</sup>Tal medida inverte o ônus da prova em alguns casos ao determinar o registro automático como doença relacionada ao trabalho de determinadas patologias em função de altas incidências em determinados ambientes de trabalho. (JACQUES, 2007, p.112)

No ano de 2007 foi criada a Diretoria de Saúde do Trabalhador (DIRSAT) do Instituto Nacional do Seguro Social, cujo Regimento Interno, aprovado em 2009, prevê como atribuição da nova Diretoria, “desenvolver estudos voltados para o aperfeiçoamento das atividades médico periciais(...)” e propor “intercâmbio com órgãos governamentais visando o acompanhamento e o controle epidemiológico das doenças de maior prevalência nos benefícios por incapacidade”, além de “planejar a especialização de ações para a melhoria da qualidade, correção e aprimoramento do reconhecimento de direitos aos benefícios por incapacidade previdenciários” (BRASIL, 2009).

Em 2008 os peritos médicos previdenciários vivem um momento de mudança sobretudo pela adaptação à nova estrutura do INSS que até então não dispunha de uma diretoria específica para a área médica, o que fez com que não houvesse conhecimento nem monitoramento do trabalho, nem sequer diretrizes detalhadas para as diversas patologias. A mudança deu-se por voluntarismo dos próprios médicos peritos, porém sem um projeto institucional integrado, também sem o devido esclarecimento público do que venha a ser Perícia Médica e o que são os benefícios por incapacidade laborativa. A dita "Educação Previdenciária" ainda é um dilema e tema controverso mesmo para quem atua no interior do sistema.

A própria classe médica não bem se entendia nesse período quanto ao fazer médico pericial. Muñoz et al (2010, p. 74) nos elucida essa questão discorrendo sobre a disputa entre a ABML - Associação Brasileira de Medicina Legal e a SBPM - Sociedade Brasileira de Perícias Médicas que tem seu início após a publicação da Resolução CFM 1845, publicada em julho de 2008 que dava à SBPM o direito de certificar área de atuação em perícias médicas. Ato contínuo, a Associação Médica Brasileira (AMB) firmou convênio com a SBPM para que esta assumisse o seu Departamento de Perícias Médicas e pudesse, assim, certificar a área de atuação em perícias médicas.

Ocorre que a Medicina Legal, especialidade médica representada pela ABML, e já com residência médica consolidada<sup>81</sup>, aprovada e avalizada pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), possuía o objetivo de formar especialistas em perícias médicas. Também pelas regulamentações anteriores - que também constavam dessa

---

<sup>81</sup> De acordo com Chaves, Gianvecchio, Razaboni, Miziara & Muñoz (2016, p. 64), o único Programa de Residência Médica em Medicina Legal e Perícia Médica do Brasil é o da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), implementado em 2004 pelo Departamento de Medicina Legal, Ética Médica e Medicina Social e do Trabalho. O programa tem a duração de três anos e, atualmente, oferece cinco vagas por ano, credenciadas pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). Desde o ano de sua criação, 2004, o referido programa formou apenas 16 médicos especialistas e, atualmente, conta com 7 médicos cursando a Residência.

resolução 1845/2008 - como nos mostra o autor, somente Sociedades de Especialidade podiam certificar área de atuação e a SBPM não a era. Após alguns embates, a ABML moveu ação judicial contra o CFM, a AMB e a CNRM mostrando as incongruências da referida resolução. Sob pressão, o CFM emite nova resolução em setembro de 2009 (Resolução CFM 1930/2009) revogando os itens referentes a perícia médica contidos na Resolução 1845/2008.

Nesse ínterim, entretanto, a SBPM, valendo-se do direito que lhe dava a Resolução 1845/2008, já realizara concurso público para certificar a área de atuação em perícias médicas e aprovado 118 médicos. Como o concurso foi feito durante a vigência dessa resolução, esses médicos adquiriram o direito ao certificado, motivando, então, uma ação judicial movida pela SBPM contra o CFM pela revogação da Resolução 1845/2008. Face às ações judiciais impetradas e o impasse criado, o CFM convocou ambas as entidades para se encontrar a solução e encerrar as disputas. A resolução deu-se pela fusão das duas entidades em 1º de abril de 2011, sendo então hoje conhecida como Associação Brasileira de Medicina Legal e Perícias Médicas (ABMLPM).

Importa-nos ressaltar nesse período que, ainda no ano de 2007, o Ministério da Previdência Social (MPS) edita e divulga entre o corpo médico pericial do INSS, Manuais de Procedimentos em Benefícios por Incapacidade com diretrizes que visavam apoiar a decisão médico-pericial quando da realização das perícias e consequentes concessões (ou não) de benefícios aos trabalhadores por incapacidade laborativa.

Outro manual, intitulado "Diretrizes de Apoio à Decisão Médico Pericial em *Transtornos Mentais*" é veemente contestado pelo Grupo de Trabalho em Saúde Mental no Trabalho (GT SMT) formado por profissionais, especialistas e pesquisadores da área de Saúde do Trabalhador (remanescentes do movimento sanitário de 1980/90) da região sudeste do país, o qual publica e envia seu parecer preliminar sobre o documento em questão em 20 de dezembro de 2007 e que tem seu texto, as ideias principais em grande medida rejeitadas pelo alta administração do INSS. Desse modo, o referido Instituto publica o Anexo de Orientação Interna nº 203 INSS/DIRBEN de 19 de novembro de 2008, posteriormente atualizado pelo Despacho Decisório nº 1/DIRSAT/INSS de 19 de novembro de 2013 para, após a aprovação da Lei nº 12.842/13 do "Ato Médico", ser propositalmente renomeado para "Diretrizes de Apoio à Decisão Médico Pericial em *Psiquiatria*". Ficava clara a importância dada à atuação interdisciplinar (sic).

Contudo, o Decreto 6.833/2009 que implanta o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal (SIASS) por ser parte integrante da Política de

Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal (PASS) evidencia a preocupação em se alterar a concepção de Saúde Ocupacional e substituí-la por esta compreensão de saúde do trabalhador, visão esta compartilhada pelos membros do GT SMT. Convergente, portanto com todo o processo de discussão que vinha sendo efetivado, seu ato constitutivo evidencia sua estruturação em torno de três eixos principais: a) perícia médica<sup>82</sup>; b) promoção e vigilância à saúde; e c) assistência.

De acordo com Fonseca et al. (2015, p. 145), a forma de implementação do SIASS já difere em muito do modelo anteriormente representado por seu órgão antecessor, o SISOP - Sistema Integrado de Saúde Ocupacional do Servidor Público, pois baseou-se fortemente na interação com trabalhadores, técnicos, gestores e entidades sindicais. Tal dimensão participativa teve contornos interessantes pois contemplou não apenas os usuários do sistema, como também seus operadores.

Voltando-nos à referida Lei nº 12.842 de 10 de julho de 2013 que "Dispõe sobre o exercício da Medicina", popularmente conhecida como Lei do "Ato Médico", a mesma, em seu Art. 5º, trata das práticas privativas do profissional médico:

Art. 5º São privativos de médico:

I - (VETADO);

II - *perícia e auditoria médicas*; coordenação e supervisão vinculadas, de forma imediata e direta, às atividades privativas de médico;

III - ensino de disciplinas especificamente médicas;

IV - coordenação dos cursos de graduação em Medicina, dos programas de residência médica e dos cursos de pós-graduação específicos para médicos.

Parágrafo único. A direção administrativa de serviços de saúde não constitui função privativa de médico (BRASIL, 2013).

Muñoz et al (2010, p. 73) já se colocava um aficionado pela aprovação da referida Lei quando destaca que diversos problemas teriam que ser enfrentados pela especialidade, merecendo destaque, em sua opinião, a presença de advogados no exame médico pericial e a invasão dessa área médica por outros profissionais, como por exemplo, os fisioterapeutas.

---

<sup>82</sup> As perícias realizadas no âmbito do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor - SIASS conta com o apoio de uma equipe multidisciplinar (sua composição pode variar de acordo com a disponibilidade de profissionais de cada órgão), para subsidiar as decisões do perito quanto à avaliação: do ambiente de trabalho, da situação sócio familiar, da situação psicossocial, entre outros fatores que se relacionam com a saúde do servidor público federal. De acordo com Castro (2017, no prelo), a atuação da equipe multidisciplinar também objetiva retirar a perícia médica do isolamento em que se encontra atualmente, integrando-a com ações de assistência, prevenção e promoção de agravos à saúde, tornando-a mais humanizada no trato com o servidor e com boas condições de trabalho nas unidades de atendimento.

Motta (2014, p. 24) outro entusiasta da aprovação da Lei do "Ato Médico" elucida um entendimento do Tribunal Regional do Trabalho da 15ª Região (TRT/15) que, a saber, também compreende as perícias enquanto campo de poder consolidado pelo saber médico:

RECURSO ORDINÁRIO PROCESSO TRT - 15ª REGIÃO - 0001417-25.2000.5.15.0008 R0 - Perícia Médica realizada por Fisioterapeuta - "Inegável, portanto, que somente a perícia médica pode dirimir, com precisão, as questões relacionadas ao acidente de trabalho e/ou doença profissional aduzidos na peça de estreia, fornecendo ao julgador elementos seguros e necessários ao desate da lide". FABIO ALLEGRETTI COOPER - Juiz Relator.

Em consonância então com sua política de conciliações de classes, o governo federal à época, advoga maior poder à classe médica ao sancionar a Lei do "Ato Médico", porém, em contrapartida, aprova também outras tantas leis e decretos que vão ocasionar em contraofensivas por parte: dos médicos peritos através de representação da Associação Nacional dos Médicos Peritos da Previdência Social (ANMP), que vinha de uma greve de 84 dias derrotada sob medida judicial em 2010 contra a alta administração da Previdência Social e o governo federal tendo conseguido apenas o acordo informal da redução de carga horária de 40 para 30 horas sendo 6 (seis) horas de atendimento diárias e outras 2 (duas) horas diárias dedicadas à avaliação de documentos e diligências externas, e também; da Associação Brasileira de Medicina Legal e Perícias Médicas (ABMLPM), encabeçados pelas demais representatividades da classe médica como o CFM - Conselho Federal de Medicina, a FENAM - Federação Nacional dos Médicos e a AMB - Associação Médica Brasileira.

Outro ponto que provoca controvérsias no interior da classe médica, o que faz com que esta una-se contra o governo federal pressionando-o de forma predominantemente e fortemente política nesse período, é a aprovação da Lei nº 12.871 de 22 de outubro de 2013 que instaura o programa "Mais Médicos" no Sistema Único de Saúde (SUS) que, basicamente, dispõe sobre a contratação emergencial de médicos (dentre eles, também médicos estrangeiros) para suprir o quadro deficitário destes profissionais na Atenção Básica de Saúde, expandindo o número de vagas para os cursos de medicina e residências

médicas com vistas à reformulação dos currículos médicos para uma maior humanização nos serviços públicos de saúde<sup>83</sup>.

Outras medidas adotadas pelo governo federal e consideradas impopulares frente à ANMP são: (1) A Lei nº 13.135 de 17 de junho de 2015, a chamada "Lei dos Atestados" corroborada pelo Decreto nº 8.691 de 14 de março de 2016 que regulamenta o processo de concessão de benefícios por incapacidade possibilitando aos médicos da rede SUS realizarem perícias médicas, o que, rapidamente é visto pela ANMP como uma represália por parte do governo federal à greve dos médicos peritos do ano de 2015 que durou cerca de 140 dias e obteve conquistas à categoria e; (2) O Decreto nº 8.725 de 27 de Abril de 2016 que institui a Rede Intersetorial de Reabilitação Integral com vistas à integração e à articulação permanente entre serviços e ações das políticas de saúde, previdência social, trabalho, assistência social, educação, entre outras, em consonância com os pressupostos, diretrizes e objetivos da Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST) instituída pelo Decreto nº 7.602/11 e que conseqüentemente põe em xeque o modelo perito-dependente da Previdência Social.

Sobre essa questão em especial, Takahashi e Iguti (2008) já apontavam que entre a Previdência Social e o SUS há candentes conflitos de entendimentos. Têm sido frequentes relatos de situações apontadas pelos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador - CEREST's de adoecimentos por causas laborais, não endossados pela Perícia Médica do INSS. O distanciamento entre fiscalização do Ministério do Trabalho, Perícia Médica do INSS e CEREST da RENAST/SUS inviabiliza há anos o olhar epidemiológico – base para qualquer intervenção – constituindo-se em sério empecilho à consolidação da Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST). O Decreto nº 8.725/16 vem, mesmo que por tensões no interior da esfera do Estado, este, agente mediador do conflito Capital-Trabalho (pendendo ao primeiro para regulação da base/superestrutura), congrega os ensejos dos atores sociais envolvidos no campo da Saúde do Trabalhador quais sejam, sindicatos, academia e serviços ligados aos setores em questão.

---

<sup>83</sup> Hoje por exemplo, um residente de Medicina Legal e Perícias Médicas na cidade de São Paulo realiza estágios de Medicina do Trabalho (Serviço de Saúde Ocupacional do HCFMUSP e ambulatório médico de uma grande empresa em São Paulo), Medicina Física e Reabilitação e Patologia. A segunda etapa é centrada na formação pericial específica, e é composta de estágios onde o residente realiza perícias cíveis (Instituto de Medicina Social e Criminologia de São Paulo - IMESC), perícias criminais (Instituto Médico Legal – IML), perícias de acidentes do trabalho (Divisão de Perícias do Tribunal de Justiça de São Paulo), perícias previdenciárias (Setor de Perícias do Juizado Especial Federal) e perícias administrativas (Departamento de Perícias Médicas do Estado de São Paulo – DPME) (MUÑOZ, 2012, p. 46).

## 2.7 A Caixa de Pandora está aberta. E agora?

Em suma, a construção histórica do campo pericial no Brasil pautou-se no relacionamento íntimo com fragmentos de conhecimentos formais biomédicos de cada subciência médica e, independente de ações judiciais, atua no que diz respeito à direitos sociais.

Na esfera jurídica, a perícia em trabalho-saúde passa por alterações em seu fazer das quais, as mais recentes destacamos: (1) o Processo Judicial Eletrônico (PJe), que, pela via da informatização do trabalho jurídico, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) elabora um software com o objetivo principal de manter um sistema de processo judicial eletrônico capaz de permitir a prática de atos processuais pelos magistrados, servidores e demais participantes da relação processual, dentre eles, os peritos, diretamente no sistema, assim como o acompanhamento desse processo judicial, independentemente de o processo tramitar na Justiça Federal, na Justiça dos Estados, na Justiça Militar dos Estados e na Justiça do Trabalho; (2) a vigência do Novo Código do Processo Civil em 2015 que permite perícias realizadas também por pessoa jurídica e não mais exige nível universitário da figura do perito para realizá-la mas, agora "profissionais legalmente habilitados" (CPC, 2016, p. 253) e; (3) A resolução 233/16 do CNJ que, partindo do art. 156 do CPC/15, dispõe sobre a criação de cadastro de profissionais e órgãos técnicos ou científicos no âmbito da Justiça de primeiro e segundo grau, a qual iremos tratar mais a frente neste trabalho.

Seria deveras irresponsável de nossa parte uma análise precoce dos impactos positivos e negativos do Novo CPC/15 para o trabalho pericial como um todo, contudo, não podemos nos abster de formular hipóteses que vão no sentido de que a precarização do trabalho permanece. Seja ela: (1) de vínculo, entre esse profissional e o poder público, já que seu auxílio é eventual como também o é sua remuneração nessa esfera. O que ocasiona uma irregularidade salarial deste profissional no âmbito judicial, e o faz buscar vínculos empregatícios com empresas afim de que tenha vencimentos fixos, vide que, em sua maioria, os peritos na justiça do trabalho são médicos do trabalho e o mercado para esse profissional no Brasil é fundamentalmente a atuação em organizações; (2) de especialidade/formação técnica o que a nosso ver pode caracterizar uma via de mão dupla pois abre brecha à realização de perícia por profissional não habilitado na área de saber (Ex: perícia psiquiátrica sendo realizado por médico ginecologista), porém dilui-se o

entendimento restrito de perícia enquanto um ato médico permitindo que outros profissionais também sejam nomeados a fazê-las (Ex: perícia psiquiátrica sendo realizada por psicólogo) e; (3) de autonomia pois permanece o perito apartado de pensamento prático-reflexivo sobre seu processo de trabalho ficando à mercê dos prazos e metas do judiciário guiados pelo fetiche da celeridade dos processos e igualmente alienado do produto de seu trabalho, a saber, o laudo pericial, enquanto instrumento-chave para a decisão do magistrado sobre o liame em questão ou mesmo enquanto ferramenta jurisprudencial para outros processos de igual teor contribuindo com a produção científica no campo de intersecção trabalho-saúde-direito.

No que tange as perícias previdenciárias, o cenário nos parece ainda mais temerário para o campo da Saúde do Trabalhador. Como resultado da Lei nº 13.341, de 29 de setembro de 2016, o Ministério do Trabalho e Previdência Social (MTPS) é extinto, de forma que o INSS passa a vincular-se ao Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário (MDAS)<sup>84</sup> e a Previdência Social se torna uma Secretaria do Ministério da Fazenda<sup>85</sup>.

Dentre os primeiros retrocessos do atual governo<sup>86</sup>, para além da reestruturação organizacional do setor previdenciário como um todo<sup>87</sup>, como também a aprovação do PL nº 257/2016 que precariza o serviço público nos estados, e a PEC nº 241/2016 que limita os gastos públicos em 20 anos, destacamos: (1) a demissão do então diretor do DIRSAT, figura responsável por encabeçar os ditames do Decreto nº 8.725/16; (2) a Portaria nº 152 de 25 de agosto de 2016 que consolida a “alta programada”<sup>88</sup>, pela qual o perito “estima” uma provável data de recuperação do trabalhador e, assim, fixa o prazo

---

<sup>84</sup> Atualmente renomeado para Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) a partir da Lei nº 13.502, de 1º de novembro de 2017.

<sup>85</sup> Para Boschetti (2003), a separação constante entre os três campos da previdência, saúde e assistência através da criação de ministérios específicos durante toda a história da previdência social, reforçaria a constatação de que o modelo de seguridade previsto na Constituição Federal de 1988 não teria se efetivado na prática até hoje. Isto porque, segundo a autora, não houve a criação de um ministério da seguridade social, por exemplo, que pudesse articular e definir as políticas de seguridade como um todo.

<sup>86</sup> Cohn (1981) aponta um fato curioso do processo de instituição e extensão dos direitos sociais no Brasil, destes terem se expandido justamente em conjunturas autoritárias e ditatoriais.

<sup>87</sup> Como também o PL nº 257/2016 que precariza o serviço público nos estados, e a PEC nº 241/2016 que limita os gastos públicos em 20 anos.

<sup>88</sup> Em decisão unânime, em 28 de setembro de 2017, a Primeira Turma do Superior Tribunal de Justiça (STJ) reconheceu a ilegalidade do procedimento conhecido como "alta programada". O recurso especial julgado foi interposto pelo INSS contra acórdão do Tribunal Regional Federal da 1ª Região (TRF1), que entendeu que a cessação do auxílio-doença deve ser obrigatoriamente precedida de perícia médica, em vez de ocorrer em data presumida pela autarquia como sendo a da reabilitação do segurado. Documento: 1635395 - Inteiro Teor do Acórdão - Site certificado - DJe: 13/11/2017. Disponível em: <[https://ww2.stj.jus.br/processo/revista/documento/mediado/?componente=ITA&sequencial=1635395&nu\\_m\\_registro=201601224519&data=20171113&formato=PDF](https://ww2.stj.jus.br/processo/revista/documento/mediado/?componente=ITA&sequencial=1635395&nu_m_registro=201601224519&data=20171113&formato=PDF)>. Acesso em 23 de novembro de 2017.

de término do benefício previdenciário, dispensando a realização de nova perícia; (3) a decisão do Conselho Nacional de Previdência Social de 17 de novembro de 2016 pela qual o INSS dispensa as empresas de comunicar os acidentes de trajeto e os acidentes de trabalho que não impliquem afastamento superior a 15 dias<sup>89</sup>. A medida tem impacto direto sobre o cálculo do Fator Acidentário Previdenciário (FAP) pois, diminuindo o número de notificações de acidentes, reduz-se também a contribuição empresarial ao FAP que hoje representa 1% a 3% da folha de pagamento<sup>90</sup> e; (4) A revisão dos benefícios pagos pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), previsto pela Medida Provisória nº 739 de 7 de julho de 16 que convoca desde a setembro de 2016, mais 530 mil trabalhadores que recebiam o auxílio-doença e 1,2 milhão de aposentados por invalidez com idade inferior a 60 anos para a revisão do benefício como medida de se passar um pente-fino nos benefícios concedidos aos segurados pelo instituto. O benefício seria cancelado automaticamente caso o segurado não comparecesse à convocação<sup>91</sup>.

Assim, o INSS cancelou 286.778 auxílios-doença em todo o país após quase 300 mil perícias de revisão feitas até abril de 2018<sup>92</sup>. O programa de revisão está em sua segunda etapa<sup>93</sup>. As perícias serão realizadas por cerca de 3.864 médicos peritos<sup>94</sup> os quais terão até setembro de 2018 como prazo para completa efetivação<sup>95</sup>.

Além disso, também está na pauta do dia a proposta de reforma da previdência, a partir da PEC 287/2016 que se baseia na famigerada tese sobre o "rombo da previdência",

---

<sup>89</sup> Como previsto na Súmula nº 282 do Tribunal Superior do Trabalho (TST) e o art. 60º §3º da Lei nº 9.876/1999.

<sup>90</sup> Renuncia o Estado à parcela da arrecadação, não se sabe com base em qual norma legal, beneficiando justamente o empregador faltoso que, à primeira vista, falhou em seu dever primário de evitar que o acidente laboral acontecesse (VARGAS, 2017, p. 281).

<sup>91</sup> A ausência de convocados levou ao cancelamento de 20.304 benefícios.

<sup>92</sup> O Instituto crê com a medida ter uma economia anual estimada em R\$ 3 bilhões. Esquecem-se como enfatiza Fagnani (2017, p. 109), que o suposto "rombo" de R\$91 bilhões (2015) poderia ter sido coberto com parte dos R\$202 bilhões arrecadados pela Contribuição Social para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS); dos R\$61 bilhões arrecadados pela Contribuição Social sobre o Lucro Líquido das Empresas (CSLL), e dos R\$53 bilhões arrecadados pelo PIS/PASEP. Ou então, pelos R\$63 bilhões capturados pela DRU e pelos R\$158 bilhões de desonerações e renúncias de receitas da Seguridade Social.

<sup>93</sup> "INSS convoca para perícia 152 mil beneficiários de auxílio-doença ou aposentadoria por invalidez".

Disponível em: <https://g1.globo.com/economia/noticia/inss-convoca-para-pericia-152-mil-beneficiarios-de-auxilio-doenca-ou-aposentadoria-por-invalidez.ghtml>. Acesso em 12 abr. 2018.

<sup>94</sup> O novo modelo prevê flexibilização do cumprimento da jornada de trabalho dos/das médicos(as) peritos(as) e aqueles/aquelas que aderirem ao novo modelo, terão de realizar quatro perícias diárias (em auxílios-doença e em aposentadorias por invalidez) e se colocar à disposição de mutirões quando o Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) julgar necessário. Para tanto, instituiu um Bônus Especial de Desempenho para o perito do INSS por perícia realizada (valor de R\$60,00) (PINHEIRO & GUEIROS, 2017, p. 320).

<sup>95</sup> "Governo estima fazer 1,2 milhão de perícias em benefícios pagos pelo INSS; 226 mil auxílios-doença já foram cortados". Disponível em: <<https://g1.globo.com/politica/noticia/governo-estima-fazer-12-milhao-de-pericias-em-beneficios-pagos-pelo-inss-226-mil-auxilios-doenca-ja-foram-cortados.ghtml>>. Acesso em: 16 jan. 2018.

tão bem já refutada por Gentil (2006). Se aprovada, trará enormes retrocessos ao campo da Saúde do Trabalhador, tal como foram as sanções da Lei nº 13.429 de 31 de março de 2017 ampliando a terceirização e da Lei nº 13.467 de 11 de novembro de 2017 da reforma trabalhista.

Esta última, ao legitimar a precarização das condições gerais do mercado de trabalho, bem como o trabalho intermitente e a ampliação da terceirização que ocasionam aumento da rotatividade nos postos de trabalho e os tipos de exposição a situações adversas, sejam elas relacionadas ao ambiente, à organização ou à gestão do trabalho, traz também maiores dificuldades de se estabelecer a relação entre condições de trabalho e adoecimentos, gerando uma grave consequência de se ampliar a subnotificação já existente das doenças relacionadas ao trabalho nos registros oficiais.

Biavaschi (2017, p. 193) aponta que, no caso da reforma trabalhista, há ainda inequívoco objetivo de atingir, além das normas de proteção social ao trabalho, o sistema de fiscalização e a Justiça do Trabalho, instituída que foi para concretizar um direito profundamente social. Assim por exemplo, coloca obstáculos ao direito constitucional de acesso ao Judiciário, no caso, à Justiça do Trabalho, vilipendiando tal instituição com o argumento de que esta estimularia a litigiosidade. Dessa forma, impõe aos trabalhadores, por meio de regras processuais, os ônus de honorários de advogados e peritos, multas, com o objetivo de desestimular as demandas. Ou seja, atinge fortemente o Direito e as instituições públicas que atuam no mundo do trabalho, bem como impacta diretamente nas condições do trabalho pericial, principalmente no que tange a precarização da remuneração tornando-a ainda mais flutuante e variável.

Quanto a reforma da previdência em curso, Fagnani (2017, p. 113) diz ser uma impropriedade inspirar a reforma brasileira em modelos de países igualitários devido ao abismo que separa os diferentes contextos históricos e as condições de vida existente entre no país e as nações dita avançadas. Por exemplo, o autor cita que estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2001) apontam que no Brasil a probabilidade de “vida sem saúde”, no caso dos homens (20,2%), era mais que o dobro verificado na Itália (9,2%) e que a “expectativa de vida saudável” em nosso país (64 anos) é quase 10 anos menor que no referido país europeu (73 anos). Como também atualmente as doenças crônicas respondem por mais de 70% das causas de mortes no Brasil, além do que, tais ocorrências geram incapacidade e limitações para o trabalho<sup>96</sup>. Para Iasi (2016), tanto a

---

<sup>96</sup> Comprova-se aqui a tese de Laurell (1982, p. 3-5) de que as sociedades que diferem em seu grau de desenvolvimento e organização social apresentam patologias coletivas diferentes e que, a análise das

reforma trabalhista quanto a da previdência servem apenas aos grandes interesses econômicos da elite nacional com gana pela privatização da última, e não à classe trabalhadora.

Por fim, recorreremos ao método histórico-dialético na confecção deste capítulo buscando proceder uma análise diacrônica e sincrônica sobre a gênese, desenvolvimento, fortalecimento e principalmente, consolidação do campo pericial no Brasil enquanto um campo de poder, lutas e tensões. Ou seja, enquanto um processo social e historicamente determinado, porém ainda em curso, em movimento constante de transformações no interior de suas contradições.

Com a atual fragilidade dos movimentos sindicais e sociais, aliada à postura pouco engajada da academia e o sucateamento crescente dos serviços públicos com o desenvolvimento de políticas reducionistas no que tangem direitos sociais conquistados historicamente pela classe trabalhadora, estabelece-se um cenário de enorme retrocesso no campo da Saúde do Trabalhador que nos dizeres de Lacaz (2007, p. 764) se faz urgente combater, de modo a se partir do resgate dos pressupostos do campo e da crítica aos reducionismos perpetrados pelo campo da Saúde Ocupacional, mesmo ainda notando a prevalência hegemônica de seu discurso no fazer pericial composto substancialmente pela classe médica em sua (quase) totalidade. Tal campo da Saúde Ocupacional, imbricado de ideologias conservadoras, contribui inclusive com os rumos políticos do país e cumpre o papel ao qual lhe foi demandado quando ainda de seu surgimento na sociedade brasileira: servir como apoio científico indispensável ao exercício do poder do Estado e de manutenção do *status quo* superestrutural da lógica do capital na esfera jurídico-sanitária.

---

condições coletivas de saúde em diferentes sociedades, no mesmo momento histórico, nos demonstra o caráter social da doença e nos permite um aprofundamento no entendimento sobre os determinantes sociais do perfil patológico de uma coletividade.

## CAPÍTULO 3. FORMAS PERICIAIS EM TRABALHO-SAÚDE

“O não-trabalhador faz contra o trabalhador tudo o que o trabalhador faz contra si mesmo, mas não faz contra si mesmo o que faz contra o trabalhador” (MARX, 2004, p. 90).

### *3.1. Os diferentes corpus: afinal, de que perícias estamos falando?*

Se o médico assistente e/ou o médico do trabalho que atuam no interior dos Serviços Especializados em Segurança e Medicina do Trabalho (SESMTs), de acordo com o art. 12 da Resolução CFM nº 2.015/2013 consistindo em infração ética expressa no art. 120 do Código de Ética Médica, Resolução CFM nº 1.246/1988, de uma empresa não podem também operar como médicos peritos judiciais, securitários, previdenciários nos casos em que envolvam a empresa contratante e/ou seus pacientes e ex-pacientes assistidos, seriam esses médicos, atuantes apenas como peritos relegando outras atuações em seus campos de especialização? Nos casos envolvendo seus pacientes ou ex-pacientes e/ou empresas as quais prestem ou já prestaram serviços, esse profissional abnega de seu fazer e repassa o caso a outro colega? Afinal, onde exercem seu fazer e como se ocupam da mesma?

Ao analisar o referido art. 12 da Resolução CFM nº 2.015/2013, Mendanha (2015, p. 142) chama a atenção de que a figura do "assistente técnico" foi excluída do texto e conclui, à luz da legislação vigente, incluindo o Código de Ética Médica e as normativas e recomendações recentes do CFM, que o Médico do Trabalho por exemplo, pode sim atuar como assistente técnico para empresa para qual presta/prestou serviços, valendo-se, para aceitação do encargo, apenas de seu arbítrio.

O autor também chama a atenção para a questão do "médico perito" ou do "perito médico" e, partindo de uma análise hermenêutica, entende que, o termo "perito" destaca o gênero do qual ser "médico" é uma espécie. Tal confusão é gerada no âmbito judicial por exemplo quando o CPC/15 prevê em seu art. 156 outras figuras profissionais a serem nomeados em juízo para a peritagem.

Veremos tal questão com mais calma após detalharmos as formas periciais nesse capítulo e de que forma, as interpretações do CPC/15 causam certo desconforto à classe médica.

Por vezes inclusive, tanto a literatura médica quanto as das ciências da saúde e jurídicas discorrem sobre a figura do perito que atuam na esfera trabalho-saúde sem elucidar em que instância exerce sua arte. Expande-se assim o horizonte da discussão sobre a quem (classe profissional) pertence o campo pericial como também contribui para ampliar a confusão.

Justamente porque na esfera trabalho-saúde, o perito pode estar inserido em diferentes contextos, mesmo que, ao nosso ver, tenha as mesmas finalidades em todas elas, quais sejam, evidenciar nexos causais entre o adoecimento e o trabalho e/ou atestar para a capacidade/incapacidade de realização deste trabalho, ratificando que determinado adoecimento provocou ou não um dano ao trabalhador ou a trabalhadora e qual o grau deste em seu modo natural de pensar, agir e sentir a vida. Contudo, nos diferentes contextos em que está inserido, terá formas, instrumentos, condições e processos diferentes para realizar sua atividade.

O fazer pericial pode estar presente nas seguintes modalidades de trabalho na esfera trabalho-saúde, as quais serão, a princípio, apenas conceituadas e, posteriormente, abordadas separadamente em seus respectivos subcapítulos adiante: a) Perícias Administrativas; b) Perícias Securitárias; c) Perícias Previdenciárias; d) Perícias Judiciais e; e) Perícias no Ministério Público do Trabalho.

Mesmo com esferas de atuação bem delimitadas, há momentos em que as perícias se inter cruzam. Por exemplo, Vasconcellos (2011, p. 403) nos lembra que o direito previdenciário surge como resposta às necessidades de reparação ao dano à saúde provocado pelo trabalho, especialmente pelo fato de que as regras de preservação da saúde não eram capazes de impedir os danos. Consolida-se desse modo, um conjunto de preceitos normativos protetores (direito trabalhista) e um outro conjunto com um sentido reparador da força de trabalho (direito previdenciário), que pouco a pouco foram se legitimando no contexto político e jurídico-sanitário em nosso país.

Desse modo, as perícias judiciais devem referir-se às normas protetoras ao passo que as perícias previdenciárias atuam num sentido reparador pecuniário da força de trabalho. No entanto, como direito trabalhista e direito previdenciário fazem parte dos Direitos Sociais garantidos pela Constituição Federal de 1988, no art. 7º da Carta Magna os direitos do trabalho entrelaçam-se com os direitos previdenciários por exemplo, de forma que o direito do trabalho tem por vezes garantido o retorno do trabalhador em função compatível, após a cessação dos benefícios previdenciários do mesmo.

Ou então, ao ter seu benefício negado em perícia previdenciária, o trabalhador e a trabalhadora podem recorrer à Justiça Federal que pode encaminhar o caso por exemplo às Varas de Acidentes do Trabalho<sup>97</sup> vinculadas aos Tribunais de Justiça federais e, por vezes, estaduais (como o caso de SP). Quando não conseguirem arcar com as despesas de uma ação judicial, o trabalhador e a trabalhadora podem recorrer também à Defensoria Pública da União (DPU).

Nos casos em que o Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário (NTEP)<sup>98</sup> evidenciar o nexo causal entre o adoecimento do trabalhador à suas respectivas atividades, por ser o reconhecimento, um nexo presuntivo, porém baseado em dados epidemiológicos, o NTEP possibilita igualmente às empresas contestarem o benefício acidentário concedido também junto à Justiça Federal bem como solicitar recurso ao próprio INSS na Junta de Recursos da Previdência Social (JRPS). Lembrando que o benefício acidentário, o chamado B91, diferente do benefício previdenciário (B31) implica em maior dispêndio financeiro ao empregador via aumento de sua alíquota de contribuição do Fator Acidentário Previdenciário (FAP), além da constância de recolhimento do FGTS para o trabalhador e garantia ao mesmo de estabilidade por um ano, após o retorno ao trabalho.

Outro órgão público administrativo destinado à realização de perícias médicas no âmbito judicial é o Instituto de Medicina Social e de Criminologia de São Paulo (IMESC)<sup>99</sup> que se vincula à Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania do Governo do Estado de São Paulo e possui um Centro de Perícias em sua Divisão Técnica de Saúde do Departamento de Estudos e Perícias também podendo assessorar, além da Justiça Estadual, também a Justiça Cível Federal.

---

<sup>97</sup> As Varas de Acidentes do Trabalho na cidade de São Paulo possuem a Divisão de Perícias Acidentárias da Capital que contam com cerca de quarenta médicos credenciados e vinte clínicas para a realização de exames complementares, como radiografias, ultrassonografias, ressonâncias, etc., porém em seu efetivo possuem apenas cinco funcionários no setor e sete salas para realização das perícias médicas.

<sup>98</sup> O NTEP, incorporado desde 2007 ao Sistema de Administração de Benefícios por Incapacidade (SABI), sistema informatizado que guia o procedimento médico pericial no âmbito do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), possui procedimentos e rotinas detalhados na Instrução Normativa nº 31 INSS/PRES, de 10 de setembro de 2008 e já faz parte da rotina do médico perito na esfera previdenciária. Contudo, diversos autores como Lima (2005), Jacques (2007), Dallegrave Neto (2007) e Bastos (2012) vêm corroborando a hipótese da gradativa (porém ainda escassa) utilização do NTEP também no âmbito da Justiça do Trabalho. Silva Júnior (2012, p. 133) inclusive aponta que boa parcela da jurisprudência tem determinado a aplicação da presunção oriunda do nexo técnico epidemiológico em Juízo. Veremos tal item adiante nesse trabalho.

<sup>99</sup> Instituído pelo Decreto-lei nº 237, de 30 de abril de 1970, sob a denominação Instituto Oscar Freire (I.O.F) e, seis anos depois, em 1976, por força do Decreto nº 8.390, de 20 de agosto de 1976, tem sua denominação alterada de Autarquia “Instituto Oscar Freire” para “Instituto de Medicina Social e de Criminologia de São Paulo”.

As solicitações para realização de perícias no IMESC<sup>100</sup> são provenientes do Poder Judiciário em ações cíveis<sup>101</sup>, mediante ofício emitido pelo juiz, encaminhadas às diferentes áreas do Centro de Perícias, de acordo com suas especificidades e destinadas ao cidadão e cidadã que não podem arcar com os honorários periciais.

O IMESC<sup>102</sup> advoga para si o atendimento à população, principalmente realizando perícias em casos de violência sexual, abortos e defloramentos. Inclui à suas atividades a pesquisa científica promovendo a formação e o treinamento de pessoal especializado, mediante a realização de cursos e congressos nos ramos da Medicina Legal, da Medicina Social, da Medicina do Trabalho, da Criminologia, da Criminalística, da Identificação, da História da Medicina e da Ética Profissional. Também realiza perícias administrativas, exames de personalidade e de capacidade profissional, requisitados pelos órgãos públicos ou magistrados.

Toda situação em que ocorra um dano à pessoa, quer seja físico (com repercussão morfológica ou funcional) ou psíquico, e existindo a necessidade do estabelecimento da causa do dano, de sua quantificação, do custo de reparação, entre outros, há a necessidade da discussão de tais dados por especialistas, tais como médico perito nas instâncias do IMESC. Diversas são as ações que comportam tais discussões, com a necessidade da participação do médico perito em suas dependências, tais como, as ações de indenização para reparação de danos advindos de acidente do trabalho.

Das 1.131 perícias médicas cíveis na área clínica realizadas no referido Instituto por um mesmo perito no período de abril de 2009 a novembro de 2012 analisadas por Wild (2013), demonstram que: 345 perícias foram do tipo interdição; 283 do tipo securitárias, sendo a maioria de cobrança de seguro DPVAT (Seguro de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres); 192 foram do tipo indenizatórias, abrangendo temas diversos, dentre eles: lesão corporal, aquisição de

---

<sup>100</sup> Em 29 de maio de 2017 é sancionada a Lei nº 16.428 que cria o Fundo Especial de Custeio de Perícias – FEP que tem como objetivo promover o custeio de perícias e avaliações médico-legais, psiquiátricas e de investigações de vínculo genético por meio de identificação de polimorfismos de DNA “inter vivos” e “post mortem”, em processos da competência da Justiça Comum Estadual de SP envolvendo partes beneficiárias da justiça gratuita.

<sup>101</sup> Em seu âmbito são realizadas perícias médicas em trabalho-saúde de casos de acidentes do trabalho, contudo, se dá somente na esfera cível com fins pecuniários à requisição de benefícios por incapacidade por exemplo, não abarcando a Justiça do Trabalho. Adiante nesse trabalho procederemos numa breve análise sobre as diferenças por nós encontradas no trabalho pericial judicial dos profissionais dito “liberais” e dos concursados tais como no caso do IMESC.

<sup>102</sup> Tal Centro subdivide-se em núcleos de atuação, quais sejam: Perícias Clínicas, Perícias Psiquiátricas, Perícias Laboratoriais, Coleta e Controle de Qualidade e Controle de Perícias. Por exemplo, respostas a quesitos, intimação de peritos e cobranças de laudos referentes às perícias clínicas e psiquiátricas seguem, do Protocolo do instituto, para o Núcleo de Perícias Clínicas ou Psiquiátricas, respectivamente.

doença infectocontagiosas e outras, requisição de pagamento de salário devido a doença e isenção de imposto de renda devido doença grave, entre outras; 175 do tipo erro médico, tendo que ser analisados os atendimentos de todos os profissionais de saúde envolvidos; 59 perícias foram previdenciárias, seja para requisição de aposentadoria e/ou de benefícios; 32 perícias foram do tipo obrigação de fazerem requisitando do estado tratamento medicamentoso para diversas doenças e; 45 incluíram avaliação de idade, mudança de sexo na identidade e exclusão de pensão alimentícia por capacidade laboral<sup>103104</sup>.

*Ipsis litteris*, nosso objetivo ao longo desse capítulo é apresentar e analisar os diferentes *corpus* periciais que encontramos dentro da esfera trabalho-saúde delimitando e entrecruzando atuações de cada espaço num movimento dialético de nossa análise. Assim, nos caberá expor as atuações do(a) profissional perito(a) intracampos como também o momento em que, na *hybris* entre as áreas, surgem outras figuras periciais, bem como o(a) próprio(a) perito(a) pode atuar em mais de uma das instâncias apresentadas concomitantemente.

Em termos metodológicos, ancorados em pressupostos materialistas-históricos, partiremos da fase mais desenvolvida de cada objeto investigado para então analisar sua gênese e, depois da análise dessa gênese, retornar ao ponto de partida, isto é, à fase mais evoluída, agora compreendida de forma ainda mais concreta, iluminada pela análise histórica. Sendo assim, manteremos em nosso horizonte de análise a célebre afirmação de Marx (2011, p. 84) quando esse nos diz que "a anatomia do ser humano é uma chave para a anatomia do macaco".

Desse modo, temos que tal análise, apoiada na dialética entre o lógico e o histórico, só se realizará de forma verdadeiramente esclarecedora do objeto investigado se for apoiada numa perspectiva crítica, isto é, se for realizada a crítica daquilo que esteja sendo tomado como a forma mais desenvolvida. Duarte (2000, p. 111) nos diz que se não houver essa perspectiva crítica, a análise histórica torna-se um recurso de legitimação da situação atual, deixando de ser uma forma de compreender melhor as possibilidades de transformação do sistema vigente.

---

<sup>103</sup> Em seu estudo, como não é seu foco, a autora que inclusive é médica perita do IMESC, não entra no mérito da questão do nexo de causalidade entre todos os agravos destacados nos laudos periciais encontrados e o trabalho exercido pelos(as) periciados(as).

<sup>104</sup> A autora também não esclarece os métodos periciais empregados nas perícias encontradas inclusive citando que, em 70 delas (6%), houve necessidade de avaliação de outros especialistas da saúde. E em 3 delas, o perito encontrava-se impedido de realizar as perícias que fora designado devido a ter relações trabalhistas com uma das partes.

Assim, caber-nos-á apresentar as diferentes formas pericias em trabalho-saúde<sup>105</sup> como dissemos. Entretanto, nosso recorte epistemológico irá focar nas formas por nós consideradas "mais avançadas" ou mais desenvolvidas do fazer pericial em trabalho-saúde e que de certa forma perpassam as demais, quais sejam, as perícias de cunho previdenciários e as da esfera jurídico-trabalhista.

A partir então destes modelos superiores e complexos que estruturam todo um campo pericial específico em seus âmbitos, depreenderemos uma análise na qual visa-se a obtenção da chave da compreensão dos demais modelos aqui ilustrados. Nesse intenso movimento dialético de efetiva análise diacrônica e sincrônica dos campos periciais especificados também conseguiremos absorver de que forma eles, bem como os demais, aproximam-se e distanciam-se dos pressupostos do campo da Saúde do Trabalhador e, portanto, de qual visão e conceito ideológico de saúde ancoram seus entendimentos durante os atos periciais em si, baseando assim, suas convicções, práticas e consequentes influências no desenvolvimento perene do campo tal como o encontramos no universo do real.

Ou seja, a partir de uma análise histórica crítica, sempre contrapondo o ideal e o material, o prescrito e o real, o que encontramos na literatura e o que nos dizem os atores sociais, bem como nossa imersão nos campos destacados, objetivar-se a elucidação do panorama atual das perícias trabalho-saúde em nosso país, de modo a compreendermos sua gênese e estruturação durante todo um processo social e histórico, para daí especificarmos seus limites e enxergarmos suas possibilidades de transformação dentro do possível real.

### *3.2 Perícias Administrativas: objetos e processos próprios*

No Brasil, aqueles/aquelas que possuem um vínculo empregatício com o Poder Público, regido pelo Estatuto dos Funcionários Públicos, os chamados estatutários, submetem-se às regras estabelecidas pela Administração Pública e não são chamados de

---

<sup>105</sup> Enunciamos como 'formas pericias em trabalho-saúde' por se tratar de métodos de se efetuar as pericias que não necessariamente ancoram-se nos postulados teórico-metodológicos do campo da Saúde do Trabalhador, mesmo sendo realizadas processualmente no interior deste.

empregados, mas de servidores. No sentido pleno do termo, seriam representantes do Estado em relação à população e a ela servem.

Portanto, em nosso país, os dois maiores sistemas previdenciários existentes atendem a diferentes tipos de trabalhadores: o RGPS - Regime Geral de Previdência Social assiste aos trabalhadores do setor privado da economia, ou seja, os trabalhadores regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), como se designa o conjunto de leis que regem as relações entre o capital e o trabalho do país; e o RPPS - Regime Próprio de Previdência Social que abarca o Regime de Previdência dos Servidores Públicos que atende aos trabalhadores que servem às instituições administrativas de todas as esferas do governo brasileiro, o qual é regido por um estatuto como dissemos, e que fixa todos os deveres, direitos e condições para o exercício de um cargo no aparelho do Estado<sup>106</sup>.

Há em nosso país, diversas esferas federativas, o que nos faz ter realidades periciais em trabalho-saúde diferentes nos níveis Estaduais, Municipais e Federais. Contudo, os atos médicos periciais nos órgãos públicos, a saber, União, Estado ou Município, possuem em comum serem regulamentados na forma de leis e decretos e visam atendimento de Servidores regidos pelos já mencionados Estatuto dos Funcionários Públicos e/ou pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

Por hora iremos nos ater às formas encontradas no servidorismo público federal<sup>107</sup>, um segmento voltado à determinação da capacidade ou incapacidade<sup>108</sup> laborativa dos

---

<sup>106</sup> Essas duas instituições, entretanto, não assistem a 48,73% (IPEA, 2014) do total da população ocupada, visto que essa parcela se encontra no mercado informal, sem registro em carteira e direitos previdenciários assegurados.

<sup>107</sup> Como já citado no capítulo anterior, em 1989 a associação médica criada no Departamento de Perícias Médicas do Estado de São Paulo (DPME), órgão responsável por realizar as perícias administrativas dos funcionários públicos estaduais paulistas é inclusive o embrião para a fundação da Sociedade Brasileira de Perícias Médicas (SBPM). Contudo, não iremos detalhar sua atuação aqui, focando-nos somente na forma pericial administrativa em trabalho-saúde encontrada no interior da esfera pública federal.

<sup>108</sup> No Manual de Perícia Oficial do Servidor Público Federal (BRASIL, 2017, p. 132-133), Incapacidade Laborativa é entendida como a impossibilidade de desempenhar as atribuições definidas para os cargos, funções ou empregos, provocada por alterações patológicas decorrentes de doenças ou acidentes. A avaliação da incapacidade considera o agravamento da doença, bem como o risco à vida do servidor ou de terceiros, que a continuação do trabalho possa acarretar. O conceito de incapacidade compreende então em sua análise os seguintes parâmetros: o grau e a duração da incapacidade e a abrangência da tarefa desempenhada. (1) quanto ao grau, a incapacidade laborativa pode ser parcial ou total: (a) considera-se como parcial o grau de incapacidade que limita o desempenho das atribuições do cargo, sem risco de morte ou de agravamento, embora não permita atingir a média de rendimento alcançada em condições normais; (b) considera-se como incapacidade total a que gera impossibilidade de desempenhar as atribuições do cargo, função ou emprego. (2) quanto à duração, a incapacidade laborativa pode ser temporária ou permanente: (a) considera-se temporária a incapacidade para a qual se pode esperar recuperação dentro de prazo previsível; (b) considera-se permanente a incapacidade insuscetível de recuperação com os recursos da terapêutica, readaptação e reabilitação disponíveis à época da avaliação pericial. (3) quanto ao comprometimento do desempenho das atividades do cargo, a incapacidade laborativa pode ser classificada como: (a) restrita: permite ao servidor desempenhar acima de 70% das suas atividades. Indicação: restrição de atividade. O impedimento alcança apenas uma atividade; (b) moderada: permite ao servidor o

trabalhadores e dependentes, com vistas a instrumentalizar processos e atos de cunho administrativo, principalmente relacionado à concessão de benefícios, auxílios ou licenças por adoecimento. São englobados procedimentos para concessão de licenças e benefícios para tratamento de saúde, além de aposentadorias por invalidez<sup>109</sup>, encaminhamento e participação em processos de readaptação/reabilitação profissional<sup>110</sup>, a caracterização denexo técnico, quantificação da incapacitação e avaliação de sequelas por acidentes do trabalho e doenças relacionadas ao trabalho<sup>111</sup>, e outros correlatos.

Os principais procedimentos da Perícia Médica Administrativa no âmbito público federal, diz respeito à admissão/demissão, relacionados aos exames ocupacionais periódicos; diversas formas de licenças, como as vinculadas à saúde, gestante, cuidar de pessoa da família, readaptação, acidentes do trabalho, aposentadoria por Invalidez, isenção previdenciária e imposto de renda.

Araújo (2009, p. 87) destaca algumas legislações que envolvem esse fazer médico-pericial em âmbito administrativo público ou privado:

#### I - Legislação Trabalhista

Lei 6.514/77 - altera o título II da CLT e trata da higiene, medicina e segurança do trabalho; entre as diversas providências adotadas, institui a obrigatoriedade dos exames pré-admissionais, periódicos e demissionais, instrumentos de

---

impedimento abrange diversas atividades profissionais; (c) total: implica na impossibilidade do desempenho de toda e qualquer atividade laborativa. O referido Manual ressalta que a presença de uma doença, por si só, não significa a existência de incapacidade laborativa, importando na análise do(a) perito(a) oficial em saúde, a repercussão dessa doença no desempenho das atribuições do cargo.

<sup>109</sup> Ao passo que a invalidez do servidor (p. 133-134) é entendida pelo mesmo Manual como a incapacidade permanente e total do mesmo para o desempenho das atribuições do cargo, função ou emprego. Considera também invalidez quando o desempenho das atividades acarreta risco à vida do servidor ou de terceiros, o agravamento da sua doença, ou quando a produtividade do servidor não atender ao mínimo exigido para as atribuições do cargo, função ou emprego. Para fins dos benefícios previstos na Lei nº 8112/90, o referido manual considera inválido o familiar, o dependente ou a pessoa designada quando for constatada, por perícia oficial, a incapacidade destes em prover seu próprio sustento, em consequência de doença ou lesão.

<sup>110</sup> “Readaptação” é entendida pelo Manual de Perícia Oficial do Servidor Público Federal (BRASIL, 2017, p. 135) como a investidura do servidor em cargo de atribuições e responsabilidades compatíveis com a limitação que tenha sofrido em sua capacidade laborativa física ou mental, constatada por avaliação pericial. Ao passo que a “Reabilitação Profissional” é conceituada enquanto um processo de duração limitada, com objetivo definido, destinado a recuperar pessoa com incapacidade adquirida para alcançar níveis físicos, mentais e funcionais que possibilitem o seu retorno ao trabalho.

<sup>111</sup> Igualmente são considerados pelo referido Manual (BRASIL, 2017, p. 129), acidentes de trabalho os que ocorrem com os empregados públicos, os ocupantes de cargo comissionado sem vínculo efetivo e os contratados temporariamente, ou seja, os segurados do Regime Geral de Previdência Social - RGPS. E compreende “Doença Relacionada ao Trabalho” (p. 132) como consistindo na doença em que a atividade laboral é fator de risco desencadeante, contributivo ou agravante de um distúrbio latente ou de uma doença preestabelecida. No âmbito da Administração Pública Federal, a doença relacionada ao trabalho é caracterizada quando, diagnosticado o agravo, for possível estabelecer uma relação com a atividade laboral, tal como as doenças endêmicas contraídas no exercício do trabalho, que também serão caracterizadas como doenças relacionadas ao trabalho.

monitoração do trabalhador. Estas avaliações médicas visam, sobretudo, a identificar o nexo de causalidade entre os agravos à saúde e o exercício da atividade ou ocupação. Portaria MTE nº. 3.214/78 - e as Normas Regulamentadoras (NR).

## II - Legislação do Regime Jurídico do Servidor Público Federal

Lei 8.112/90 - Regime Jurídico Único (artigos transcritos ao tratarmos do atestado médico para abono de faltas ao trabalho).

Lei 7.923/89 e Lei 8.270/91 - tratam, entre outras questões, da concessão dos adicionais de insalubridade e periculosidade, que depende de laudo pericial.

## III - Legislação Fiscal

Lei 8.541/92 - trata do Imposto de Renda da Pessoa Jurídica e Pessoa Física, aí incluído o dispositivo (inciso XIV, art. 6º. da Lei 7.713/88 e art. 47 da Lei 8.541/92) que isenta do pagamento de Imposto de Renda os proventos de aposentadoria de pessoas portadoras de sequelas de acidentes do trabalho ou de doença constante da relação contida no referido inciso, desde que comprovada em exame médico-pericial especializado. Existem, ainda, miríades de instrumentos legais, a nível estadual ou municipal, cuja aplicação implica em avaliação médico-pericial. Ao tratarmos do atestado médico para abono de faltas ao trabalho, transcrevemos os dispositivos de leis ora citados, a título de esclarecimento sobre as decisões a serem adotadas pelo médico perito. [grifo no original]

Os Serviços de Perícias Médicas Oficiais possuem como responsável técnico profissional médico administrativamente subordinado ao Ministro, Secretário de Estado ou Secretário Municipal e os demais profissionais que atuam no setor com este, estão subordinados, técnica e administrativamente, a este responsável técnico. De acordo com Motta (2014, p. 233), toda essa equipe desenvolve as seguintes atividades:

I - Exames médicos-periciais;

II - Emissão de pareceres periciais médicos para instrução de procedimentos de sindicância ou de processos administrativos disciplinares;

III - Representação como assistentes técnicos (peritos) em questões periciais médicas, no âmbito da Justiça Civil, Trabalhista ou outras formas em que for pertinente sua atuação, em apoio aos Procuradores Jurídicos;

IV - Elaboração e proposição de atos e normas que regulem o funcionamento do Serviço de Perícias ou a implantação de novas normas técnicas ou métodos, com vistas à eficiência e racionalização das atividades do setor.

O resultado de efeito e não do conteúdo das perícias realizadas no âmbito administrativo público são comumente publicitadas no Diário Oficial ou outra forma pertinente de transparência pública de dados. No caso de o servidor ter se submetido a exame pericial médico, somente o resultado da perícia é comunicado no ato através do documento intitulado "*laudo pericial médico - avaliação de incapacidade*" e, enquanto documento administrativo, o exame pericial expede o Laudo de Avaliação de

Invalidez/Readaptação (LAIR) cuja síntese é comunicada aos agentes públicos preservado o sigilo médico na relação com o trabalhador e trabalhadora.

As perícias administrativas na esfera federal alçam outro patamar quando em 2009 foi criado o Departamento de Saúde, Previdência e Benefícios do Servidor da Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Um dos desafios foi o de superar as distorções de direitos existentes entre os diversos órgãos do SIPEC - Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal e implementar uma política de atenção à saúde baseada na equidade e na universalidade de garantias fundamentais.

A Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal (PASS) foi sendo construída de forma coletiva, por meio de encontros, oficinas e reuniões com as áreas de recursos humanos, os técnicos de saúde e entidades sindicais, com o propósito de compartilhar experiências, dificuldades e projetos, assim construindo uma política transversal, de implantação descentralizada e coletiva, com os diferentes órgãos da Administração Pública Federal.

O projeto para construção do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal (SIASS) – integrante do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal (SIPEC) – previa que o Ministério do Planejamento fizesse a intermediação de convênios para organização de uma rede com unidades hierarquizadas, viabilizando sua operacionalização para atendimento em todo o território nacional. Com isso, avançou-se em um modelo de avaliação da capacidade laborativa que visou transcender o aspecto da legalidade e do controle, pois buscava-se aproximar a perícia da realidade e do cenário do mundo do trabalho no qual vive o servidor público federal.

O conceito de perícia em saúde elimina as avaliações centradas unicamente no ato médico e abriu espaço para o entendimento das diversas faces que compõem a avaliação pericial. O processo de atenção à saúde do servidor público federal é então fundamentado na relação do Perito Oficial em Saúde com a Equipe Multiprofissional de Suporta à Perícia permitindo a participação de profissionais de diferentes áreas do conhecimento, formação e experiência profissional, a fim de qualificar a intervenção em função da complexidade da relação trabalho-saúde.

A metodologia de trabalho adotada incluiu a organização de encontros a nível nacional, com oficinas temáticas sobre a saúde do trabalhador, o que se constituiu não apenas como uma oportunidade de construir coletivamente o novo modelo, como também, como um espaço de difusão das informações e de diálogo. Além disso, a divulgação do trabalho que os grupos já organizados nos Estados vinham realizando não

só incentivou outros grupos e unidades da federação a se engajarem no processo, como também promoveu uma reflexão sobre trabalho-saúde, que muito contribui para o processo.

O modelo de gestão em rede tem como objetivo garantir mecanismos de controle, resolução de conflitos e tomada de decisão, necessários para dar o caráter de eficiência e efetividade a esta área de Atenção à Saúde do Servidor, contribuindo para a promoção social e para uma política de cidadania. Junqueira (2000) nos diz que o modelo de rede se constitui como um desenho facilitador de desenvolvimento social importante no movimento de transformação do nível de saúde, tanto coletiva, quanto individual. Só através dele será possível atender as ações de saúde do servidor com resolutividade, integralidade e equidade.

Elaborado à luz das diretrizes da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSSTT), o projeto estabelece como princípios fundamentais: (1) a gestão das informações epidemiológicas, de modo a conhecer o perfil de morbidade e mortalidade do(a) servidor(a), especialmente aquele relacionado ao trabalho; (2) a vigilância dos ambientes e processos de trabalho, de modo a conhecer as determinações primordiais dos problemas de saúde; (3) a assistência requerida para viabilizar a melhor solução para os agravos que não puderem ser, até então, evitados e; (4) a qualificação da perícia necessária para a resolução dos problemas decorrentes de um equacionamento ainda tateante em matéria de verdadeira promoção da saúde e prevenção dos danos. Essas abordagens devem ser interarticuladas, de modo interdisciplinar e intersetorial, melhor qualificando seu reconhecimento e a sua resolutividade (MPOG-SIASS, 2012).

Quanto aos procedimentos periciais no SIASS, o Manual de Perícia Oficial em Saúde do Servidor Público Federal (BRASIL, 2017) diz que a perícia deve estar integrada a outras ações que visem à recuperação da saúde do(a) servidor(a) e o seu retorno ao trabalho e que as unidades e serviços de atenção à saúde do(a) servidor(a) manterão arquivados em pastas individuais os documentos, impressos em papel, relativos aos antecedentes periciais dos(as) servidores(as) (prontuário pericial), anteriores à implantação do Sistema Informatizado Siape Saúde.

O acompanhamento do processo de institucionalização do SIASS mostra que há um avanço em relação à consolidação do novo modelo, mas a participação das associações e sindicatos ainda está se dando de forma retraída em relação à proposta de que o mesmo atue como protagonista na condução do processo de gestão, acompanhamento e controle social de sua saúde. No caso da PNSSTT e da PASS, para

que possa ser feita uma análise do processo de implementação, será necessário acompanhar como vão se estruturar os apoios, os recursos alocados para este fim, a disposição dos trabalhadores em participar, sua mobilização social e a abertura institucional para estruturação de um modelo organizacional democrático e flexível que possibilite a efetivação dos princípios que as orientam.

Entretanto, Fonseca, Tolfo & Martins (2015, p. 150-151) destacam que nem tudo são flores ao tratarem dos traços culturais predominantes nas organizações públicas brasileiras, que são aquelas às quais atendem Unidades SIASS, em que se constata diversas características que atestam a predominância do conservadorismo. Ao excesso de burocracia, demonstrado pelo controle excessivo de procedimentos, o engessamento da administração e o distanciamento das demandas de serviços e produtos do país e do usuário, somam-se o autoritarismo concretizado em estruturas hierárquicas demasiadamente verticalizadas e a centralização nas decisões, bem como a descontinuidade administrativa devida a interrupção de projetos e de políticas com resultados efetivos em prol de reformismos identificados com as novas gestões.

### *3.3 Perícias Securitárias: da Medicina do Seguro às Previdências Privadas*

A previdência privada brasileira é inaugurada em 10 de janeiro de 1835 com a criação do Montepio Geral de Economia dos Servidores do Estado (MONGERAL)<sup>112</sup> proposto pelo então Ministro da Justiça, Barão de Sepetiba, que, pela primeira vez, oferecia planos com características de facultatividade e mutualismo<sup>113</sup>.

O Decreto nº 4.270, de 10 de dezembro de 1901, e seu regulamento anexo, conhecido como "Regulamento Murtinho", regulamentaram o funcionamento das companhias de seguros de vida, marítimos e terrestres, nacionais e estrangeiras, já existentes ou que viessem a se organizar no território nacional. Além de estender as

---

<sup>112</sup> Montepios são instituições em que, mediante o pagamento de cotas cada membro adquire o direito de, por morte, deixar pensão pagável a alguém de sua escolha. São essas as manifestações mais antigas de previdência social.

<sup>113</sup> Conforme exposto em nossa digressão histórica no capítulo 2 deste estudo, a Previdência Social só viria a ser instituída através da Lei nº 4.682 (Lei Elói Chaves), de 24 de janeiro 1923. Vê-se que os interesses privados no Brasil são historicamente anteriores aos interesses públicos.

normas de fiscalização a todas as seguradoras que operavam no País, o Regulamento Murtinho criou a Superintendência Geral de Seguros, subordinada diretamente ao Ministério da Fazenda.

Com a criação da referida Superintendência, foram concentradas, numa única repartição especializada, todas as questões atinentes à fiscalização de seguros, antes distribuídas entre diferentes órgãos. Sua jurisdição alcançava todo o território nacional e, de sua competência, constavam as fiscalizações preventiva, exercida por ocasião do exame da documentação da sociedade que requeria autorização para funcionar, e repressiva, sob a forma de inspeção direta, periódica, das sociedades. Posteriormente, em 12 de dezembro de 1906, através do Decreto n° 5.072, a Superintendência Geral de Seguros foi substituída por uma Inspeção de Seguros, também subordinada ao Ministério da Fazenda.

Em 1° de janeiro de 1916, ao ser sancionada a Lei n° 3.071, que promulgou o Código Civil Brasileiro, com um capítulo específico dedicado ao "contrato de seguro", os preceitos formulados passaram a compor, em conjunto, o que se chama Direito Privado do Seguro. Tais preceitos fixaram os princípios essenciais do contrato e disciplinaram os direitos e obrigações das partes, de modo a evitar e dirimir conflitos entre os interessados. Foram esses princípios fundamentais que garantiram o desenvolvimento da instituição do seguro no Brasil.

Em 28 de junho de 1933, o Decreto n° 22.865 transferiu a chamada Inspeção de Seguros do Ministério da Fazenda para o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio. No ano seguinte, através do Decreto n° 24.782, de 14 de julho de 1934, foi extinta a Inspeção de Seguros e criado o Departamento Nacional de Seguros Privados e Capitalização (DNSPC), também subordinado ao mesmo Ministério.

Com a promulgação da Constituição de 1937 no chamado Estado Novo, foi estabelecido o "Princípio de Nacionalização do Seguro", já preconizado na Constituição de 1934. Em consequência, foi promulgado o Decreto n° 5.901, de 20 de junho de 1940, criando os seguros obrigatórios para comerciantes, industriais e concessionários de serviços públicos, pessoas físicas ou jurídicas, contra os riscos de incêndios e transportes (ferroviário, rodoviário, aéreo, marítimo, fluvial ou lacustre), nas condições estabelecidas no mencionado regulamento<sup>114</sup>. Nesse mesmo período foi criado também, em 1939, o

---

<sup>114</sup> Matos (2016, p. 45) nos diz que nem todos os trabalhadores foram incluídos nos interesses e preocupações de governo no período Vargas e receberam proteção do Estado. Esta "distribuição seletiva" de direitos trabalhistas se refletiu no próprio desenvolvimento dos Institutos de Aposentadorias e Pensões

Instituto de Resseguros do Brasil (IRB), através do Decreto-lei nº 1.186, de 3 de abril de 1939.

Ao longo da evolução do sistema previdenciário complementar brasileiro<sup>115</sup> Leite (2010, p. 203) observa transformações significativas, especialmente na alteração do caráter dos fundos abertos de previdência, de iminentemente previdenciários para uma natureza mais voltada à lógica dos seguros privados. O autor discorre que, ao ser retirada a função de regulamentação e fiscalização das entidades abertas de previdência privada do Ministério da Previdência a partir do Art. 74 da LC n. 109/2001, estas passaram a ser reconhecidas como atividades comerciais e, portanto, tratadas como entidades de natureza essencialmente financeira, sendo regulamentadas e fiscalizadas pelo Ministério da Fazenda, por intermédio do Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP)<sup>116</sup> e da Superintendência de Seguros Privados (SUSEP).

As Normas Regulatórias da Perícia Securitária trazem diversas Portarias e Circulares que são determinadas pela SUSEP. Dentre os diversos artigos da legislação que rege a mesma, nos ateremos à Resoluções nº 117/2005 e nº 302/2005, que possuem itens que nos interessam diretamente. Quais sejam:

Resolução nº 117/2005

**Art. 5.** Considerar-se-ão, para efeitos desta Resolução, os conceitos abaixo:

I - acidente pessoal: o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si

---

(IAPs) que começaram a ser organizados logo no início da década de 1930, com a criação do Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Marítimos (IAPM), em 1933, sucedido pelo dos comerciários (IAPC), bancários (IAPB), Transportadores de Cargas (IAPTC), Industriários (IAPI) e do Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado (IPASE). A autora chama a atenção de que estas categorias de profissionais que passaram a contar com Institutos próprios, representam as categorias que politicamente possuíam maior representatividade em termos sindicais e ocupavam setores estratégicos da economia do país. Estes profissionais, em diálogo com o Estado através de seus sindicatos, passaram a ter acesso diferenciado aos benefícios.

<sup>115</sup> Têm-se na breve contextualização histórica apresentada nesse item sobre a securitização do risco, a origem do modo predatório de exploração da força de trabalho no capitalismo brasileiro.

<sup>116</sup> Em 1966, através do Decreto-lei nº 73, de 21 de novembro de 1966, foram reguladas todas as operações de seguros e resseguros e instituído o Sistema Nacional de Seguros Privados, constituído pelo Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP); Superintendência de Seguros Privados (SUSEP); Instituto de Resseguros do Brasil (IRB); sociedades autorizadas a operar em seguros privados; e corretores habilitados. O Departamento Nacional de Seguros Privados e Capitalização (DNSPC) foi substituído pela Superintendência de Seguros Privados (SUSEP), entidade autárquica, dotada de personalidade jurídica de Direito Público, com autonomia administrativa e financeira, jurisdicionada ao Ministério da Indústria e do Comércio até 1979, quando passou a estar vinculada ao Ministério da Fazenda. Em 28 de fevereiro de 1967, o Decreto nº 22.456/33, que regulamentava as operações das sociedades de capitalização, foi revogado pelo Decreto-Lei nº 261, passando a atividade de capitalização a subordinar-se, também, a numerosos dispositivos do Decreto-lei nº 73/66. Adicionalmente, foi instituído o Sistema Nacional de Capitalização, constituído pelo CNSP, SUSEP e pelas sociedades autorizadas a operar em capitalização.

só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, ou a invalidez permanente, total ou parcial, do segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:

a) incluem-se nesse conceito:

- a.1) o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
- a.2) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- a.3) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- a.4) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e
- a.5) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

b) excluem-se desse conceito:

- b.1) as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- b.2) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- b.3) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos - LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho - DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo - LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médica-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo e;
- b.4) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido no inciso I deste artigo.

Vê-se que os pressupostos que regem a Medicina do Seguro estão imbricados nas normativas da SUSEP, ao estabelecer em suas entrelinhas que as Perícias Securitárias constituirão procedimentos técnicos diretamente ligado à Medicina do Seguro e ao ramo de seguro de pessoas. Comumente procede-se na avaliação de doenças pré-existentes, valoração de danos para indenização e avaliações excludentes de pagamento (suicídio/acidente) e tem por objetivo determinar o valor de indenização de um bem material, levando em consideração a conciliação de valores em risco e da importância segurada.

Traz um ponto interessante que recairá sobre o fenômeno do suicídio ou a tentativa do mesmo garantindo ao trabalhador segurado e a seus familiares, indenizações de fins pecuniários, entretanto, não vincula os adoecimentos profissionais, nem mesmo os derivados de patologias já amplamente consolidados na literatura em saúde como as LER/DORT em sua abrangência securitária. Ou seja, individualiza e objetifica tais

questões de forma a não compreender tanto o suicídio como expressão extrema de uma sociedade doente, de um sistema que necessita de uma transformação radical para resolver não só as questões do campo da política e da economia, mas também as opressões nas relações sociais e o mal-estar dos indivíduos; bem como entender as múltiplas causações (concausas) dos adoecimentos relacionados ao trabalho de forma que estes não ocorrem devido a um único evento isolado disparador.

Ainda sobre o suicídio como evento securitário, Motta (2014, p. 232) chama a atenção para o Art. 798 do Código do Processo Civil (CPC/15) que estipula que o trabalhador beneficiário não tem direito ao capital estipulado quando o segurado se suicida nos primeiros dois anos de vigência inicial do contrato contudo apresenta jurisprudências do STF, bem como a Súmula n. 105 do mesmo órgão que diz que salvo se tiver havido premeditação, o suicídio do segurado no período contratual de carência não exime do pagamento do seguro.

Nota-se o discurso economicista da saúde do trabalhador que permeia tais sistemas securitários privados. Por seu caráter enquanto capital financeiro especulativo, trabalham com um horizonte de acumulação financeira de dimensões gigantescas e preocupam-se somente com a lógica de valorização do valor, a nosso ver, inversamente proporcional ao viés sanitarista, porém de acordo com os pressupostos do sistema jurídico-sanitário superestrutural do capital. Nas palavras de Chesnais (2005, p. 36), *"fizeram da centralização dos lucros não reinvestidos das empresas e das rendas não consumidas das famílias, especialmente os planos de previdência privados e a poupança salarial, o trampolim de uma acumulação de grande dimensão"*.

Vejamos agora o que diz a Resolução nº 302/2005 da SUSEP cujo escopo também desperta nossa atenção nesse item:

Resolução nº 302/2005

## CAPÍTULO II – DOS RISCOS COBERTOS

**Art. 6.** No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a sociedade seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

§ 1º A junta médica de que trata o caput deste artigo será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela sociedade seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

§ 2º Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela sociedade seguradora.

§ 3º O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo segurado.

#### Seção IV - Da Cobertura de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença

**Art. 15.** Garante o pagamento de indenização em caso de invalidez laborativa permanente total, conseqüente de doença.

§ 1º Para todos os efeitos desta norma é considerada invalidez laborativa permanente total por doença aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação, com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, para a atividade laborativa principal do segurado.

§ 2º Atividade laborativa principal é aquela através da qual o segurado obteve maior renda, dentro de determinado exercício anual definido nas condições contratuais.

§ 3º Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeitos da cobertura de que trata este artigo, os segurados portadores de doença em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.

§ 4º Não podem configurar como segurados, para a cobertura de invalidez laborativa permanente total por doença, pessoas que não exerçam qualquer atividade laborativa, sendo vedado o oferecimento e a cobrança de prêmio para o seu custeio, por parte da sociedade seguradora.

**Art. 16.** Reconhecida a invalidez laborativa pela sociedade seguradora, a indenização deve ser paga de uma só vez ou sob a forma de renda certa, temporária ou vitalícia, em prestações mensais, iguais e sucessivas, conforme acordado entre as partes.

§ 1º Após o pagamento da indenização ou da primeira parcela, quando paga sob a forma de renda, conforme previsto no caput deste artigo, o segurado poderá ser automaticamente excluído da apólice, conforme estruturação técnica do plano, com a conseqüente devolução de valores eventualmente pagos após esta data, devidamente atualizados nos termos da regulamentação específica.

§ 2º No caso do segurado não ser excluído da apólice, se o estado de invalidez laborativa cessar antes do término do pagamento da renda contratada, o valor do capital segurado da cobertura de que trata o caput deste artigo será reintegrado.

§ 3º Após o pagamento da indenização ou da primeira parcela, quando paga sob a forma de renda, conforme previsto no caput deste artigo, caso o segurado permaneça na apólice, o valor do prêmio deverá ser ajustado de acordo com as coberturas remanescentes, a partir da respectiva data de pagamento da indenização.

#### Seção V - Da Cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença

**Art. 17.** Garante o pagamento de indenização em caso de invalidez funcional permanente total, conseqüente de doença, que cause a perda da existência independente do segurado.

§ 1º Para todos os efeitos desta norma é considerada perda da existência independente do segurado a ocorrência de quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do segurado, comprovado na forma definida nas condições gerais e/ou especiais do seguro.

§ 2º Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeitos da cobertura de que trata este artigo, os segurados portadores de doença em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.

**Art. 18.** Aplica-se à cobertura de que trata este artigo o disposto no art. 16 desta Circular.

#### Seção VI - Da Cobertura de Diárias por Incapacidade

**Art. 19.** A cobertura de diárias por incapacidade é devida a partir do primeiro dia após o período de franquia do seguro, observado o limite contratual máximo por evento fixado nas condições gerais e especiais.

§ 1º A incapacidade de que trata o caput é caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico.

§ 2º O período de franquia de que trata o caput deverá ser de, no máximo, 15 (quinze) dias, a contar da data do evento.

Vê-se que como uma das consequências da financeirização da previdência complementar, cada vez mais essas distanciam-se de um caráter previdenciário social para assumirem uma natureza mais economicista atrelada à Medicina do Seguro de forma que o perito, desprovido de autonomia também neste campo, atua como mero agente decisório no processo de reparação pecuniária devido aos adoecimentos relacionados ao trabalho.

Novamente, como descrevemos no capítulo anterior, a figura do perito distancia-se dos ditames primevos da medicina para exercer os papéis de promotor, advogado de defesa e juiz diante da referida junta médica citada no Art. 6 da Resolução nº 302/2005 da SUSEP. Inclusive, vê-se um resgate da figura do perito desempatador, não nomeado pelo magistrado, mas sim pelas partes, muito utilizado na década de 1940 em nosso país de acordo com Mota (2014, p. 26). Ademais, é possibilitado também aos peritos desta área atuar como assistentes técnicos em ações judiciais caso o litígio decorra para instâncias judiciárias.

Contudo, por sua lógica essencialmente privada, o que se observa nesse campo pericial é justamente o fazer desse profissional imbricado no domínio dos princípios financeiros que são percebidos na legislação regulamentadora das aplicações dos recursos garantidores dos planos previdenciários, bem como nas Normas Regulatórias das Perícias Securitárias da SUSEP por exemplo, que direcionam recursos substanciais para operações com títulos de curto prazo em vez de priorizar o retorno de longo prazo, mais compatível com o horizonte dos planos previdenciários de acordo com Leite (2010, p. 216), e que, por essa ótica, precarizam ainda mais as fiscalizações, assistências e vigilâncias no campo da saúde do trabalhador por individualizarem e objetificarem a questão.

### 3.4 Perícias Previdenciárias: preceitos, objetos e finalidades

De acordo com Santos Júnior e Cherem (2013, p. 253), a perícia médica previdenciária do INSS constitui uma atividade médica administrativa a cargo de profissionais pertencentes ao quadro de pessoal do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), para avaliar, principalmente, os segurados do Regime Geral de Previdência Social (RGPS) para fins de concessão de benefícios por incapacidade laborativa.

No entendimento da Previdência Social, tais benefícios não são concedidos pela simples presença de uma patologia, ou seja, não existe o direito aos benefícios de forma automática, mas, faz-se necessária a repercussão desta patologia sobre a capacidade efetiva de um trabalhador ou de uma trabalhadora em realizar sua atividade laboral<sup>117</sup>. Assim, cabe aos(as) peritos(as) desta instituição verificarem, com base na legislação, a ocorrência de incapacidade laboral, ou seja, o INSS, na condição de uma seguradora estatal, garante reparação pecuniária<sup>118</sup> pela incapacidade laborativa da pessoa e não pela doença que porta.

O INSS, a partir do entendimento do CFM e principalmente com a Lei nº 12.842/13 chamada “Lei do Ato Médico”, compreende a perícia médica como um ato privativo de um/uma médico(a) investido(a) na função de perito(a) objetivando produção de provas ou enquadramento administrativo.

*“A perícia está nesse modelo em que não existe um limite legal, mas técnico. A necessidade de se fazer perícias cresce exponencialmente. São cerca de 7 milhões de perícias por ano, 700 mil por mês aqui no Brasil<sup>119</sup>. Eu entendo a*

<sup>117</sup> Para liberação do seguro auxílio-doença, por exemplo, o INSS verificará a “qualidade de segurado”, “tempo de contribuição” – mínimo de doze meses –, e do “período de carência”, ou seja, do número mínimo de contribuições anteriormente efetuadas à previdência para solicitação de benefícios, no caso do auxílio-doença, doze contribuições mensais.

<sup>118</sup> Conforme apontado no capítulo anterior, todo um discurso de desresponsabilização das empresas para com os acidentes do trabalho nasceram já no contexto do Decreto 3.724/19. Afinal de contas, se o acidente é inevitável, uma fatalidade e, portanto, não há culpa, obscurece-se assim a importância das opções societárias e por modelos gerenciais que levam à acidentalidade. O modelo da modernidade foi o da responsabilidade objetiva no que se verificou desde o início da industrialização da opção pela securitização e a calculabilidade dos danos. Ou seja, o dano à saúde do trabalhador uma vez convertido numa indenização previsível, passa a entrar no custo da produção (veremos a questão do FAP adiante). Passa a ser previsto no cálculo do investimento e passa a ser incluído na taxa de retorno que o capitalista terá. Ao securitar, se neutraliza as possibilidades reais de transformação das condições de trabalho.

<sup>119</sup> Em seu estudo Matos (2016, p. 71) também mostra alguns dados referentes a perícias médicas efetuadas em determinados períodos, como nos anos de 2010 e 2014. Conforme dados do Anuário Estatístico da Previdência Social, elaborado pelo Ministério da Previdência Social (MPS) e pela Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social (DATAPREV), em 2014 foram realizadas cerca de 7,5 milhões de perícias médicas no país, das quais 71,6% tiveram uma conclusão favorável, ou seja, o parecer do médico perito reconheceu o direito ao benefício. Do total das avaliações, 85,5% foram relativas ao auxílio-doença. Em 2010, por exemplo, 7,05 milhões de perícias foram realizadas, sendo 83,7% relativas ao auxílio-doença.

*perícia como o fim da linha da pessoa que não teve uma assistência antes porque o problema é anterior à perícia e não se resolve nela. Temos um problema sistêmico que tem que ser resolvido antes da perícia. Tem pessoas que estão há mais de 20 anos com benefícios temporários e mais de 500 mil pessoas há mais de 3 anos em benefícios de longa duração”* (médico perito do INSS de SP e ex-diretor da DIRSAT do INSS/DF).

Outras atribuições do perito da Previdência Social estão definidas no Manual de Perícias Médicas elaborado pelo INSS. São elas:

a) realizar exames médico-periciais nos próprios estabelecimentos do INSS, em domicílio ou em hospitais; b) fazer visitas de inspeção no local de trabalho para o reconhecimento do nexo técnico, nos casos de doença profissional e de doenças do trabalho e para fins de concessão de aposentadoria especial; c) requisitar, quando necessário, exames complementares e pareceres especializados; d) preencher o laudo e os campos da conclusão de perícia médica de sua competência; e) preencher e entregar ao segurado a Comunicação de Resultado de Exame Médico (CREM) ou a Comunicação de Resultado de Exame e Requerimento (CRER); f) orientar o segurado, nos casos de inconformismo, para interposição de recurso à JR/CRPS; g) avaliar o potencial laborativo do segurado em gozo de benefício por incapacidade, com vistas ao encaminhamento à readaptação/reabilitação profissional; h) participar de Junta Médica nos casos de exame médico-pericial em fase de recurso; i) zelar pela observância do Código de Ética Médica; j) comunicar a chefia imediata, obrigatoriamente, qualquer irregularidade de que tenha conhecimento; l) manter-se atualizado sobre Normas Técnicas, Atos Normativos e Legislação Previdenciária referentes à concessão de benefícios por incapacidade; m) emitir parecer técnico em juízo quando convocado ou indicado como Assistente Técnico do INSS; n) participar das revisões de auxílio-doença, aposentadoria por invalidez, LOAS; o) analisar o laudo técnico e o formulário emitidos pela empresa, com vistas a concessão do benefício (aposentadoria especial); p) assessorar tecnicamente a área de benefícios sempre que necessário; q) prestar informações quantitativas e qualitativas sobre o andamento dos trabalhos nos Setor de Perícia Médica da APS/UAA à Gerência e à chefia do Serviço/Seção de Gerenciamento de Benefícios por Incapacidade.

Contudo, o perito previdenciário do INSS tem por finalidade maior a emissão de um parecer técnico conclusivo, especialmente na avaliação da incapacidade laborativa, para a concessão principalmente de auxílio-doença, que é sua maior demanda, mas, também, no requerimento de benefícios assistenciais ou indenizatórios.

O auxílio-doença está devidamente tratado nos artigos de nº 59 a 63 da Lei nº 8.213/91 bem como em sua regulamentação, nos artigos de nº 71 a 80 do Decreto nº 3.048/99 que explicitam – art. 59 – que este será devido ao segurado que, quando for o

---

Dentre as avaliações periciais realizadas, 70,5% tiveram conclusão favorável. Os dados referentes ao período, entre 2010 e 2014 não apresentaram alterações significativas, e o percentual de concessões se manteve alto.

caso, havendo cumprido o período de carência exigido, ficar incapacitado para o seu trabalho ou para sua atividade laboral habitual por mais de 15 (quinze) dias consecutivos.

O art. 60 inclusive enfatiza a questão da temporalidade quinzenal referindo que tal benefício será devido ao segurado empregado a contar do 16º (décimo sexto) dia do afastamento da atividade laboral. E no caso dos demais segurados, a contar da data de início da incapacidade, e enquanto ele/ela permanecer incapaz. Os parágrafos 1º e 2º do referido artigo enfatizam que, quando registrado por segurado afastado do trabalho por mais de 30 (trinta) dias, o auxílio-doença será devido a contar da data da entrada do requerimento, e que, durante os primeiros 15 (quinze) dias consecutivos ao do afastamento da atividade por motivo de doença, será uma incumbência da empresa pagar ao segurado empregado seu salário integral.

*“Mesmo que passados os 15 dias que a empresa paga, até a data da perícia, o INSS paga o BA [Benefício Administrativo] até mesmo se não tiver reconhecimento de incapacidade. A prorrogação do benefício também é paga. Por exemplo, 15 dias antes desse benefício terminar o segurado agenda nova perícia. Até a data da nova perícia o INSS paga. [...] O INSS é uma mãe dos brasileiros”* (médico perito exonerado de um INSS de SP).

*“A perícia previdenciária é realizada em todo funcionário CLT que se afasta mais de 15 dias de trabalho. A partir do 16º dia, o INSS como uma seguradora assume isso [...]. O mais importante é a data do início da doença e a data da incapacidade. O cara pode estar doente, mas não incapaz. Se tá incapaz é dado um tempo de afastamento. Se não estiver bem, o funcionário pode pedir a perícia de prorrogação, que por exemplo pode precisar de fisioterapia e etc. Caso ele não tenha o benefício prorrogado, pode pedir a perícia de revisão”* (médico perito do INSS de SP)

O art. 62 trata da questão da recuperação funcional, informando que o(a) segurado(a) em gozo de auxílio-doença, insuscetível de recuperação para seu trabalho, deverá submeter-se a processo de reabilitação profissional para o exercício de outra atividade laboral. Não cessará o benefício até que seja dado/dada como habilitado(a) para desempenhar nova função que lhe garanta subsistência ou, quando considerado(a) não recuperável, até que seja aposentado(a) por invalidez.

*“Quando tem uma incapacidade total para determinada função cabe a reabilitação profissional. Reabilitação, muda-se de função. Na Readaptação, por exemplo, o funcionário que machuca a mão esquerda pode ser posto para manejar com a mão direita. Não muda de função. A Reabilitação é multiprofissional”* (médico perito do INSS de SP).

*“As vezes demora um ano pra chamar pra reabilitação. Perito pode encaminhar para reabilitação, mas no setor de reabilitação passa por nova perícia comigo e mais uma assistente social. Primeiro eu avalio se a doença está na fase sequelar, compensada nos casos de transtornos mentais né se há uma idade limite para se devolver ao mercado de trabalho, escolaridade mínima... uma série de fatores sociais e da doença em si. Às vezes a pessoa tem cognitivo bom ou não pra ser reabilitada, dando condições pra ela fazer outra coisa. Fazemos visitas domiciliares pra ver a realidade da pessoa também. Para quem tem amputações, encaminhamos para orto e próteses. Perito vê só o quadro clínico e não vê a realidade social do paciente. Só na reabilitação que a gente faz. Conseguimos reabilitar até 50% das que fazemos. Quando não tem condições de fazer o trabalho, aí a gente pede pra aposentar. Atendo mais jovens sequelados de acidentes, moto, auxiliares de produção, sem muita experiência em trabalhos no comércio por exemplo, não são trabalhadores industriais. Essas pessoas saem com certificados para concorrer as vagas de cotas. A maioria das perícias são benefícios curtos. Pessoa fica pouco tempo e já volta a trabalhar. Os casos de reabilitação são os benefícios de longa duração. Até estabilizar a doença e etc. Só 20 ou 30% das perícias são de benefícios longos [...]. A cada 2, 3 meses fazemos uma reunião de apresentação para as novas pessoas que foram encaminhadas pra reabilitação. Sempre pedimos pra essas pessoas ampliarem a escolaridade. Por conta própria mesmo, nada a ver com o INSS. Aí quando chega a vez da pessoa ela já está mais apta a participar do programa. A perícia da reabilitação serve pra ver se a pessoa tem o perfil da reabilitação. Eles tem convênio com SENAI/SENAC e escolas estaduais que oferecem cursos técnicos. Avaliamos também a capacidade e a incapacidade da pessoa em fazer determinado curso por exemplo. O objetivo é retornar a pessoa ao mercado de trabalho e fazemos por meio de pagar cursos profissionalizantes, vale transporte e etc. Cada assistente social da reabilitação é uma orientadora profissional que atende de 30 a 50 pessoas por vez. Quando termina o curso profissionalizante a pessoa já sai do programa de reabilitação automaticamente” (médica perita do INSS do interior do PR).*

*“A reabilitação pressupõe um entendimento da reinserção do trabalhador ao trabalho em que às vezes na nova função o trabalhador não vai se reconhece na atividade. A reabilitação não é feita para funcionar. Peritos não encaminham porque a fila é grande e também porque não vão deixar [o administrativo]. Os peritos criaram regras de que para o trabalhador ir pra reabilitação ele tem que ter segundo grau completo porque até ele se alfabetizar demoraria muito tempo na reabilitação e seria mais gasto para a previdência. INSS podia incentivar mais EJAs [Educação de Jovens e Adultos]” (médica perita exonerada do INSS do interior de SP)*

Em relação à doença pré-existente e a acidentes, os parágrafos 1º e 2º do art. 71 versam de que não será devido auxílio-doença ao segurado que se filiar ao Regime Geral de Previdência Social (RGPS) já portador da doença ou da lesão invocada como causa para a concessão do benefício. Isto, salvo quando a incapacidade sobrevier por motivo de progressão ou agravamento dessa doença ou lesão, quando, então, será devido auxílio-doença, independentemente de carência, aos segurados obrigatório e facultativo, ao sofrerem acidente de qualquer natureza.

*“INSS divide entre vinculados, segurados, e não vinculados, não segurado. Tem pessoas que é reconhecida a incapacidade, mas não contribui e aí não ganha o benefício”* (médico perito exonerado de um INSS de SP).

*“As vezes o cara descobre q doença, aí passa a pagar o INSS e quer o benefício. Mas aí é doença preexistente e não deveria receber benefício. Mas acaba recebendo se trouxer prontuário medico do atendimento e etc.”* (médico perito de INSS de SP)

*“O modelo de perícias visa os benefícios de incapacidade. O nosso sistema não impõe empecilhos para que o segurado independente da idade possa passar a contribuir diferente de outros países”* (médico perito do INSS em SP e ex-diretor da DIRSAT do INSS/DF)

Quanto à fase de processamento do benefício, Santos Júnior e Cherem (2013, p. 255) apontam que os exames médico-perícias podem ser: (0) Exame médico-pericial para fins de concessão de benefícios, manutenção ou cessão de benefícios; (1) Pedido de Reconsideração (PR); (2) Exame médico-pericial para instruir recursos à Junta de Recursos; (3) Conselho de Recursos da Previdência Social; (4) Revisão analítica, ou seja, conclusão médica baseada em análise de antecedentes e de documentação médica existente, realizada com a finalidade de manter ou modificar decisões anteriores; (5) Antecipação de limite ou alta antecipada a pedido; (6) Encaminhamento ao Programa de Reabilitação Profissional; (7) Desligamento do Programa de Reabilitação Profissional; (8) Permanência no Programa de Reabilitação Profissional; (9) Restabelecimento de benefício; (10) Revisão do Benefício de Prestação Continuada (REVBPC); (11) Data de Cessação da Incapacidade (DCI) longa e; (12) Pedido de Prorrogação (PP). No que tange à ordem, os benefícios são codificados como AX1, para o exame médico-pericial inicial, e como AX2, AX3, enfim, AXn, para os exames médico-perícias subsequentes.

*“Nas Perícias Iniciais o trabalhador marca online e o critério é a data mais próxima e não a localização. No dia agendado ele passa pelo administrativo pra tirar “pendências”. Existem os falsos AXs1 que é quando a pessoa já teve o benefício e após cessar pode marcar uma nova perícia inicial. Tem também as perícias domiciliares, hospitalares e presidiárias que são para internações longas e pra pessoas incapazes de sair de casa ou que estão presas. Acaba que já fiz uma, ou duas dessas. Tem as PPs, [Perícia de Prorrogação] ou Ax2, que deve ser marcada no mínimo 15 dias antes da data de cessação do benefício e serve para justamente prorrogar o benefício. A perícia de reconsideração, Ax3, que é feita com o mesmo perito que fez a inicial pra ver se muda o resultado. E a perícia de recurso que é solicitada ao comitê de recurso, prum médico perito supervisor, que vai analisar o caso”* (médico perito do INSS de SP).

*“Quatro colegas que são gestoras, e que também fazem o mesmo papel que eu, tem que ser médicas também pra se compreender a evolução natural das*

*doenças. Só os benefícios de cunho doença que passam por perícia médica e eu analiso aqueles que irão se estender. As perícias de recurso são comigo também. As perícias de reconsideração são feitas com o mesmo ou outro médico e depois pode passar para o recurso comigo. Acho que não deveriam ter tantas instancias de recurso assim... quando é um caso complexo aí a gente faz uma junta médica para lidar com o caso” (médica perita do INSS do interior do PR).*

*“Tô com 36 anos e tenho 13 [anos] de empresa. Trabalhava no turno das 6h da manhã até às 2h da tarde [14h]. Cortava umas 12, 13 bobinas da 3M de 30 a 50kg cada. Tive problema no quadril. Médico me deu CID 25.5, 76.0 e 76.5. Maiores problemas são pra subir escada e erguer as bobinas pesadas. Em 25 de fevereiro 2016 afastei pelo INSS, 23 de setembro [2016] voltei normal [alta programada]. Dia 24 do 10 [outubro de 2016] fiz outra perícia no INSS. Dia 16 do onze [novembro de 2016] o médico lá [perito do INSS] me negou o benefício. Tive que processar a empresa né. Em abril agora [2017] tive a primeira sessão [audiência] com Juiz [do Trabalho]. A próxima ficou marcada pra junho [2018]. Tentei a CAT com o médico daqui [CEREST da Grande SP]” (operador de máquina de gráfica/imprensa de empresa da Grande SP)*

Cabe-nos a partir de experiência vivida a partir de estágio doutoral no exterior, relatar os moldes do sistema francês de seguridade social afim de que possamos compreender outras ideias previdenciárias resguardando os limites das formações socioeconômicas diferenciadas, contudo, tendo em vista que, tanto Brasil, quanto França, submetem-se ao mesmo sistema capitalista de cunho neoliberal, mundializado e financeirizado.

Na França, se um médico assistente do trabalhador constata que estes estão acometidos de uma doença que pode estar relacionada ao trabalho, ele deve conferir o certificado médico inicial, descrevendo com precisão a natureza dos sintomas da doença. Também indica a duração dos cuidados e, possivelmente, a interrupção do trabalho se prescreve um. Ao empregador então cabe informar no prazo de 48 horas, à *Caisse Primaire d'Assurance Maladie* (CPAM)<sup>120</sup> sobre a ocorrência do adoecimento por carta registrada com aviso de recebimento, mesmo que tenha dúvidas sobre a origem laboral da doença<sup>121</sup>. Como tal, ele pode anexar sua declaração de reservas. Se o empregador

<sup>120</sup> As CPAMs, que em tradução livre e literal podem ser entendidas como sendo um *fundo primário de seguro de saúde*, e são organizações ligada à saúde e exercem uma missão de serviço público na França. Elas garantem as relações de proximidade entre aqueles que possuem direitos frente a *Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM)* que noutra tradução livre e literal, pode significar algo como sendo um *Fundo Nacional de Seguro de Saúde*.

<sup>121</sup> Tais procedimentos dão direito a benefícios em espécie, sem qualquer condição de duração de afiliação ao regime geral que seja exigido. O trabalhador se beneficia de cuidados de saúde gratuitos, de modo que o CPAM quem encaminha diretamente o profissional (médico, farmacêutico, assistente médico, psicólogo, fisioterapeuta e etc.). Desse modo, estão isentos de tarifas de usuários e taxas diárias. Os benefícios cobrem tanto as despesas de aparelhos quanto as que permitem o trabalhador adoecido recuperar sua capacidade

omite a formalidade da declaração do adoecimento, o trabalhador ou a trabalhadora mantém a possibilidade de declarar a doença diretamente ao CPAM durante 2 anos.

Em posse dos documentários necessários, o procedimento para reconhecer a origem da doença como relacionada ao trabalho requer ao trabalhador levar uma declaração para a CPAM da região em que residem. Tal declaração consiste em 3 vias de um formulário (similar a um Relatório de Atendimento ao Acidentado do Trabalho - RAAT) e anexado a este, 2 vias do atestado do médico assistente especificando a doença e a data da primeira constatação desta e, um holerite com o demonstrativo salarial, que também pode ser enviado à CPAM diretamente pelo empregador.

A referida declaração deve ser feita e entregue dentro do prazo de 15 dias após a cessação do trabalho. E, após a entrega, a CPAM da região onde habita o trabalhador é responsável, a partir da documentação entregue, por investigar o dossiê e se pronunciar sobre o caráter profissional ou não da doença. O órgão dispõe de até 3 meses para se pronunciar sobre tal caráter profissional da doença, a partir da data em que recebe o dossiê completo. O que compreende a declaração de doença relacionada ao trabalho que integra o atestado médico inicial, como também o resultado de exames médicos complementares, se forem necessários.

Há nuances interessantes a serem destacadas nessa etapa:

1 - Se o trabalhador que recebeu licença para afastar-se de quaisquer atividades por doença, seja evidenciada pelo médico do trabalho da empresa, seja pelo médico assistente, estes já podem receber subsídios diários chamados *Indemnités Journalières (IJ)* pagos por sua CPAM. Tais subsídios são pagos em condições de contribuição e o valor pago varia de acordo com o salário. Os cálculos alteram-se para afastamentos até 6 meses e após 6 meses e são pagos após um período de espera (*délai de carence*) de 3 dias que se aplicam a cada parada de trabalho, exceto nos casos em que a atividade foi retomada entre duas paradas de trabalho que não excedam 48 e paradas sucessivas devido a uma doença de longa duração (*affection de longue durée – ALD*). Ou seja, os subsídios são devidos por cada dia de trabalho interrompido e pagos a cada 14 dias, podendo ser

---

física, mental e suas qualidades profissionais. Se necessário, podem ser admitidos em um estabelecimento (privada ou pública) para facilitar a reabilitação funcional. Também podem integrar uma instituição especializada ou qualquer outra empresa (artigo L. 432-10 do Código da Seguridade Social) para darem seguimento a reabilitação profissional.

reavaliado em termos pecuniários relativos à inflação após o 3º mês consecutivo de afastamento do trabalho<sup>122</sup>.

2 – Tal como explicado no item 3.1 do capítulo 3 não cabe ao médico generalista ou especialista que consultar o trabalhador dizer se a patologia que o acomete têm relação com o trabalho ou não, mas sim deve verificar se este possui as características clínicas listadas nas *Tableaux des Maladies Professionnelles*, e em seguida, preencher o atestado médico de que o trabalhador deve ser incluso na “declaração de doenças profissionais” que enviam à CPAM. Compete então em seguida, ao chamado médico-conselheiro do CPAM, em posse e a partir do dossiê verificar as outras duas condições das *Tableaux...* para se enquadrar como doença relacionada ao trabalho (Tempo de Espera/Cuidado e Lista indicativa ou limitativa de trabalhos). Se este for o caso, a patologia sofrida pelo trabalhador é então presumida como de origem laboral<sup>123</sup>.

3 - Se a data de início da doença do trabalhador for constatada anterior à inserção nas *Tableaux...*, o mesmo pode então declarar a referida doença junto à CPAM nos 3 meses posteriores à inserção da doença nas *Tableaux...*

A CPAM pode proceder num exame, na forma de questionário, das circunstâncias ou da causa do adoecimento, ou à uma enquete (em caso de morte do trabalhador) nos seguintes casos: (a) em presença de reservas motivadas pelo/pela empregador(a) sobre o caráter profissional da doença ou; (b) se a própria CPAM estimar necessário. Se preciso for tais procedimentos, a CPAM então informa trabalhador (bem como o empregador) por carta registrada com aviso de recebimento da data em que tais procedimentos irão proceder antes de expirar o tempo de instrução.

Somente nesse momento pode a CPAM também submeter o trabalhador a um exame médico realizado por um de seus médicos-conselheiros. Contudo, tal procedimento é facultativo às circunstâncias que descrevemos acima. Veremos posteriormente como se processa essa etapa.

---

<sup>122</sup> Há também as indenizações complementares pagas pelo empregador: aplica-se nas mesmas condições que a doença, exceto que, no caso de doença relacionada ao trabalho, a indenização se aplica desde o primeiro dia de afastamento do trabalho. O empregador pode então manter todo o salário do trabalhador por iniciativa própria ou de acordo com uma convenção coletiva de determinada categoria. Nesse caso, ele é necessariamente sub-rogado aos direitos do trabalhador em seus subsídios diários. O CPAM paga o subsídio diário ao empregador.

<sup>123</sup> Posteriormente, o CPAM organiza uma investigação contraditória por um agente juramentado que é responsável por avaliar a gravidade da doença relacionada ao trabalho. Ele tem 30 dias para investigar o caso. Na ausência de manifestação de sua parte, a natureza profissional da doença é implicitamente reconhecida.

“*Existem os médicos de referência da seguridade social aqui na França, mas no caso eles vão trabalhar com controles. Mas primeiramente é um médico do trabalho que pode considerar um trabalhador inapto para o trabalho ou inapto para seu posto de trabalho*” (psicólogo do trabalho e sindicalista responsável pela área de Saúde e Trabalho da *Confédération Générale du Travail – CGT* em Paris, França).

Então, o reconhecimento da doença como sendo relacionada ao trabalho está sujeito à opinião do Comitê Regional para o Reconhecimento de Doenças Profissionais (*Comité Regional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles – CRRMP*<sup>124</sup>) que possui 4 meses contados a partir da entrega do dossiê para emitir seu parecer (e mais 2 meses a mais caso um exame ou uma investigação complementar sejam necessários) e é composto por três membros, sendo eles, um médico-conselheiro da CPAM, um médico inspetor regional do trabalho e um professor universitário que atue em hospitais-escolas ou um profissional da área da saúde que atue em hospitais e possuam qualificação em patologias do trabalho.

O reconhecimento donexo de doença relacionada ao trabalho está sujeito à opinião do CRRMP nos casos em que a patologia figura nas *Tableaux des Maladies Professionnelles*, mas não foi adquirida nas condições especificadas nestas tabelas, porém está prevista que é diretamente causada pelo trabalho habitual analisado e, quando a patologia não está listada nas *Tableaux...* mas verifica-se que é essencial e diretamente causada pelo trabalho e resultou em uma incapacidade permanente de pelo menos 25% (ou morte). Ou seja, o CRRMP é soberano na decisão quanto ao nexocausal entre adoecimento-trabalho, necessitando, obviamente, fundamentar sua decisão no laudo pericial<sup>125</sup>.

Ao fim da investigação, a CPAM notifica o trabalhador ou a trabalhadora de sua decisão fundamentada, ou aos beneficiários em caso de morte, bem como também ao(a) empregador(a) e ao(a) médico(a) assistente. Tal decisão especifica as formas e os prazos

<sup>124</sup> Explicamos o funcionamento dos CRRMPs quanto das CPAMs no glossário deste estudo.

<sup>125</sup> E o fazem com base no “Guia para os Comitês Regionais de Reconhecimento das Doenças Profissionais” (*Guide pour les comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles*) instituídos pela Lei nº 93-121 de 27 de janeiro de 1993 (com a atual versão consolidada em 2013) que auxilia na decisão do CRRMP. Tal guia foi desenvolvido por um grupo de especialistas a pedido da Direção Geral do Trabalho (*Direction générale du Travail*), da Direção de Seguridade Social (*Direction de la Sécurité sociale*) e do Fundo Nacional de Pensão e Assistência para os Trabalhadores Assalariados (*Caisse Nationale d’Assurance Maladie pour les Travailleurs Salariés – CNAMTS*). Foi submetido à opinião da comissão especializada em patologias profissionais do Conselho de Orientação sobre Condições de Trabalho (*Conseil d’Orientation sur les Conditions de Travail - COCT*) presidida pelo prof. A. Bergeret da Universidade Claude Bernard de Lyon. A primeira parte do documento apresenta o procedimento operacional dos Comitês Regionais de Reconhecimento de Doenças Profissionais (CRRMP), ao passo que a segunda parte fornece informações sobre as doenças mais frequentemente examinadas. As duas versões anteriores de 1994 e 2009 do regerido guia foram publicadas na *Revue Références en Santé au Travail*.

para recorrer se a natureza profissional da doença profissional não for reconhecida. Se a CPAM reconhecer onexo causal entre adoecimento e trabalho, os subsídios diários passam a ser mais favoráveis do que no caso de doença não relacionada ao trabalho, bem como há uma compensação específica relacionada à uma possível incapacidade permanente.

No caso de incapacidade parcial ou total, se o adoecimento relacionado ao trabalho se justificar para tal, o médico do trabalho da empresa pode declarar o trabalhador ou a trabalhadora incapaz de voltar ao trabalho e, neste caso, salvo exceções, o empregador deve oferecer uma recolocação em um trabalho adaptado às capacidades físicas e mentais destes/destas, que podem receber uma indenização durante o período obrigatório de recolocação.

A incapacidade é obrigatoriamente estabelecida por um médico do trabalho. Antes de emitir um aviso de incapacidade, o médico do trabalho deve respeitar as seguintes etapas: (1) realização de pelo menos um exame médico, para permitir que sejam discutidas as medidas de desenvolvimento, adaptação ou de mudança de posto de trabalho, sobre as necessidades dos trabalhadores proporem uma mudança de posto de trabalho de modo que este profissional saiba e conheça os comentários, opiniões e propostas daqueles que ocupam o posto de trabalho todos os dias, para que seja enviado um plano ao empregador; (2) realização de um estudo do posto de trabalho; (3) realização de um estudo das condições de trabalho no estabelecimento (e indicando a data em que a ficha da empresa foi atualizada) e; (4) trocar informações com o empregador, por qualquer meio, para conhecer suas observações sobre as opiniões e propostas que pretende abordar.

O médico do trabalho pode também pedir exames complementares ao trabalhador, bem como solicitar a realização de um segundo exame médico, o mais tardar 15 dias após o primeiro. Ao final destas etapas, o médico do trabalho pode declarar o trabalhador inapto para seu trabalho se ele evidenciar que: (a) que nenhuma medida de acomodação, adaptação ou transformação do posto de trabalho ocupado seja possível e/ou; (b) o estado de saúde justifica uma mudança de posto de trabalho.

Se o médico do trabalho declara o trabalhador inapto para o trabalho, ele deve então redigir um laudo comunicando sua decisão o qual deve enviar uma cópia a estes inclusive. Tal laudo deve conter as conclusões escritas e indicações relativas à recolocação destes/destas. Em seu laudo o médico do trabalho pode mencionar que manter o trabalhador em atividade seria seriamente prejudicial para a sua saúde, ou que o próprio estado de saúde impede qualquer recolocação num trabalho. O empregador deve

levar em conta o laudo emitido e as indicações ou propostas do médico do trabalho. Caso recuse, deve enviar ao trabalhador, assim como ao médico do trabalho por escrito os motivos da oposição.

O trabalhador ou a trabalhadora, bem como o empregador podem contestar a decisão do médico do trabalho perante o *Conseil de Prud'hommes*<sup>126</sup> no prazo de 15 dias após a emissão do laudo de incapacidade. O *Conseil*... pode consultar o médico inspetor do trabalho para sua decisão.

*“Há 2 tipos de medicina do trabalho na França. 2 tipos de organização de medicina do trabalho. Você tem, o serviço de Saúde no Trabalho onde você pode encontrar uma equipe multiprofissional... médicos do trabalho, psicólogos do trabalho e etc., que são financiados pelo patronato e os sindicatos não tem muito poder sobre eles. Precisamos de outro olhar pois, o patronato financia e dita a direção. Este é um verdadeiro problema para nós. E o segundo tipo de organização de saúde no trabalho chama-se “serviço autônomo”. Que é autônomo em relação à saúde no trabalho, mas são serviços de saúde que estão integrados às empresas. Por exemplo, eu sou trabalhador da [cita empresa estatal de trens francesa], e lá há um médico interno que pertence ao quadro de funcionários da empresa também. Quando eu trabalhei na [cita empresa automobilística francesa] era a mesma coisa, tinha um serviço de medicina autônomo [medico] que também era funcionário da empresa. E este é um outro problema para nós pois é o patronato quem comanda essas pessoas porque os médicos são assalariados da empresa também. Eles estão ligados, na grande maioria dos casos, aos serviços de recursos humanos na organização da empresa. Nós da CGT demandamos para que todos os médicos sejam adstritos à Seguridade Social”* (psicólogo do trabalho e sindicalista responsável pela área de Saúde e Trabalho da *Confédération Générale du Travail – CGT* em Paris, França).

O quadro abaixo elaborado por nós demonstra as principais diferenças entre os modelos brasileiro e francês de seguridade social no que tange especificamente as perícias previdenciárias em trabalho-saúde:

<b>Componentes dos modelos de Seguridade Social relacionados especificamente às perícias previdenciárias em trabalho-saúde</b>	<b>Brasil</b>	<b>França</b>
<b>Financiamento dos Benefícios</b>	- O art. 7º, Inciso XXVIII da CF/88 diz que o custeio do SAT - Seguro Acidentes do Trabalho (atualmente via FAP) é do empregador. Para os demais benefícios previdenciários segue o modelo tripartite (Governo – Empregador – Trabalhador) adotado em diversos países da OCDE que conta, portanto, com	- No que diz respeito aos empregados, as contribuições da Seguridade Social são calculadas de acordo com "todas as somas pagas aos trabalhadores em consideração ou por ocasião do trabalho": <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ salários ou ganhos;</li> <li>▪ pagamento de férias pago;</li> </ul>

<sup>126</sup> Ver o significado e competências no glossário deste estudo.

	<p>três fontes de contribuição: a Contribuição Social sobre o Lucro Líquido das Empresas (CSLL); a Contribuição Social para o Financiamento da Seguridade Social, cobrada sobre o faturamento das empresas (COFINS); e parte da contribuição para o PIS/PASEP.</p> <p>- Designa-se Fator Acidentário de Prevenção (FAP) o número, dentro do intervalo contínuo fechado [0,5000; 2,000], que multiplica as alíquotas de 1%, 2% ou 3%, para cada uma das empresas empregadoras brasileiras, de forma a reduzir em até 50% ou majorar até 100%. O FAP é determinado por discriminação dos distanciamentos lineares de coordenadas tridimensionais em um mesmo CNAE. O procedimento consiste em padronizar os coeficientes de frequência, gravidade e custo para cada empresa e, em seguida, atribuir o FAP.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ outros subsídios, bônus, gratificações ...;</li> <li>▪ benefícios em espécie;</li> <li>▪ dicas.</li> </ul> <p>- Uma parte das cotizações fica a cargo dos empregadores e outra dos trabalhadores.</p> <p>- O empregador paga todas as contribuições devidas (parte patronal e a parte salarial) à agência de cobertura do regime geral.</p> <p>- Para as doenças comuns as cotizações e contribuições somam 13,55% (12,8% do empregador e 0,75% do trabalhador) e para os acidentes do trabalho e doenças relacionadas ao trabalho, em média, 2,43% sendo toda a parte do empregador. Essas taxas são aplicadas à 98,25% do salário bruto.</p>
<b>Objetivos</b>	<p>A Previdência Social tem como missão garantir proteção ao trabalhador e a sua família, por meio de um sistema público de política previdenciária solidária, inclusiva e sustentável. Seu objetivo é promover o bem-estar social, e sua perspectiva é ser reconhecida como um patrimônio do trabalhador e de sua família, pela sustentabilidade dos regimes previdenciários e por sua excelência em gestão, em cobertura e no atendimento do trabalhador. Sua atividade está definida pelo art. 201 da CF/1988, pelos arts. 3º e 10º da Lei 8.212/91, pelos arts. 1º e 18º da Lei 8.213/91 e pelos arts. 5º e 21-A do Decreto 3.048/99.</p>	<p>No quadro da lei de reforma de agosto de 2004, o Fundo Nacional de Seguro de doença para trabalhadores assalariados (<i>Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés - CNAMTS</i>) implementa o caminho de cuidados coordenados ao colocar o médico assistente no coração do sistema. Ela vela pelo equilíbrio das despesas com os recursos públicos que lhe são atribuídos. É, portanto, o ator central do sistema de cuidados para o qual delinea a matriz médica. Dentre suas missões está a de definir e promover a prevenção de doenças, dos acidentes do trabalho e das doenças relacionadas ao trabalho realizando ações nacionais úteis.</p>
<b>Aspectos e atribuições da perícia médica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Profissional eminentemente de formação médica;</li> <li>- Difere-se da Medicina Assistencial pois não há necessidade de um estreito vínculo entre o médico e o paciente;</li> <li>- Relação médico-paciente deve existir clima de confiança mútua e empatia, ao passo que na</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Há um Comitê Regional para o Reconhecimento de Doenças Profissionais (<i>Comité Regional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles – CRRMP</i>) que é composto por três membros, sendo eles, um médico-conselheiro da CPAM, um médico inspetor regional do trabalho e um professor</li> </ul>

	<p>relação pericial ocorre mútua desconfiança e antipatia;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Deve reconhecer o Direito (bem como legislações cabíveis), reconhecendo a incapacidade, a invalidez ou enquadrando uma sequela indenizável, concedendo assim, o que deve ser concedido de benefício;</li> <li>- Avalia a incapacidade laboral e não o adoecimento em si;</li> <li>- Todos(as) peritos(as) possuem vínculos com o INSS enquanto servidores públicos.</li> </ul>	<p>universitário que atue em hospitais-escolas ou um profissional da área da saúde que atue em hospitais e possuam qualificação em patologias do trabalho;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tem o dever de elaborar um parecer fundamentado que permita à Seguridade Social decidir sobre o nexo de causalidade entre o trabalho e o adoecimento. Sua missão não é identificar a patologia, mas relacioná-la a um risco profissional.</li> </ul>
<b>Métodos e procedimentos da perícia médica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Os peritos médicos devem verificar a incapacidade laboral do trabalhador em ato médico privativo mediante verificação e análise de documentos e exames clínicos (por vezes podem solicitar informações adicionais ao médico-assistente);</li> <li>- Possuem cerca de 15 minutos por trabalhador(a) para preencherem no sistema informacional se há incapacidade, se há nexo da doença com o trabalho e se faz jus ao benefício;</li> <li>- Encaminham o laudo médico pericial à administração de benefícios do INSS que fica responsável por comunicar a decisão médico-pericial ao(a) trabalhador(a).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O CRRMP deve única e exclusivamente averiguar se há nexo de causalidade entre o trabalho e o adoecimento baseando-se nas Tableaux des Maladies Professionnelles;</li> <li>- Possui 4 meses para emitir o parecer por trabalhador, podendo gozar de mais 2 meses caso exames complementares ou uma investigação mais apurada sejam necessárias. Versar sobre a incapacidade laboral fica a cargo do médico do trabalho.</li> <li>- Trabalhador recebe benefício comum (e possível indenização por parte da empresa) desde o primeiro dia de afastamento do trabalho bastando comunicar sua situação à CPAM de sua região.</li> </ul>
<b>Tipos de Benefícios e/ou Indenizações</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Em se tratando de adoecimentos, há: <ul style="list-style-type: none"> <li>• o Benefício B31 (Auxílio-doença previdenciário) que versa sobre os adoecimentos comuns que podem ou não incapacitar para o trabalho e;</li> <li>• o Benefício B91 (Auxílio-doença por acidente do trabalho) que dispõe o nexo causal entre o adoecimento e o trabalho baseado no ramo de atividade com a doença apresentada;</li> </ul> </li> <li>- Ambos os benefícios são devidos ao(a) segurado(a) do INSS que tiver contribuído com a Previdência Social nos últimos 12 meses e for constatada incapacidade laboral;</li> <li>- Os valores dos benefícios dizem respeito aos proventos integrais do/da trabalhador(a)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Para receber o benefício comum durante os primeiros 6 meses de afastamento, o(a) trabalhador(a) deve justificar, no dia da interrupção do trabalho, as seguintes condições: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabalhou pelo menos 150 horas por 3 meses do calendário civil ou 90 dias antes da parada ou;</li> <li>• Se contribuiu durante os 6 meses civis que antecederam a interrupção do trabalho, com base em uma remuneração pelo menos igual a 1 015 vezes o montante do salário mínimo por hora fixado no início deste período.</li> </ul> </li> <li>- Para continuar a ser indenizado(a) se o afastamento do/da trabalhador(a) se dá por mais de 6 meses, os(as)</li> </ul>

	<p>baseado no cálculo da média dos últimos 12 meses de contribuição;</p> <p>- Quando do recebimento dos 2 tipos de Benefícios, o trabalhador mantém seu contrato de trabalho com o empregador. Quando da cessação deste, está passível de demissão assim de seu retorno no caso de B31 e após 1 ano em se tratando de B91;</p> <p>- O Benefício B91 garante ao trabalhador estabilidade de 1 ano no trabalho após o retorno do afastamento por doença relacionada ao trabalho, recolhimento de seu FGTS por parte do empregador durante o período de afastamento, bem como o tempo em que estiver afastado do trabalho lhe contará como tempo devido com fins à aposentadoria;</p> <p>- O Benefício B91 concedido implica ao empregador aumento em sua alíquota do FAP;</p> <p>- O tratamento da doença fica por conta do trabalhador caso possua convênio médico particular fornecido pelo empregador ou então via rede SUS.</p>	<p>mesmos(as) devem atender às seguintes condições:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• na data da interrupção do trabalho, justificar ter contribuído com a Seguridade Social por pelo menos 12 meses e;</li> <li>• Ter trabalhado pelo menos 600 horas (ou 800 horas se a data de interrupção do trabalho for anterior a 1 de fevereiro de 2015) nos 12 meses de calendário civil ou 365 dias antes da parada ou;</li> <li>• Contribuiu, durante os 12 meses do calendário civil ou os 365 dias anteriores à interrupção do trabalho, com base em uma remuneração pelo menos igual a 2.030 vezes o montante do salário mínimo por hora fixado no início deste período.</li> </ul> <p>- Caso seja estabelecido o nexo causal entre o adoecimento e o trabalho, a fórmula de cálculo das indenizações altera-se. O salário diário devido ao afastamento do trabalho cabe ao empregador. As indenizações diárias são pagas a partir do dia seguinte à interrupção do trabalho sem período de carência. Eles são devidos por cada dia de interrupção do trabalho, e é calculado da seguinte forma:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Do 1º ao 28º dia de afastamento, a porcentagem do salário diário de referência é de 60% e o ganho diário líquido dá-se pela fórmula <math>1/30,42</math> do salário do mês anterior, reduzido com uma taxa fixa de 21%, sendo o teto das licenças diárias de 198,82 €</li> <li>• A partir do 29º dia de afastamento a porcentagem do salário diário de referência passa a ser de 80% e o ganho líquido diário dá-se pela fórmula <math>1/30,42</math> do salário do mês anterior, reduzido com uma taxa fixa de 21%, sendo o teto das licenças diárias de 265,09€</li> </ul>
--	---	---

		<p>- Há também as indenizações complementares pagas pelo empregador: aplica-se nas mesmas condições que a doença, exceto que, no caso de doença relacionada ao trabalho, a indenização se aplica desde o primeiro dia de afastamento do trabalho. O empregador pode então manter todo o salário do trabalhador por iniciativa própria ou de acordo com uma convenção coletiva de determinada categoria. Tais indenizações complementares variam em % com o tempo de empresa;</p> <p>- Há também o pagamento de benefícios em espécie que se destinam ao reembolso de todos os custos médicos, farmacêuticos, hospitalares, de colocação de próteses e aparelhos (quando for o caso), bem como os custos de reabilitação e reintegração no trabalho devido à doença relacionada ao trabalho e suas consequências.</p>
<b>Incapacidade</b>	<p>- O INSS compreende "incapacidade" como definidor da impossibilidade de desempenho das funções específicas de uma atividade ou ocupação, em consequência de alterações morfofisiológicas provocadas por doença ou acidente. O risco de vida, para si ou para terceiros, ou de agravamento que a permanência em atividade possa acarretar, é implicitamente incluído no conceito de incapacidade, desde que isto seja palpável e indiscutível. Desta forma, exige a necessidade de se conhecer com profundidade a proficiência da atividade laboral declarada.</p> <p>- A incapacidade deve ser analisada a partir: (a) do grau da incapacidade, se total ou parcial; (b) da duração da incapacidade, se temporária ou indefinida e; (c) da abrangência da incapacidade quanto à profissão desempenhada, se uniprofissional,</p>	<p>- A incapacidade temporária, no entendimento da Seguridade Social, é uma impossibilidade de trabalho, observada pelo médico assistente, após uma doença (artigo L.321-1 do CSS) ou um acidente de trabalho ou uma doença relacionada ao trabalho (artigo L.433-1 do CSS). É a "licença por doença" da língua comum;</p> <p>- A incapacidade permanente, no sentido da Seguridade Social, é uma redução definitiva das habilidades físicas ou mentais após um acidente do trabalho (artigo L.434-1 e seguimento do CSS);</p> <p>- O termo "incapacidade para o trabalho" também é utilizado pelo Código de Seguros para contratos de seguro de grupo contratados por uma empresa (artigo L.141-1 do Código de Ética). Desse modo, o significado da expressão é então definido pelo tipo de contrato.</p>

	<p>multiprofissional ou omni-profissional.</p>	
<b>Nexo causal</b>	<p>- A partir da Instrução Normativa 31/INSS/PRES, de 10 de setembro de 2008 assim entende o INSS quanto a Nexo Causal:</p> <p>- Art. 2º A Perícia Médica do INSS caracterizará tecnicamente o acidente do trabalho mediante o reconhecimento do nexos entre o trabalho e o agravo.</p> <p>Parágrafo único. Para os fins do disposto neste artigo, considera-se agravo: a lesão, a doença, o transtorno de saúde, o distúrbio, a disfunção ou a síndrome de evolução aguda, subaguda ou crônica, de natureza clínica ou subclínica, inclusive morte, independentemente do tempo de latência.</p> <p>- Art. 3º O nexos técnico previdenciário poderá ser de natureza causal ou não, havendo três espécies:</p> <p>I - nexos técnico profissional ou do trabalho, fundamentado nas associações entre patologias e exposições constantes das listas A e B do anexo II do Decreto nº 3.048, de 1999;</p> <p>II - nexos técnico por doença equiparada a acidente de trabalho ou nexos técnico individual, decorrente de acidentes de trabalho típicos ou de trajeto, bem como de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele relacionado diretamente, nos termos do § 2º do art. 20 da Lei nº 8.213/91</p> <p>III - nexos técnico epidemiológico previdenciário, aplicável quando houver significância estatística da associação entre o código da Classificação Internacional de Doenças-CID, e o da Classificação Nacional de Atividade Econômica-CNAE, na parte inserida pelo Decreto nº 6.042/07, na lista B do anexo II do Decreto nº 3.048, de 1999;</p> <p>- Art. 4º Os agravos associados aos agentes etiológicos ou fatores de risco de natureza profissional e do trabalho das listas A e B do anexo II do</p>	<p>- O CRRMP não é habilitado a modificar ou precisar um diagnóstico. Ele apenas pode emitir um parecer sobre o nexos causal entre a doença tal como é declarada e o trabalho;</p> <p>- Cada dossiê abrange um caso único e singular que o Comitê deve avaliar como tal;</p> <p>- O papel do CRRMP é estabelecer o nexos de causalidade entre uma doença e uma ou mais exposições. Os elementos que permitem estabelecer tal nexos vêm de um conjunto de argumentos que a opinião dos membros se baseia na perspectiva do reconhecimento;</p> <p>- A investigação de um caso de doença relacionada ao trabalho requer frequentemente uma análise detalhada dos dados da literatura. As fontes documentais na medicina do trabalho baseiam-se em materiais variados;</p> <p>- Assim, podem ser consultados livros "históricos", como a enciclopédia da OIT, que podem fornecer informações importantes sobre exposições e condições de trabalho em um determinado momento;</p> <p>- Os periódicos são a principal fonte de informações válidas e recentes também;</p> <p>- As principais bases de dados bibliográficas que podem ser utilizadas em patologia do trabalho são, notoriamente, Medline, Toxline, Embase, Biosis, NIOSH-TIC, a base de dados da INST.</p> <p>- O CRRMP tem consciência da natureza não exaustiva dessas bases e que, o cruzamento das bases Medline e Toxline permite melhorar exaustivamente, enquanto o uso da Embase oferece uma melhor cobertura das publicações européias. O banco de dados da Rede Nacional de Vigilância e Prevenção de Patologias do Trabalho (RNV3P) também pode ser uma fonte de informação;</p>

	<p>Decreto nº 3.048/99; presentes nas atividades econômicas dos empregadores, cujo segurado tenha sido exposto, ainda que parcial e indiretamente, serão considerados doenças profissionais ou do trabalho, nos termos dos incisos I e II, art. 20 da Lei nº 8.213/91;</p> <p>- Art. 5º Os agravos decorrentes de condições especiais em que o trabalho é executado serão considerados doenças profissionais ou do trabalho, ou ainda acidentes de trabalho, nos termos do § 2º do art. 20 da Lei nº 8.213/91;</p> <p>- Art. 6º Considera-se epidemiologicamente estabelecido onexo técnico entre o trabalho e o agravo, sempre que se verificar a existência de associação entre a atividade econômica da empresa, expressa pela CNAE e a entidade mórbida motivadora da incapacidade, relacionada na CID, em conformidade com o disposto na parte inserida pelo Decreto nº 6.042/07, na lista B do anexo II do Decreto nº 3.048/99;</p> <p>§ 1º A inexistência de nexotécnico epidemiológico não elide o nexo entre o trabalho e o agravo, cabendo à perícia médica a caracterização técnica do acidente do trabalho, fundamentadamente, sendo obrigatório o registro e a análise do relatório do médico assistente, além dos exames complementares que eventualmente oacompanhem.</p> <p>§ 2º Na hipótese prevista no parágrafo anterior, a perícia médica poderá, se necessário, solicitar as demonstrações ambientais da empresa, efetuar pesquisa ou realizar vistoria do local de trabalho ou solicitar o Perfil Profissiográfico Previdenciário-PPP, diretamente ao empregador.</p> <p>§ 3º A perícia médica do INSS poderá deixar de aplicar o nexotécnico epidemiológico mediante decisão fundamentada, quando dispuser de informações ou elementos circunstanciados e contemporâneos ao exercício da</p>	<p>- Reza o “Guia...” que a importância dos sites que fornecem informações sobre a toxicidade de muitas substâncias químicas e, em particular, a Agência de substâncias tóxicas e registro de doenças dos Estados Unidos e as monografias do Programa Internacional de Segurança Química não devem ser subestimadas;</p> <p>- A “literatura cinza”, que corresponde a documentos não publicados em revistas científicas revisadas por pares, é cada vez mais desenvolvida e provém de organizações francesas tais como o Instituto Nacional do Meio Ambiente Industrial (<i>Institut National de l’Environnement Industriel - INERIS</i>), e o Organismo Profissional de Prevenção da Construção Civil e das Obras Públicas (<i>Organisme Professionnel de Prévention du Bâtiment et des Travaux Publics - OPPBTP</i>); europeias, como a Fundação para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho de Dublin, a Agência Europeia para a Segurança e a Saúde no Trabalho de Bilbao, o Instituto Sindical Europeu para a Pesquisa, Formação e Saúde e Segurança de Bruxelas; ou internacionais e de outros países como a OMS, incluindo monografias da Agência Internacional de Investigação sobre o Câncer, o Serviço de Saúde Nacional britânico, Centros de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos e o Centro Canadense de Saúde e Segurança no Trabalho.</p> <p>- Por último, a título indicativo, é possível tomar conhecimento dos tipos de pareceres já emitidos por outros CRRMPs junto à Direção de Riscos Profissionais (DRP) da CNAMTS;</p> <p>- Assim, o CRRMP é responsável por estabelecer, em virtude da alínea 3, o nexodireto entre o trabalho habitual da vítima e a doença que figure na Tabela de Doenças Relacionadas ao Trabalho, em que uma ou</p>
--	---	---

	<p>atividade que evidenciem a inexistência do nexa técnico entre o agravo e o trabalho;</p> <p>- Art. 8º Aplicam-se as disposições desta Instrução Normativa aos benefícios requeridos ou cuja perícia inicial foi realizada a partir de 1º de abril de 2007, data de início da aplicação das novas regras de estabelecimento do nexa técnico previdenciário:</p> <p>I - possibilidade de estabelecimento do nexa técnico pelo INSS sem a vinculação de uma CAT ao número do benefício;</p> <p>II - incorporação automatizada das listas A e B do anexo II do Decreto nº 3.048/99; ao SABI; e</p> <p>III - início da aplicação do Nexa Técnico Epidemiológico Previdenciário- NTEP.</p>	<p>mais das condições contidas nesta se refiram ao período de tempo de espera/cuidado, a duração de exposição, ou a uma lista limitada de trabalhos enquadrados.</p> <p>- O CRRMP deve se assegurar que a atividade profissional da vítima exposta ao risco esteja contida na tabela de referência, e que a cronologia da exposição e dos sintomas é compatível com uma etiologia profissional;</p> <p>- Nos termos da alínea 4: o nexa direto e essencial entre o trabalho habitual da vítima e a doença caracterizada não designado numa Tabela de Doenças Relacionadas ao Trabalho, quando ela implica na morte da vítima ou numa incapacidade permanente previsível de pelo menos 25% na data da demanda. O CRRMP deve se assegurar de que haja elementos científicos sólidos que permitam confirmar que a exposição relacionada ao trabalho discriminada está na origem da doença, mas também deve investigar se não há outras causas (pessoais ou ambientais);</p> <p>- O CRRMP se apoia então sobre recursos diversificados para estabelecer a plausibilidade de um nexa causal entre a doença e a exposição aos riscos relacionados ao trabalho. Tem o cuidado de verificar, em caso afirmativo, que as exposições a riscos relacionados ao trabalho ocupam um lugar preponderante, embora não necessariamente exclusivo, na gênese da doença;</p> <p>- No que diz respeito aos arquivos que deveriam ter beneficiado da presunção de origem resultante do artigo L. 461-1, alínea 2, se o comitê considerar que todas as condições de um quadro estão preenchidas, ele delibera sobre o dossiê, dando-lhe um laudo favorável.</p>
	<p>- O Laudo Médico Pericial gerado pelo Sistema de Administração de Benefícios por Incapacidade (SABI) geralmente se dá em 1 lauda contendo os seguintes campos:</p>	<p>- O laudo deve ser suficientemente fundamentado para evitar qualquer erro manifesto de apreciação de acordo com as regras de deontologia médica;</p>

<p style="text-align: center;"><b>Componentes do Laudo Pericial</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Um cabeçalho com o nome e o número do requerente, sexo, estado civil, data de nascimento, ocupação, RG, data do exame, data da emissão e a ordem;</li> <li>• Descrição do tipo de Benefício;</li> <li>• História (Anamnese) do/da periciado(a);</li> <li>• Detalhamentos do Exame Físico;</li> <li>• Um rodapé contendo campos a serem preenchidos com “Sim” e “Não” tais como: “Acidente do Trabalho”, “Espécie de Nexo”, “Isenção de Carência”, “Auxílio Acidente”, “Vistoria Técnica”, “Encaminhamento à Reabilitação Profissional” e “Sugestão de Aposentadoria por Invalidez”;</li> <li>• A Data de Início da Doença (DID);</li> <li>• A Data de Início da Incapacidade (DII);</li> <li>• A classificação da doença que acomete o trabalhador ou a trabalhadora na CID-10;</li> <li>• Considerações (quanto ao momento pericial como um todo);</li> <li>• Resultado (descrevendo se há ou não incapacidade laborativa);</li> <li>• Nome do(a) médico(a) perito(a) examinador(a), seu número de registro no conselho de classe (CRM) e número de matrícula enquanto servidor(a) público(a);</li> <li>• Quando for o caso, preenchimento por parte do/da médico(a) perito(a) de campo “Justificativa para o não enquadramento no NTEP”;</li> <li>• Data e hora da emissão do documento geradas automaticamente pelo sistema.</li> </ul>	<p>- O laudo fundamentado escrito pelos membros do CRRMP pode ser enviado pelo Seguridade Social para todas as partes. Por conseguinte, deve ser assegurado que este parecer seja elaborado em termos compreensíveis por todos os destinatários;</p> <p>- Deve se importar em mostrar o raciocínio e os argumentos que permitiram aos membros do CRRMP estabelecer ou não a existência de um nexo de causalidade entre a doença declarada e a atividade profissional da pessoa em questão;</p> <p>- Entre os dados que são importantes apresentar no laudo, é recomendável incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• a atividade profissional exercida;</li> <li>• a descrição das tarefas;</li> <li>• o tempo no posto de trabalho;</li> <li>• a duração da jornada de trabalho exposto(a) ao risco;</li> <li>• o motivo da cessação da exposição ao risco;</li> <li>• a presença ou ausência de restrições de tempo ou de repetitividade;</li> <li>• o limite da ultrapassagem do prazo final de cuidado ou da insuficiência da duração da exposição;</li> <li>• as características da doença em que o CRRMP é intimado a se pronunciar.</li> </ul> <p>- Se o comitê necessitar se referir a uma outra doença diferente da declarada, deve tomar cuidado para não a nomear.</p> <p>- Quando o pedido foi enviado por um Tribunal de Assuntos de Seguridade Social (<i>Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale – TASS</i>) ou um Tribunal de Recurso (<i>Cour d’appel</i>), o laudo deve responder exclusivamente às questões solicitadas.</p>
	<p>- Reza o <i>Manual Técnico de Perícia Médica</i> do INSS, que os laudos da perícia médica, bem</p>	<p>- Os membros do CRRMP estão vinculados pelo sigilo profissional e só podem</p>

<p style="text-align: center;"><b>Ética e sigilo</b></p>	<p>como a documentação que contenha registro de diagnóstico, serão tratados como documentos sigilosos; que, quando transitarem fora do setor, devem ser mantidos em envelopes fechados, que só poderão ser abertos por autoridade médica competente; que ;e vedada a manipulação de tais documentos por pessoal não autorizado; e que os servidores administrativos e técnicos que manipulam os referidos documentos estão igualmente sujeitos à guarda do sigilo profissional (BRASIL, 2002);</p> <p>- Todos e todas devem guardar o sigilo necessário, sob pena de enquadramento administrativo, ético-profissional, cível e penal;</p>	<p>comunicar suas opiniões fundamentadas à Seguridade Social. Além disso, eles são obrigados se reservar quanto a sua posição pessoal e as deliberações;</p> <p>- A comunicação de qualquer documento utilizado pelo Comitê para elaborar o seu laudo não é da sua competência, mas está sob a responsabilidade da Seguridade Social;</p> <p>- Os não-membros que puderam participar como ouvintes de toda ou parte de uma reunião de um CRRMP também estão vinculados pela obrigação de reserva e sigilo.</p>
<p style="text-align: center;"><b>Contestações e Recursos</b></p>	<p>- O empregador, não concordando com a concessão do benefício na espécie acidentária, poderá contestar ou recorrer da decisão, a depender do tipo de nexo técnico previdenciário estabelecido;</p> <p>- Em se tratando de “nexo profissional” ou de “nexo individual”, não cabe contestação, competindo ser protocolado o recurso ao Conselho de Recursos da Previdência Social (CRPS) apenas, sem efeito suspensivo;</p> <p>- Do mesmo modo não se pode recusar o recebimento de um recurso administrativo, que deve ser sempre encaminhado aos órgãos competentes, exceto quando reconhecido o direito pleiteado. Neste caso, ele deverá ser instruído pela perícia médica como um recurso às Juntas de Recursos (JR) do CRPS;</p> <p>- Em situação de recurso, se o parecer for favorável à pretensão do recorrente, a perícia médica deverá modificar a decisão pericial inicial, transformando o B91 em B31, e comunicar a decisão ao(a) segurado(a), que poderá interpor recurso contra a decisão;</p> <p>- Caso haja recurso por parte do/da segurado(a), se mantida a decisão de manutenção do B31, a perícia médica deverá emitir parecer técnico fundamentado e</p>	<p>- Em caso de não concordância com a decisão do CRRMP, o trabalhador ou a trabalhadora podem demandar uma perícia médica junto à CPAM de sua região;</p> <p>- Em caso de contestação da aplicação feita pela CPAM das conclusões da perícia médica, o trabalhador e a trabalhadora podem acionar a Comissão de Recursos Amigáveis (<i>Commission de Recours Amiable - CRA</i>) da CPAM da região dos/das mesmos(as). Os membros de tal Comissão são designados pelo conselho administrativo no começo de cada ano;</p> <p>- Após essa etapa, se ainda não concordar com a decisão posta, o trabalhador ou a trabalhadora podem contestar a decisão da CRA junto ao Tribunal de Assuntos de Seguridade Social (<i>Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale – TASS</i>). O TASS competente será, em princípio, o mais próximo da casa do trabalhador ou da trabalhadora e que estiver está localizado num Tribunal Superior (<i>Tribunal de Grande Instance - TGI</i>);</p> <p>- Como último recurso, o trabalhador ou a trabalhadora podem recorrer junto ao Tribunal de Recurso (<i>Cour d'appel</i>) e/ou</p>

	<p>encaminhá-lo ao CRPS. Nessa situação e dos acórdãos das Juntas de Recursos (JRCRPS), não cabe interposição de recurso às Câmaras de Julgamento (CAJ) do CRPS, por se tratar de matéria de alçada;</p> <p>- Em se tratando de “nexo técnico epidemiológico previdenciário (NTEP)” e havendo discordância do empregador, a empresa poderá requerer a não aplicação do mesmo, em caso concreto, junto à Agência da Previdência Social (APS) de manutenção do benefício, anexando documentação probatória pertinente ao caso, em duas vias, que demonstrem que o agravo do/da segurado(a) não possui nexo com o trabalho exercido pelo/pela mesmo(a) (SANTOS JÚNIOR &amp; CHEREM, 2013, p. 282-283).</p>	<p>apresentar a defesa no Supremo Tribunal (Cour de cassation).</p>
<p style="text-align: center;"><b>Reabilitação</b></p>	<p>- Trata-se de um benefício prestado em forma de serviço, com o objetivo de promover o retorno dos segurados ao mercado de trabalho, que em decorrência de doença ou acidente de qualquer natureza ou causa, que se encontrem impossibilitados parcial ou totalmente para desenvolver as atividades no posto de trabalho de origem.</p> <p>O processo é desenvolvido por equipe multiprofissional, a partir da consolidação das lesões, através de quatro fases sucessivas, a saber:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação da capacidade laborativa residual;</li> <li>• Orientação e acompanhamento da programação profissional;</li> <li>• Articulação com a comunidade para regresso ao mercado de trabalho;</li> <li>• Acompanhamento e pesquisa de fixação no mercado trabalho;</li> </ul> <p>A reabilitação profissional tem dupla dimensão: social e econômica. Sua área de abrangência alcança a produção econômica e a proteção social. Reabilitar profissionalmente não é apenas preparar pessoas para voltarem ao mercado de trabalho. Preparar</p>	<p>- Ao final do período de suspensão do contrato de trabalho resultante de uma doença relacionada ao trabalho, o trabalhador é declarado inapto pelo médico do trabalho para retornar ao seu trabalho anterior.</p> <p>- A partir de então, o empregador oferece-lhe outro trabalho adequado às suas capacidades. Tal proposta leva em consideração a opinião dos representantes de pessoal, as conclusões escritas do médico do trabalho e as indicações que ele formula sobre a capacidade do trabalhador a exercer uma das tarefas existentes na empresa.</p> <p>- A atividade proposta deve ser a mais similar possível ao trabalho anteriormente realizado, se necessário pela implementação de medidas como transferências, mudanças de posto de trabalho ou rearranjo da jornada de trabalho.</p>

	profissionalmente significa integrar o homem na vida da comunidade.	
--	---	--

### 3.4.1 O primado da técnica e o arbítrio livre: o modelo peritocêntrico

No item anterior vimos os pontos principais de aproximações e distanciamentos entre o modelo pericial brasileiro e o francês. Vê-se que em ambos há uma primazia pelo modelo biomédico, contudo, o modelo francês perpassa por diversos atores sociais que o compõem, mesmo que de formação médica, porém de instâncias e competências diferentes. No caso brasileiro, vemos, no entanto, um modelo mais *peritocentrado* em que todas as etapas do processo passam pelas mãos deste/desta profissional.

É a partir da criação da carreira, que a figura do perito médico emerge enquanto um agente do Estado, cujas atribuições passam a ser a de avaliar, julgar, emitir e encaminhar pareceres quanto a existência ou não de incapacidade ou deficiência através da produção de laudos periciais, transformados em documentos oficiais. Também se destacam entre as atribuições deste/desta profissional a avaliação inicial para concessão de benefícios administrados pelo INSS, bem como o exame para manutenção destes benefícios em casos de pedido de prorrogação do auxílio-doença e nos casos de recursos quanto à concessão/não-concessão ou a natureza dos benefícios determinados. Ou seja, é um/uma profissional que está em todas as instâncias da cadeia de gestão dos benefícios.

Nesta operação de “controle do acesso” aos benefícios, a reivindicação de legitimidade por parte dos peritos médicos enquanto especialistas na verificação da dita incapacidade laborativa, sendo a estes, posteriormente, também delegada a responsabilidade pela avaliação médica para concessão do BPC, acabou tornando a perícia médica uma etapa decisiva deste processo, acarretando disputas e controvérsias entre os saberes médicos e jurídicos no que tange ao veredicto final, gerando o que aqui cunhamos de um modelo “peritocêntrico”.

Ou seja, neste caso, a ciência, e os usos que se faz dela, acabaria se constituindo em apenas mais uma prova, dentre tantas outras, no processo de concessão (e recusa) de benefícios assistenciais e previdenciários o que expõe um elevado grau de dependência e

influência sistêmica do INSS como um todo no modelo centrado na decisão médico-pericial<sup>127</sup> que se faz soberana, e a faz pautada na técnica biomédica.

*“Concede benefício não pela doença, mas pela doença e a ocupação. Se o medico [perito] disser que tem capacidade, o benefício geralmente não é cedido. Se disser que tem incapacidade aí geralmente é dado. Médico não define, mas tem um grande poder de decisão para o benefício ser concedido”* (médico perito do INSS de SP).

Melo e Assunção (2003, p. 112) afirmam que a decisão pericial no âmbito do INSS diz respeito à existência ou não de doença, incapacitante ou não, face às exigências específicas da atividade profissional do segurado examinado, que pode resultar, ou não, no deferimento do benefício por incapacidade pleiteado, do ponto de vista da legislação vigente e que, tal decisão é vista pelos próprios peritos médicos como semelhante a um julgamento, em que evocariam a missão de um juiz.

*“O perito quem decide o nexó. Julga se é B31 ou B91. O B91 conta como tempo de serviço, a empresa continua recolhendo pro INSS, e tem estabilidade após 1 ano de retorno ao trabalho. No B31 não se perde a qualidade de segurado, no entanto, cessa recolhimento de alíquota pela empresa e pelo funcionário<sup>128</sup>. De acordo com o dissídio coletivo de cada categoria pode se estender ou não a estabilidade após o retorno ao trabalho. A relação perito-periciado é complicada. Periciado vai atrás de dinheiro e é muito agressivo. E o perito não explica as diferenças entre B31 e B91”* (médico perito do INSS de SP).

As autoras prosseguem a análise quanto ao poder imbuído na decisão médico-pericial como verdade absoluta e inquestionável nas instâncias do INSS ao dizerem que, (p. 115), existiria, então na função de perito, a intenção de não prejudicar segurado. A instituição previdenciária representaria o pólo da economia do recurso pecuniário, tal como vimos na fala acima, e o segurado é o outro pólo, aquele que necessita da renda, sendo o perito o fiel dessa balança.

*“O que desregula a balança da Previdência são os benefícios sociais e não pra quem contribuiu CLT. A quantidade de dinheiro voltado pra isso é absurdo [...] A partir da Lei que cria o perito previdenciário, qualquer liberação de dinheiro só pode ser concedida por perito previdenciário”* (médico perito do INSS de SP).

<sup>127</sup> Em pesquisa realizada por Almeida (2011, p. 293), o autor relata que nenhum dos/das médicos(as) peritos(as) entrevistados por ele demonstraram preocupação principal com a autonomia do periciado, tal como preza o Art. 24 do Código de Ética Médica, fixando-se, a maioria, em decidir de forma justa e equânime quanto ao direito reclamado.

<sup>128</sup> Há, portanto, perda de arrecadação.

Contudo, ao decidirem sobre a capacidade/incapacidade para o trabalho, os peritos médicos do INSS definem, na grande maioria das situações, o acesso a um benefício pecuniário tal como dissemos, o auxílio-doença. Nesse julgamento, o tempo de contribuição do segurado para a Previdência é inversamente proporcional ao número de vezes em que este solicitou benefícios.

*“É difícil medir dor. As pessoas intensificam muito os sintomas. Paciente amplifica demais a dor para continuar no benefício. Às vezes meio que duvido. Quando tem casos reincidentes em benefícios assim eu encaminho pra reabilitação, já que a reabilitação é uma porta de saída. Cada vez o paciente chega com um atestado de CID diferente e com atestados de médicos diferentes.”* (médica perita do INSS do interior do PR).

Acredita-se que a reação do segurado diante da decisão médico-pericial no âmbito do INSS possa também ser um componente do processo de decisão do médico perito, entretanto, conviver com a dúvida tendo, mesmo assim, que decidir, parece ser parte do cotidiano desses profissionais, no qual, a despeito da incerteza, um parecer tem de ser produzido<sup>129</sup>. Sendo imprecisos e variáveis, quais os caminhos adotados, que elementos os peritos médicos do INSS buscam e mobilizam para decidir? Qual o peso das políticas previdenciárias no processo decisório destes? Se o que fazem é coletar provas e julgar se cabe o enquadramento legal pretendido pelo requerente, se faz necessário serem médicos? Como qualquer julgamento, transcendem o texto da norma e levam em consideração a percepção da justiça no reconhecimento do direito com considerações próprias das ponderações bioéticas.

*“Sempre tem que procurar ser o mais justo possível. Até pode dar o benefício, mas às vezes o paciente não está segurado”* (médico perito do INSS do interior de SP).

Que poder é este então investido nos médicos peritos do INSS que os fazem, por detrás do já legitimado e inquestionável discurso da ciência e da saúde tal como vimos discutindo ao longo dos capítulos anteriores, lhes ser também conferido a faculdade de juízes de forma que suas sentenças são acatadas sem titubeio pela instituição

---

<sup>129</sup> Tal como discutimos no item 3.2 deste estudo sobre o produto e o processo de trabalho do(a) perito(a).

previdenciária? De certo, como já demonstrado nesse estudo, se fez enquanto um processo histórico instituído na história da Previdência Social.

Adiante, iremos expor falas significativas de um médico perito do INSS de SP e ex-diretor da DIRSAT do INSS/SP entrevistado por nós no decorrer desta pesquisa que vem contrapor essa atual “perito-dependência” em seu limite técnico com possíveis marcos legais que permitam um modelo mais arguto e adequado ao novo mundo do trabalho no contexto brasileiro:

*“O modelo do INSS ainda é perito-dependente e biomédico. Agora com as ações civis públicas no Paraná, Santa Catarina, Rondônia, Maranhão, Sergipe, Rio de Janeiro e etc., e também com o decreto Lei 13.35 isso muda. Começam a mexer no modelo”.*

*“Para conceder o BPC [Benefício por Progressão Continuada] já se faz no modelo da CIF [Classificação Internacional de Incapacidade, Funcionalidade e Saúde da Organização Mundial de Saúde] por exemplo. Você tem pela primeira vez a aposentadoria especial para pessoa com deficiência que seja avaliada de forma integral, com médicos e assistentes sociais juntos. Tem que ter uma legislação que regule isso [modelo biopsicossocial e interdisciplinar]. Não pode ficar apenas no ponto técnico da coisa”.*

*“Temos hoje um sistema inviável por conta da implosão das perícias. Nem tudo precisa passar por perícias [...]. Para o modelo atual a única saída é contratar médico. Cada vez mais. Gasta-se tempo e dinheiro de uma mão de obra cara [peritos/as] para tratar igual os desiguais. Por exemplo: tem pessoas que precisam de 5 dias de afastamento como os que precisam de meses e os que precisam de uma aposentadoria. O que difere uma boa de uma má perícia é a informação. Quanto mais se sabe do segurado, melhor é a perícia. Ele tem outro emprego? Onde mora? E a família? Por isso a importância de se fazer com assistente social também”.*

*“Nenhum país avançado tem um modelo de perícias como o nosso. O modelo que temos hoje está falido. Gerou mais de 500 mil pessoas em benefício. Em cerca de 8 anos subiu de 40 para 70 milhões de segurados no INSS. Temos 1.600 agências do INSS. Se interiorizou mais pelo país. Entendo a perícia como fundamental, essencial e importante, mas parte de um processo sistêmico em que entra a concessão por benefício de incapacidade. Se tiver cada vez mais médicos, vira um exército de peritos. Precisamos de um modelo mais inteligente. Hoje todo o problema está nas costas do perito e ele sozinho não dá conta de tudo”*

Após consulta aos sistemas Suibe e Sigma do INSS/DF em 30 de junho de 2016, em que contamos com o auxílio de uma funcionária do setor de estatísticas da instituição, buscando um recorte temporal do início de nossa pesquisa (jan/14) até a referida data, quais eram os números referentes às perícias realizadas pela instituição em âmbito

nacional e se os mesmos batiam com o exposto pelo então diretor da DIRSAT à época. A tabela abaixo demonstra os resultados obtidos.

### Dados de Perícia Médica INSS – Perícias Realizadas (jan/14-mai/16)

Ano/Mês	Perícias Realizadas	Tempo Médio de Espera por Atendimento (em dias)	Agendamentos Ativos de Perícia Médica
Jan/14	583.354	26	494.942
fev/14	663.925	24	430.353
mar/14	592.307	22	439.187
abr/14	621.433	24	436.087
mai/14	627.441	24	427.006
jun/14	554.104	26	483.188
jul/14	638.295	25	520.175
ago/14	671.734	23	479.710
set/14	706.980	22	463.045
out/14	675.402	25	488.683
nov/14	608.462	29	507.100
dez/14	514.886	38	604.082
jan/15	551.208	34	617.913
fev/15	541.418	30	604.850
mar/15	727.567	25	463.578
abr/15	608.185	23	409.010
mai/15	585.799	22	378.469
jun/15	608.644	21	330.466
jul/15	488.334	20	325.696
ago/15	458.611	26	234.796
set/15	304.046	36	286.660
out/15	300.069	49	428.265
nov/15	304.241	65	628.810
dez/15	270.231	71	865.523
jan/16	373.753	57	977.496
fev/16	517.372	45	950.370
mar/16	729.434	39	808.910
abr/16	627.835	37	767.751
mai/16	654.445	35	749.049

Fonte: Suibe e Sigma, em 30.06.2016.

Conta Homero, na *Odisseia*, que, por ter desafiado os deuses, Sísifo foi condenado a empurrar eternamente montanha acima uma rocha que, por seu próprio peso, rolava de volta tão logo atingisse o cume. O auge do desespero de Sísifo não está na subida: o imenso esforço despendido não deixa lugar para outros pensamentos. A descida, ao contrário, não exigindo esforço, é o momento em que Sísifo é confrontado com seu destino: o aspecto trágico é conferido pela consciência de sua condição. Teriam os peritos médicos do INSS consciência de suas condições? Se sim, por qual pecado estão condenados à epítome do trabalho improfícuo e sem esperança de se ver um fim no horizonte?

Infelizmente destes dados não nos foi possível discriminá-los os que derivaram de acidentes/adoecimentos relacionados ao trabalho, nem menos aqueles que geraram benefícios B31 ou B91, ou mesmo quanto foram negados. Porém, para nós, a tabela acima expõe alguns dos corolários referentes ao processo de trabalho do médico perito do INSS.

Ao realizarem uma análise do processo de trabalho dos peritos do INSS, Pinto-Júnior, Braga e Roselli-Cruz (2011, p. 2842) afirmam que este deve seguir os paradigmas da Medicina do Trabalho, que postula a adaptação física e mental dos trabalhadores aos postos de trabalho ou tarefas, através de exames de seleção e de atividades “educativas”, restrito aos conhecimentos e práticas da Ciência Médica. Ora, a perícia médica previdenciária enquanto prática de controle estatal, sendo esta representativa dos mecanismos específicos de reconhecimento e seleção daqueles que terão direito ou não a determinados benefícios se dá tal como nos primórdios mesmo da Medicina do Trabalho em que o médico da fábrica julgava a aptidão para o trabalho e selecionava a força-trabalho.

Por outro lado, cabe-nos pensar que, ao ser estipulado um número máximo de atendimentos/dia, usando como padrão o tempo mínimo de 20 minutos por perícia, de modo que um exame pericial, diferente da consulta comum tal como explicitado por nossos/nossas entrevistados(as) nesse estudo, não se resume à anamnese e exame físico. A verificação de existência ou não de incapacidade laboral, que é o ato complexo do processo de trabalho destes/destas profissionais, não é só médico. De acordo com Coiro (2010, p. 248), é um ato médico-legal. O(a) perito(a) faz a interface entre os conceitos médicos e legais desta área do conhecimento e deve ter noções de medicina do trabalho. Contudo, 20 minutos não costumam ser suficientes para o adequado exame e registro pericial previdenciário. A qualidade, tem sido relegada, historicamente a segundo plano.

A autora prossegue chamando a atenção também para o curto espaço disponível no SABI para que este profissional possa escrever seus laudos, de modo a terem que resumir e deixar informações incompletas.

Também diz (p. 248-249) ser importante citar que a remuneração dos/das peritos(as) é composta de uma gratificação de desempenho que perfaz 50% do salário. Tal gratificação é dependente da fila de espera para atendimento pericial conforme apontado na tabela acima. Assim, se as perícias forem realizadas com mais cuidado e e maior tempo para avaliação dos pleitos e elaboração dos laudos, a fila aumentará e o salário diminuirá. Ou seja: perícias criteriosas e de maior qualidade podem significar diminuição de proventos a esse profissional impactando em suas condições de trabalho no que tange a remuneração. Vê-se que nossa tese de que o foco da crítica deve ser ao sistema pericial previdenciário como um todo, para além do conflito existente entre seus atores sociais (médicos x trabalhadores) é sustentável.

O problema é que a rocha continua a deslizar montanha abaixo porque, a razão principal está em hoje, no quadro nosológico, prevalecem as doenças provocadas pelas relações sociais conturbadas em relação às provocadas por agentes naturais. Prevalecem as de caráter degenerativo, porém enquanto desgaste tendo o social como determinante, sobre as de caráter agudo e infeccioso. Prevalecem as doenças que exigem uma prevenção comportamental (mudança na interação pessoa humana-natureza) sobre as que permitem uma profilaxia específica, com soros e vacinas por exemplo. Contudo, mesmo conhecendo melhor as causas das doenças e das incapacidades do que outros médicos ordinários tal como apregoam para si, os peritos tem sempre menor possibilidade de influir sobre tais causas, agindo por isso na periferia dos fenômenos mórbidos que não podem controlar, pois, para tanto, precisariam mudar as relações sociais e agir no equilíbrio pessoa humana-natureza, que é mediado pelo conjunto socioeconômico, cultural, político e jurídico-sanitário.

Entretanto, tal como referenciado pelo ex-diretor da DIRSAT INSS/DF, de fato, tem-se por exemplo com o Benefício de Progressão Continuada da Assistência Social (BPC/LOAS)<sup>130</sup> um importante exemplo de aplicação de uma outra lógica assistencial e previdenciária para além do modelo tradicional da Medicina do Trabalho e/ou da Saúde Ocupacional que, fez com que, a avaliação social e médico-pericial, em essência, substituísse os antigos critérios de elegibilidade pautados em modelos biomédicos, por

---

<sup>130</sup> E também com os métodos de Reabilitação do próprio INSS.

critérios baseados no modelo biopsicossocial da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF/OMS), com seleção de várias unidades de classificação de seus domínios e componentes e adaptação da sistemática por ela proposta para atribuição de qualificadores<sup>131</sup>.

Assim, não só o modelo das perícias de “linha de frente” para benefícios tais como o auxílio-doença são ainda “peritocêntricos”, como muitos dos termos pertinentes à legislação previdenciária brasileira, representada pela Lei nº 8.213/91, pelo Decreto nº 3.408/99 e pela Instrução Normativa INSS/PRES nº 45/2010, tais como “Capacidade Laborativa”, “Incapacidade Laborativa”, “Doença Incapacitante”, “Atividades da Vida Diária – AVD”, “Invalidez” e “Deficiência” por exemplo, pautam-se em definições ainda baseadas no modelo linear, biomédico e centrado no indivíduo da Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens – CIDID (OMS, 1989)<sup>132</sup>

Tal como descrito por Marcelino e Di Nubila (2013, p. 320), o modelo biopsicossocial, interativo e dinâmico da CIF permite compreender a funcionalidade/incapacidade (biológica, individual ou social) não só a partir da doença ou da condição de saúde, mas também a partir do ambiente (físico, social e de atitudes) em que cada indivíduo se insere.

Na atividade médico-pericial, por exemplo, a avaliação de incapacidade laborativa e invalidez, aptidão para retorno ao trabalho ou elegibilidade para reabilitação profissional, entre outras, não podem se pautar apenas na presença de uma doença ou distúrbio. O grande desafio está em conseguir que os profissionais gradativamente se apropriem do modelo biopsicossocial, interativo e dinâmico da CIF, compreendam a mudança de paradigmas por ele proposto e a lógica de sua codificação.

Ou para o modelo de Previdência que hoje temos o atual modelo serve bem a interesses eminentemente intrínsecos à base material contribuindo com a reprodução do

---

<sup>131</sup> De acordo com Marcelino e Di Nubila (2013, p. 318), a inovação na avaliação para acesso ao BPC, introduzida pelo Decreto 6.214/2007, motivou a formação de um grupo de trabalho interministerial, no mesmo ano de sua publicação, destinado a propor um modelo único de classificação e valoração das deficiências no país. As conclusões desse estudo apontaram também para o modelo biopsicossocial da CIF, como norteador para a elaboração de instrumentos de avaliação destinados à elegibilidade para as diferentes ações normativas.

<sup>132</sup> Ou seja, que possuem conceituação antônimas às descritas por nós no Glossário deste trabalho. Por exemplo, enquanto a CIDID compreende “Incapacidade” como sendo *restrição, resultante de uma deficiência, da habilidade para desempenhar uma atividade considerada normal para o ser humano* (OMS, 1989), a CIF a entende tal como *um termo genérico para deficiências, limitações de atividade e restrições de participação, indicando os aspectos negativos da interação entre um indivíduo (com uma condição de saúde) e seus fatores contextuais (fatores ambientais e pessoais)* (WHO, 2011; OPAS/OMS, 2003). O termo que se opõe, por exemplo, à “Incapacidade” na CIF não é “Capacidade” e sim “Funcionalidade” que possui a mesma conotação, porém denotando os aspectos positivos da interação.

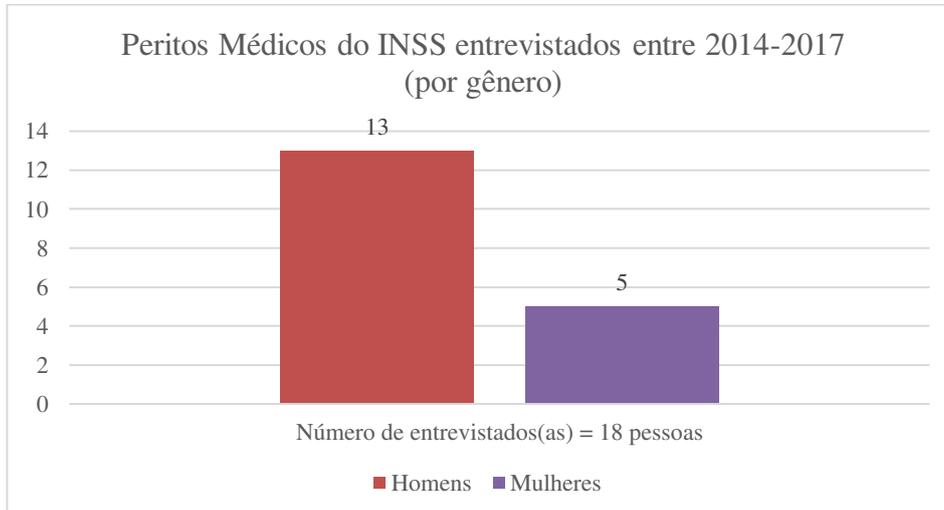
sistema jurídico-sanitário superestrutural? Em outras palavras, é um sistema feito para não funcionar.

### 3.4.2 Médico Perito ou Sherlock Holmes?

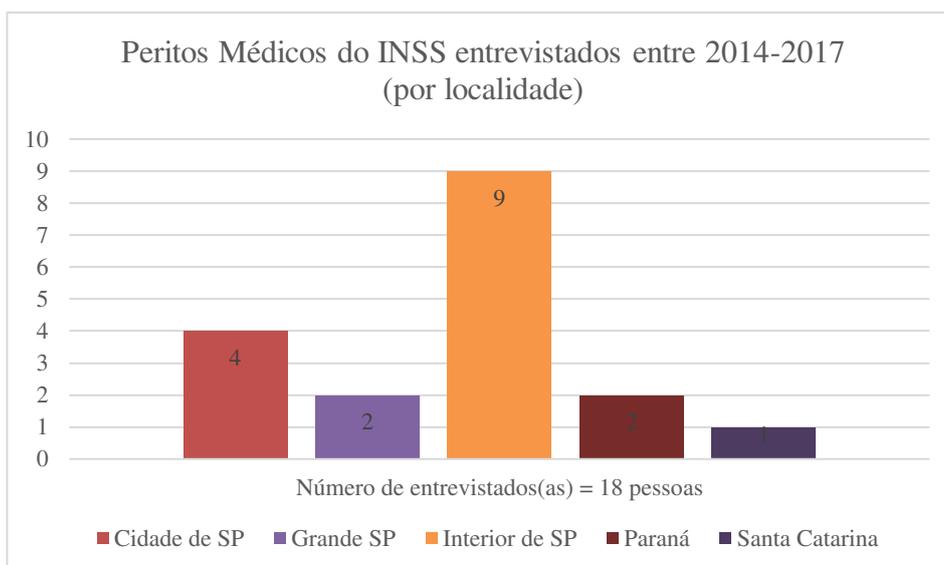
Tal como dissemos na introdução desse estudo, para compreendermos o movimento do concreto real se fez necessário imergirmos no campo das perícias em trabalho-saúde de forma a conhece-lo de perto, entende-lo, abstraí-lo e promover novas mediações a partir da experiência vivenciada.

Dos nossos 18 (dezoito) peritos médicos previdenciários entrevistados por nós nessa pesquisa, dividimo-los nos gráficos a seguir quanto ao gênero, localidade, especialidade, tempo como perito(a) e a motivação em ter escolhido a atividade de peritagem.

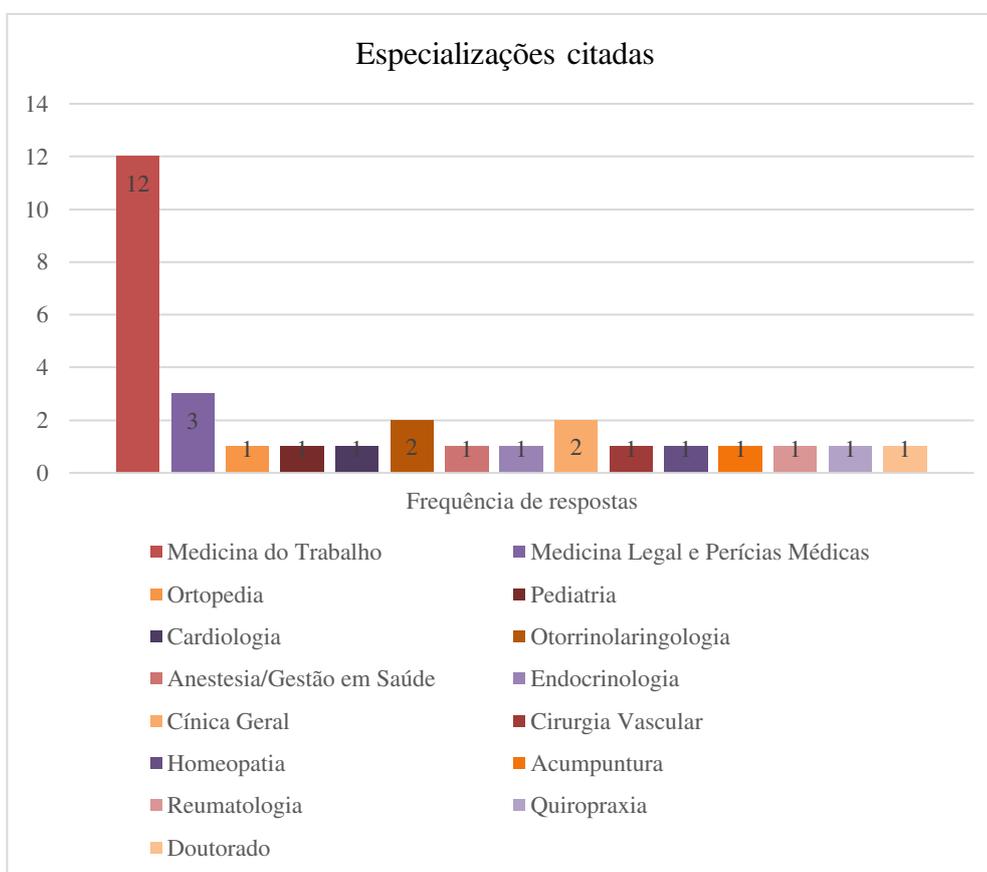
Destes, 13 (treze) eram homens.



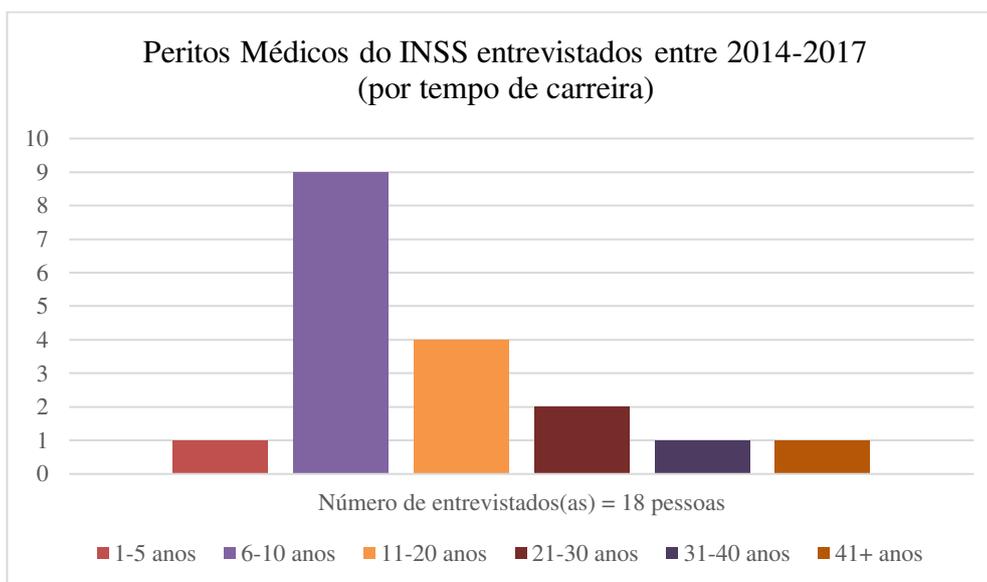
9 (nove) encontram-se atuando em APS do interior do Estado de SP.



12 (doze) possuem especialização em Medicina do Trabalho, entretanto, além desta, todos possuem mais de uma especialidade, tais como as elencadas no gráfico abaixo com a exceção de 1 (um) Otorrinolaringologista do interior de SP, 1 (um) Médico do Trabalho da cidade de SP e outro da Grande SP.

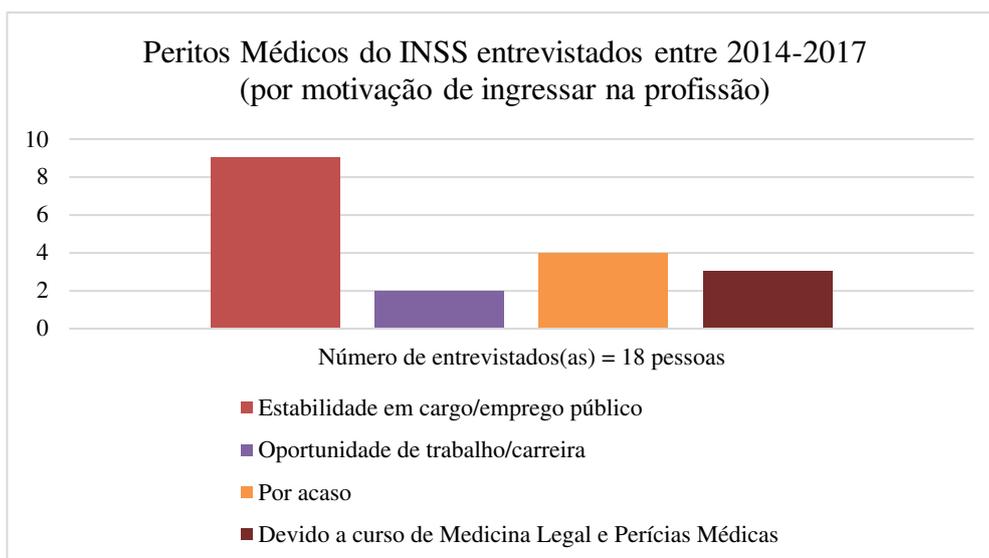


9 (nove) deles têm entre 6 (seis) a 10 (dez) anos de carreira, o que nos leva a inferir que a maioria de nossos/nossas entrevistados(as) adentraram a instituição já enquanto cargo público, ou seja, após a aprovação da Lei nº 10.876/2004 que criou a carreira de Perícia Médica da Previdência Social.



Ora, se justamente grande parte de nossos entrevistados ingressam na carreira de perito médico do INSS pós-2004, através de concursos públicos federais realizados nos anos de 2005 e 2006, bem como a maioria possui especialização em Medicina do Trabalho, também podemos inferir que o argumento de que tal especialidade médica configurar-se enquanto “profissional autônomo” no mercado de trabalho é uma falácia, pois, de acordo com o gráfico abaixo, as motivações do trabalho pericial são justamente como alternativa de emprego estável<sup>133</sup>.

<sup>133</sup> O assim chamado “profissional liberal”, em estado puro, isto é, o médico que trabalha exclusivamente para a clientela particular é raro. A modalidade que prevalece é o contrato entre os médicos e a organização previdenciária, que representa um compromisso entre a profissão privada e a relação de emprego (BERLINGUER, 1978, p. 156).



*“Pra mim apareceu o concurso em 1975 [para perito do INSS] e eu prestei. Nisso eu fazia especialização em cirurgia geral, aí comecei medicina do trabalho também. Eu passava meio período no INSS e meio no consultório. Depois fiz especialização em homeopatia e acupuntura. Me aposentei em 2015 [...]. Os peritos que entraram nos anos 2000 entraram mais especializados. Antes de 2000 tinham muitos casos de aposentadoria, depois diminuiu. Os peritos ficaram mais exigentes. Na década de 90 eram só peritos credenciados [...]. Antes eram umas 20, 24 perícias por dia. Depois de 2000 passaram a ser 15 por dia”* (médico perito aposentado do INSS do interior de SP).

*“Faço perícias há 41 anos. Fiz endocrinologia e clínica médica em 1975 e depois pós-graduação em perícia médica pela fundação Unimed em parceria com a Faculdade Gama Filho. Aí um amigo me fez um convite para conhecer as perícias do INSS e eu fui. Prestei o concurso em 9 de dezembro de 1975 e passei. Fiquei 30 anos lá. Me aposentei em 2005 e depois fiz a prova de título da Associação Brasileira de Medicina Legal em 2012. [...]. A bagagem como perito do INSS me ajuda como perito judicial já a 11 anos”* (médico perito judicial e aposentado do INSS do interior de SP).

*“Estou lá [INSS] tem 10 anos e hoje já como subchefe das perícias na parte administrativa. Tenho especialização de intensivista, cardiologista, médico do trabalho e perito. Eu quis ser perito pela oportunidade de trabalho e carreira. Como eu já tinha feito a especialização em medicina do trabalho, estudei o que era a previdência, as leis e etc.”* (médico perito do INSS do interior de SP).

*“Trabalhei 20 anos como perito [do INSS] de 1996 até me aposentar em 2015. Sou otorrinolaringologista, médico do trabalho e tenho também pós-graduação em perícias médicas [...]. Na verdade eu entrei como otorrino no SUS e depois fui transferido pro INSS. Foi por acaso”* (médico perito aposentado do INSS do interior de SP que também já foi perito judicial).

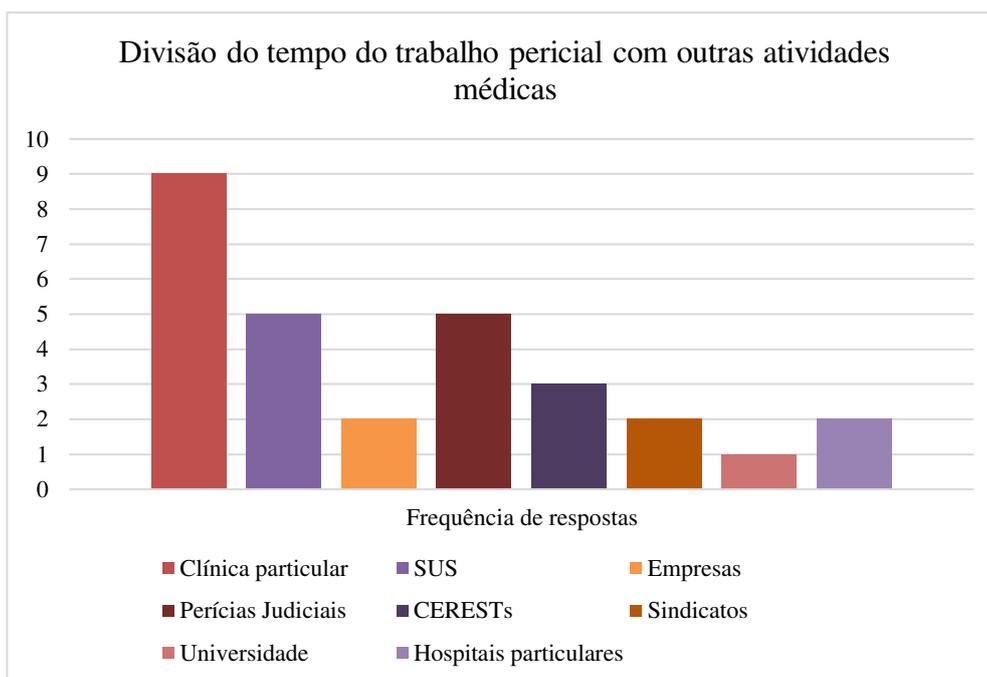
*“10 anos como perito [do INSS]. Otorrino como você sabe, medicina do trabalho e pós-graduação em perícia médica [...]. Queria um emprego público para ter um cargo público”* (médico perito do INSS do interior de SP).

*“Médico do trabalho, anestesista e tenho pós-graduação em medicina legal e auditoria e gestão de saúde. Perito [do INSS] há 19 anos, desde 1997 e trabalhista há 8 anos [...]. Me tornei perito por desdobramentos do curso de médico do trabalho mesmo, aí fui fazer perícias”* (médico perito do INSS e também judicial de agência da Grande SP).

O trabalho pericial no INSS tanto pode ser a atividade principal dos médicos por nós entrevistados quanto atividade secundária como complementação de renda para uma atividade considerada pelos próprios como principal. Assim, 9 (nove) disseram também atuar em clínica particular com as demais especialidades as quais possuem formação; 5 (cinco) relataram atuar nas instâncias do SUS, aqui compreendidas como UBS's, USF's, UPA's, hospitais e demais estabelecimentos (excluindo os CERESTs); 2 (dois) ou já foram (ou ainda são) médicos de empresas e/ou fizeram perícias enquanto assistentes técnicos das mesmas; 5 (cinco) já atuaram (ou ainda atuam) como peritos judiciais, destes 2 (dois) somente como assistentes técnicos da parte dos trabalhadores e trabalhadoras, 2 da parte das empresas e 1 (um) para o próprio INSS; 3 (três) deles ainda atuam em CERESTs, sendo que somente 1 (um) permanece como perito do INSS; 2 (dois) assessoram sindicatos na parte de saúde do trabalhador, contudo, não fazem mais parte do quadro do INSS; 1 (um) divide sua atividade de perito previdenciário com a docência em ensino superior e; 2 (dois) atuam também em hospitais particulares exercendo outras funções que não a medicina do trabalho ou a perícia médica<sup>134</sup>.

---

<sup>134</sup> Uma parte sempre maior dos médicos tem ainda um contrato de trabalho estável com os municípios, (médico municipal e higienista), ou com hospitais gerais e especializados, ou com outras entidades previdenciárias, ou com a administração estatal (médicos supervisores, universitários, médicos de ferrovias, médicos militares, etc.). Muitos deles com contrato de trabalho completam sua atividade com outros convênios, ou com a sua profissão privada (BERLINGUER, 1978, p. 156).



Muito embora a Perícia Médica Previdenciária seja apenas um dos diferentes campos de atuação dos médicos, tornou-se este o segmento mais conhecido da comunidade médica e da população em geral no ramo pericial, pelo seu crescimento significativo, tanto em virtude da estrutura previdenciária, como no número de profissionais envolvidos.

A Perícia Médica Previdenciária tem como finalidade subsidiar a autoridade administrativa do INSS, acerca de características constatáveis no requerente a benefícios assistenciais ou previdenciários, comuns ou acidentários, que lhe permitam reconhecer ou não direito a benefícios previstos em lei. O Conselho Federal de Medicina (CFM) compreende que *perícia médica* previdenciária é uma atividade realizada no INSS para verificar a incapacidade laborativa do trabalhador e da trabalhadora segurados e lhes conceder (ou não) benefícios por incapacidade.

Sousa-Lima (2011, p. 1) contribui com o entendimento do CFM, aludindo que a perícia médica é a avaliação necessária para a concessão ou indeferimento dos benefícios de auxílio-doença (previdenciário ou acidentário), auxílio-acidente ou aposentadoria por invalidez. Diz o autor que o médico perito deve avaliar cada caso individualmente ponderando que o problema de saúde que incapacita uma pessoa para o trabalho não incapacita outra e, cabe a ele avaliar cada situação, levando sempre em consideração o

tipo de enfermidade e a natureza da atividade exercida pelo segurado<sup>135</sup>. A conclusão da perícia médica do benefício requerido deverá sempre ser feita com base na legislação, na análise dos exames apresentados e no resultado da avaliação médico-pericial.

Caso o segurado não concorde com a conclusão da perícia médica, pode solicitar um Pedido de Reconsideração (PR). O novo exame será realizado por outro médico perito do INSS. No caso do auxílio-doença, o médico perito determina a duração do benefício. O segurado que não se considerar em condições de retornar ao trabalho, ao final do prazo estipulado, poderá requerer um Pedido de Prorrogação (PP), a partir de 15 dias antes da data prevista para o término do benefício. Nesse caso, o segurado será submetido à nova perícia médica. Gonzaga (2004) ressalta que o reconhecimento ou não dos benefícios por incapacidade é atribuição exclusiva dos/das médicos(as) peritos(as) do INSS.

Neste sentido, Argolo e Lima (2007, p.141) vislumbram que:

"(...) a Perícia Médica Previdenciária tem por finalidade precípua a emissão de parecer técnico conclusivo, quando da avaliação da incapacidade laborativa, em face de situações previstas em lei; faz análises sobre o requerimento dos benefícios referentes à aposentadoria especial, do enquadramento do Benefício de Prestação Continuada/Lei Orgânica de Assistência Social e dos portadores da síndrome de talidomida; assessora as Procuradorias e Juntas de Recurso, com acompanhamento de processos judiciais, emitindo parecer técnico em juízo, quando convocado ou indicado como assistente técnico do INSS; homologa as concessões do auxílio-acidente, aposentadoria por invalidez e o acréscimo de 25%; avalia o dependente maior inválido, bem como delega competências de acordo com os atos vigentes; trabalha em conjunto com a fiscalização na identificação da presença de agentes nocivos nos ambientes de trabalho e estabelece nexos causais entre as doenças do trabalho, atua como um dos setores mais importantes da Seguridade Social".

Com tantas atribuições a nosso ver, cartorárias, no interior do INSS, o que faz esse/essa profissional que seja realmente próprio à medicina no entendimento que discutimos no capítulo anterior que não o assemelha ao que Codo (2013, p. 29-31) diz ser óbvia a semelhança de seu fazer à da personagem fictícia Sherlock Holmes dos escritos de Sir Arthur Conan Doyle?

*“Quando tem documentos fundamentados, por exemplo, atestado que ficou internado agudizado e etc., aí tem mais seriedade. Você fica paranoico com tudo quanto é documento que chega. De onde vem cada atestado e tudo o mais [...]. Um olho no trabalhador e outro no computador”* (médico perito exonerado do INSS de SP).

---

<sup>135</sup> Eis um ponto nevrálgico. Em nosso entendimento, para se avaliar capacidade/incapacidade não se pode fazer uma avaliação individual da pessoa, mas sim, faz-se necessária uma avaliação do posto de trabalho.

*“Perícia é feita a partir dos documentos que o segurado traz na perícia. Laudos, atestados, exames. Se não trouxer, tem até um mês para voltar na perícia se não caduca. Fazem por controle interno no momento. Se a pessoa nem nada trouxer eu nem peço pra voltar”* (médico perito do INSS de SP).

*“Agora estou nas perícias de reabilitação e sou também gestora e homologadora de duas agências da região de [cita região do norte do Paraná] analisando prontuários médicos. Analiso tudo o que foi feito e concedo ou não aposentadoria por invalidez ou benefícios mais longos como os auxílio-adoecimentos por exemplo. Na parte técnica vejo muitas datas que os colegas colocam nos laudos”* (médica perita do INSS do interior do PR).

*“No meu treinamento de entrada no INSS com peritos mais velhos, eles me disseram que ali a gente deveria deixar de ser médico e esquecer a relação médico-paciente”* (médica perita exonerada do INSS do interior de SP).

*“O perito nem olhou na minha cara. Mais viu a papelada toda”* (operador de empilhadeira de empresa da Grande SP).

*“A [cita empresa do ramo automobilístico] adoecia muito em [cita nome da cidade]. A [cita nome de sua professora de curso superior] tinha uma caixa de laudos só de lá. Uma vez uma aluna do nosso grupo acompanhou um trabalhador durante uma perícia do INSS porque ele estava ansioso. E na perícia o médico não tocou ou mesmo olhou pra ele”* (psicóloga perita judicial em BH).

Vê-se que o papel que o(a) perito(a) médico(a) do INSS exerce é semelhante ao de um detetive. O que faz em seu trabalho cotidiano caracteriza-se mais por uma investigação do que por um cuidar. Trata-se de chegar a uma conclusão correta na ausência de dados que a permitiriam. Com a diferença que o fazem 15 vezes ao dia, enquanto Sherlock Holmes possuía dias ou meses sem ocorrer, onde só lhe restava exercitar o cérebro com fumo de seu charuto, ao(a) perito(a), cabe exercitar a investigação por atacado e sem descanso.

Codo (2013, p. 19) inclusive chega a dizer que o(a) perito(a) seria um/uma médico(a) e, ao mesmo tempo, um(a) “antimédico(a)”, pois, no momento da avaliação pericial, não buscaria a cura, não se compadeceria do sofrimento de seu/sua paciente<sup>136</sup>, mas atuaria como curador e fiscal. Esta representação do perito como um fiscal (neste caso, do Estado) está associada ao papel que este/esta desempenharia em relação ao controle dos recursos públicos e também sobre as tentativas de fraudes, temas esses que veremos adiantes ainda neste item.

---

<sup>136</sup> Pois de fato não o é tratado enquanto paciente. Não há uma relação de cuidado-cura ou mesmo mercadológica em que o(a) cliente paga por um serviço. Ao contrário, na visão de muitos dos/das peritos(as) médicos(as), o(a) “segurado(a)” visa justamente subtrair um valor que o(a) médico(a) perito(a) “protege”.

O “Livro da Perícia Médica” produzido pelo Conselho Regional de Medicina de Goiás (CREMEGO), apregoa que a perícia seria:

Uma sindicância de natureza médica que visa esclarecer fatos que interessam em um procedimento judicial ou administrativo. A finalidade da perícia é produzir provas, e a prova não é outra coisa senão o elemento demonstrativo do fato. Sua finalidade, portanto, é de contribuir com a revelação da existência ou não existência de um fato contrário ao direito (Apresentação – Perícia Médica, CRM Goiás, 2007).

Seguir pistas através de sindicâncias, esclarecer fatos, investigar procedimentos, desmascarar pessoas e circunstâncias e ainda por cima produzir provas que endossem um laudo são atributos que definem as palavras “detetive” ou então “investigador/investigar” em qualquer dicionário de língua portuguesa tal como o de Ferreira (2008, p. 490), ao passo que “medicina” é definida como *a arte e a ciência de evitar, curar ou atenuar as doenças* e “médico”, *o indivíduo diplomado em medicina que a exerce* (p. 544).

*“Penso na desqualificação da atividade médica. O papel do perito vira um simples interditor-castrador. É o malvado necessário”* (médico perito e ex-diretor da DIRSAT do INSS/DF).

Assim, na perícia médica previdenciária, vê-se um imbricamento do sistema jurídico-sanitário superestrutural do capital através do relacionamento entre lei e ciência da saúde em que a esta última não lhe cabe dar seu reconhecimento dos fatos puros ou de sua reivindicação de verdade, mas sim, é chamada a atestar a norma por meio da produção de evidências e provas. Ou seja, nos dizeres de Melo (2014, p. 56), a perícia médica torna-se uma operação técnica que exige perícia em bem fazer a linha de corte, o enquadramento normativo, na junção da racionalidade médica à racionalidade jurídica somente.

Dessa forma, o especialista (perito médico) produzirá a prova como elemento demonstrativo de um fato, sendo esta prova seu laudo pericial, e o fato de constatação ou não de incapacidade laboral e se há nexos com o trabalho exercido para consumo das instâncias administrativas do INSS. Cabe aos segurados buscar reunir o maior número possível de documentos atestando suas enfermidades (vide que o próprio Manual de Perícias Médicas da Previdência Social estabelece que cabe ao segurado o ônus da prova de sua doença), entretanto é o perito médico quem irá decidir se a doença apresentada é de fato incapacitante ou acarreta impedimentos dispostos na lei como vimos no item anterior.

O servidor da área médico-pericial do quadro permanente do INSS é o profissional com a atribuição de se pronunciar conclusivamente sobre condições de saúde e capacidade laborativa do examinado, para fins de enquadramento em situação legal pertinente. Deve ter sólida formação clínica, amplo domínio da legislação de previdência social, conhecimento de profissiografia, disciplina técnica e administrativa e alguns atributos de personalidade e caráter destacando-se a integridade e independência de atitudes, além da facilidade de comunicação e de relacionamento (Manual de Perícia Médica Previdenciária, 2003).

Nos chama a atenção nesta definição do Manual, a exigência de “alguns atributos de personalidade e de caráter”, como a “integridade e independência de atitudes, facilidade de comunicação e de relacionamento”, atributos estes que evidenciam determinadas moralidades que devem estar associadas a profissão de perito médico do INSS.

Em seu estudo sobre a saúde mental do perito médico, Codo (2013, p. 136-137) aponta que 40% dos/das peritos entrevistados por ele, disseram viver um drama com a sua própria consciência, pois, para eles, vivem de fazer julgamentos, sempre atravessado por uma moral implícita, muitas vezes sabendo que estão com as condições de vida de uma família inteira nas mãos. Ou seja, vivem em conflito permanente entre a vida de necessidades do segurado e a necessidade de negar um benefício injusto, o que lhes acarreta um sofrimento ético.

Adiante nesse mesmo estudo, Vasques-Menezes (2013, p. 157-158) avaliou o comprometimento dos/das médicos peritos do INSS em despersonalização, acarretando um não reconhecimento de si, considerando que as consequências de um trabalho relacional-afetivo inerente ao trabalho destes, mesmo que sejam permeados de normas técnicas e legislação. Ora, para nós, é justamente essa apendicização do trabalho médico às tecnoburocracias que contribuem com sua autoalienação e alienação dos outros, ocasionando também uma alienação de seu produto e processo de trabalho tal como veremos a seguir.

*“Não faço só o mal, faço coisas boas também de ceder benefícios a quem realmente precisa”* (médico perito do INSS do interior de SP).

### 3.4.3 O SABI e a autonomia do(a) perito(a) médico(a)

Nesse item nos propusemos a investigar de que forma o Sistema de Administração de Benefícios de Incapacidade (SABI), enquanto sistema tecno-informacional põe em segundo plano o saber médico que, apendicizado à tecnologia limita seu saber à um grau de irrelevância no mundo instrumental do capital pois tolhe sua autonomia historicamente compreendida como intrínseca à especialidade médica e lhe impõe novos tempos e ritmos de trabalho que contribuem com o controle da subjetividade deste profissional, alienando-o de seu trabalho como um todo.

Assim tentaremos esboçar brevemente de que modo os mecanismos de gestão do INSS impactam na construção de uma subjetividade inautêntica deste/desta profissional influenciando em seu *ethos* profissional que de certa forma regula sua atuação.

Antunes (2009, p. 131) descreve que, como a máquina não pode suprimir o trabalho humano, ela necessita de uma maior interação entre a subjetividade que trabalha e o novo maquinário inteligente. E, nesse processo, o envolvimento interativo aumenta ainda mais a alienação do trabalho, amplia as formas modernas de reificação, distanciando ainda mais a subjetividade do exercício de uma cotidianidade autêntica e autodeterminada. Logo, vê-se que é próprio das gestões hipermodernas e informacionais transferir parte do saber intelectual para as máquinas informatizadas, que se tornam mais inteligentes, reproduzindo uma parcela das atividades a elas transferidas pelo saber intelectual do trabalho.

*“Faz a perícia pelo sistema SABI. Coloca o último dia trabalhado, a data da doença, a data da incapacidade, o CID, um histórico e o diagnóstico. Tem as diretrizes [Médico Periciais] também que relacionam o diagnóstico e o tempo de tratamento. É um padrão, não uma regra [...]. É raro mas pode acontecer uma visita de posto de trabalho. Por exemplo, se você recebe um PPP [Perfil Profissiográfico Previdenciário] e lá diz que tem muito ruído no ambiente de trabalho, às vezes você tem que checar. Mas no sistema SABI tem registrado todas as perícias da pessoa. Você acompanha o histórico por ali. O SIMA, Sistema de Informação Médico Assistencial é quando o perito pode solicitar ao médico assistente laudos que demonstrem o início da doença e/ou da incapacidade”* (médico perito do INSS da Grande SP).

*“Tem trabalhador que chega com atestado com 10 CIDs e o SABI só permite um principal e um secundário e esse segundo é facultativo. O SABI tem limite de caracteres pra se escreve as coisas nele, como a história ocupacional por exemplo [...] médico não coloca o NTEP, mas sim o SABI. Que já cruza os dados previamente. O que o médico pode fazer é excluir o NTEP a partir da pergunta que o sistema faz: - Há elementos médico-periciais para a não aplicação do NTEP?”* (médico perito do INSS de SP).

Quando questionamos no item anterior se faz-se necessário que esse profissional perito tenha formação médica seria no entendimento da leitura que fazemos de Harvey (2011, p. 87) por exemplo, quando este nos diz que as inovações tecnológicas têm desempenhado um papel que coloca todos nós sob a lei dos especialistas, que nada tem a ver com a preservação do interesse público, mas tudo a ver com novas formas de organização do trabalho que implicam num investimento maior na formação dos trabalhadores e novos dispositivos de controle. Ou seja, o que importa é a celeridade do ato e da decisão pericial contados a partir do momento em que o segurado senta-se à frente do perito médico.

*“O paciente sentou na minha frente o cronometrozinho lá do Tempo Médio de Atendimento já começa a funcionar”* (médico perito do INSS da Grande SP).

A tecnologia diz respeito à concorrência intercapitalista e ao conflito capital x trabalho. Quando este se acirra, novas tecnologias são implantadas para designar a quem pertence a mais-valia e como gerá-la, ou seja, como se utilizar ainda mais da força de trabalho. No âmbito do INSS especificamente, o SABI, por exemplo, é implantado para “agilizar”, ou seja, fazer mais em menos tempo, e desfavorece a classe trabalhadora, seja ao perito que o maneja, seja o trabalhador “consumidor” do sistema, ao subsumir o primeiro à sua lógica e o segundo que fica com o ônus de solicitar a segunda perícia (de prorrogação do benefício por exemplo).

*“Tinha uma meta de produção por agência e o salário variava de acordo com essa produtividade. De 3 em 3 meses era feita uma avaliação das metas periciais que colocavam em jogo o acordo de se fazer 6 horas de trabalho por dia. Se não batessem as metas podiam perder esse combinado de 6 horas. Aí a gente tinha uma forma de compensar a meta. Por exemplo, se tinha muita aposentadoria especial pra dar conta, vários peritos eram destinados pra fazer perícias de aposentadoria especial pra não deixar cair a meta. Todos os peritos são avaliados e se a maioria tiver produtividade alta se mantém o acordo das 6 horas e aumento salarial. Se fosse baixa corriam o risco de perder as 6 horas. Adianta xingar o perito ou ele é apenas instrumento dessa sistemática perversa do INSS? Muitos peritos aderem à lógica sem questionar ou aderem ideologicamente. São os instrumentos perfeitos. Não tem compromisso nenhum com o social”* (médica perita exonerada do INSS do interior de SP).

*“Antes a perícia era bem mais concessiva. Tinha vereadores que iam lá e pediam pra dar benefícios pra algum conhecido. Era tudo manual”* (médico perito do INSS do interior de SP).

No estudo de Jesus (2013, p. 107) sobre as condições de trabalho dos peritos, a autora identifica que as condições de informática nas Agências da Previdência Social (APS) têm uma relação significativa com o comprometimento do perito, o significado do trabalho e a carga de trabalho, de modo que quão melhores são essas condições, maior é o comprometimento, o trabalho adquire mais sentido a estes.

No mesmo estudo (p. 108), a autora relata que o SABI foi majoritariamente avaliado como um sistema ruim, que não funciona bem, por 2 a cada 3 peritos consultados. Uma das explicações foi de que o mesmo constantemente sai do ar o que rigorosamente interrompe o trabalho de toda uma APS. Também 84% de seus peritos médicos entrevistado relataram que a lentidão é um problema grave e que o tempo que poderia ser dedicado a um número maior e com melhor qualidade de perícias, é gasto olhando para uma tela de computador que insiste em despejar lentamente outras tantas telas necessárias para a execução do trabalho. O que, além de diminuir o ritmo e a qualidade do trabalho, ou justamente por isso mesmo, tal lentidão do sistema informacional os irrita profundamente.

Ainda em seus resultados, Jesus (2013, p. 108-109) expõe que, 85,95% de seus entrevistados dizem que, do ponto de vista científico, o SABI não fornece respostas adequadas para a perícia e 37,4% consideram que são informações demais a serem preenchidas. E para 84,5% o que é mais grave, é que o sistema fica falho no sentido de informações importantes para o perito no momento de realização da perícia.

*“Eu trabalhava numa agência que era a segunda maior da América Latina. Uma agência com mais de 10 peritos. Maioria não é médico do trabalho lá. Fazia 6 horas por dia. Eram 4h na prática por conta de um acordo coletivo de produtividade. Era tudo muito controlado em sistema informatizado. Fazia 15 perícias por dia, você tinha uma média de 20 minutos por perícia. Tem perito que fazia em 1 minuto. As que tinha que checar cirurgias mesmo por exemplo. Aí, quem está empregado recebe o resultado na hora. Os autônomos, avulsos recebem por carta. Acho que hoje todo mundo vê o resultado pela internet no mesmo dia [da perícia] à noite [...]. Tem um controle do tempo da perícia tipo ‘telemarketing’. Me sentia escravo do computador, mal dava para conversar com o sujeito ali na sua frente. Eu não sofria repressão da coordenação caso ultrapassasse o tempo, afinal o supervisor não era médico, não entendia de como fazer. Não tem treinamentos ou capacitações quando você entra. Você apenas começa com um número pequeno de atendimentos por dia, tipo uns 4, na primeira semana, depois é pauleira. Tem um exame, um formulário padrão que preenche no computador como estratégia de agilizar o trabalho quando são casos de maior incidência. O sistema informatizado é complexo de se mexer [...]. Se você colocar tudo ‘sim’ no SABI [Sistema de Administração de Benefícios por Incapacidade] em relação ao NTEP é mais fácil. Se negar tem que explicar aí já demanda tempo. Nesse meio aí você pode acabar dando nexos pra quem se acidentou em casa mesmo, por exemplo, caiu trocando uma*

*telha e o NTEP dá que foi porque o cara trabalhava numa metalúrgica [...]. Aí tem o SIMA também. A Solicitação de Informação Médico-Assistencial. Que são os documentos que faltaram no dia da perícia por exemplo. Se você for muito detalhista na perícia, isso sobrecarrega o médico depois [...] Pro INSS às vezes é bom dar um tempo maior de benefício para não ter que ficar reagendando novas perícias. Inclusive tem uma cultura de continuar o benefício pra pessoa e meio que jogar a bucha para outro perito que pegue o caso no futuro” (médico perito exonerado do INSS de SP).*

Nota-se uma degradação do *ethos* profissional médico (como também do juiz no caso das perícias judiciais) e o que alguns teóricos vem discutindo tais como Dias (2015, p. 60) sobre uma proletarização do trabalho médico<sup>137</sup>, em que, pressionados pelas inovações tecnológicas e pela reorganização dos serviços de Saúde, partindo sempre da lógica capitalista, em que a saúde e particularmente a doença se tornam mercadorias, observa-se tal crescente proletarização dos profissionais e precarização do trabalho, com altas exigências de desempenho e qualidade, agravadas pela redução do reconhecimento social e da renda<sup>138</sup>.

Assim, vê-se que se ampliam não só a precarização das condições de compra/venda da força de trabalho mesmo entre profissões em declínio que perdem suas posições privilegiadas e de poder e se tornam empregados assalariados neste fenômeno da proletarização tal como o trabalho médico, como ainda se robustece uma esfera da precarização existencial. Tais questões nos mobilizam então a refletirmos de forma ainda mais aprofundada sobre a atuação do trabalho deste perito médico. O que o faz enfrentar todas as constrições que encontra?

#### 3.4.4 Subjetividade Inautêntica e alienação do outro: fraudes, simulações e corrupções

Muitas são as normativas, legislações, resoluções e códigos que perpassam o trabalho dos peritos médicos previdenciários do INSS. Dentre eles, o próprio Código de Ética Médica, que versa sobre os princípios fundamentais, direitos e responsabilidades do

<sup>137</sup> O trabalho do médico encontra-se hoje numa fase precária, determinada pela ruptura de um equilíbrio, pela superação de uma figura social tradicional, sem ter-se chegado a um novo equilíbrio, a uma figura profissional e científica diferente da do passado. Os médicos encontram-se numa fase de transição, onde têm vantagens e prejuízos, da qual são protagonistas, testemunhas e vítimas ao mesmo tempo (BERLINGUER, 1978, p. 157).

<sup>138</sup> Tais ideias são compartilhadas por pensadores e militantes do movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que consideram o trabalho médico indiretamente produtivo, organizado sob a égide da acumulação capitalista em vinculação direta com contextos sociais, econômicos e políticos.

médico bem como delinea a relação médico-paciente, o sigilo exigido e o que lhe são vedados. Enquanto agentes do Estado também estão submetidos ao Código de Ética Profissional do Servidor Público Civil do Poder Executivo Federal principalmente no que tangem as regras deontológicas do exercício da profissão na esfera pública, como também os principais deveres e vedações próprias de quem tem função pública. Além disso, tal como os demais cidadãos, também estão subscritos ao Código Civil e ao Código Penal.

Não à toa, muitos de nossos entrevistados disseram que o que os separa de outros profissionais da medicina é menos o conteúdo acumulado sobre a matéria em questão, a saber, incapacidades e adoecimentos, e mais o amplo conhecimento de legislações principalmente penais, trabalhistas e previdenciárias. Contudo, a tópica da simulação como estratégia discursiva é forte no trabalho do perito médico que tem limitações de conhecimento tecno-científico, como também do ponto de vista das estruturas de poder e da falta de autonomia do próprio trabalho.

*“Quanto maior e mais extenso o laudo que o cara trazer do médico assistente na perícia, mais falso parece. Laudo de médico assistente não tem que falar de incapacidade, tem só que dizer se tá doente ou não. Incapacidade é papel do perito.”* (médico perito do INSS de SP).

Matos (2016, p. 72) nos diz que a valorização da contribuição e do emprego assalariado existente, que produz um “cidadão ou uma cidadã contributivos” (e economicamente ativos), também permeia a avaliação pericial, que se torna uma avaliação moral sobre quem tem direito ao auxílio-doença, cujo acesso estaria associado à manutenção do vínculo empregatício e da continuidade do pagamento do seguro previdenciário, numa estratégia de defesa frente ao sofrimento ético. No entanto, as práticas de fraudes seriam consideradas sempre iminentes, vindas daqueles para os quais o recebimento de benefícios estatais seria preferível ao trabalho ou substitutivo da renda. E, com isto, a suspeita e a desconfiança dirigidas a estes se tornam, igualmente, sempre constantes.

*“A previdência nada mais é do que dinheiro. Todos estão ali para conseguir dinheiro [...]. Se você der calote na Previdência não te acontece nada. Muito raramente pode ter que devolver o dinheiro. Pra mim tinha que separar a Previdência do Social. Senta na minha frente tanto quem trabalhou a vida toda como quem não trabalhou nada. O LOAS [Lei Orgânica da Assistência Social] faz as pessoas ficarem iguais. Quem trabalhou e quem não. O problema da Previdência é carregar todo o social. Ela não tem pernas para isso. Outro*

*mito que se tem é que a Previdência dos funcionários públicos é o que quebra a Previdência e isso não é verdade” (médico perito do INSS de SP).*

Muitos de nossos entrevistados disseram que a solução estaria na dita “Educação Previdenciária”. Para os trabalhadores saberem como usar a Previdência Social com consciência, e para eles de modo a manterem uma atualização constante em seus conhecimentos sobre leis e do próprio fazer pericial.

Ora, Berlinguer (1978, p. 118) já dizia que esta ideia de que muitas vezes se afirma que a organização previdenciária funciona mal justamente porque os cidadãos são deseducados, se tende a coloca-los sempre como uma *tabula rasa*, ou como uma *tabula* sobre a qual encontram-se escritas somente crenças e superstições do passado, velhas noções a serem superadas com novas noções<sup>139</sup>. Ou seja, para o autor, os atuais serviços previdenciários representam a maior fonte de deseducação possível.

*“Falta Educação Previdenciária. O povo não tem isso. Não há interesses de que se tenha isso” (médico perito do INSS de SP).*

*Já fiz uma capacitação de cerca de 40h dentro do INSS. Pelo site ‘Escola da Previdência’. Só quem é funcionário tem acesso” (médico perito do INSS do interior de SP).*

*“Teve o ‘Projeto Sherbrooke’ do prof. Patrick do Canadá como modelo de reabilitação. Esse projeto tinha a ideia de evitar os afastamentos e fazer a reabilitação dentro do local de trabalho, como os problemas de coluna por exemplo. Fizeram uma capacitação dos peritos para esse projeto. Entreviam no posto de trabalho, acompanhavam o paciente. CEREST, INSS e SESMT da empresa, buscando reinserção no trabalho. Um perito da reabilitação e uma assistente social de 30 anos de INSS de [cita o nome da cidade] negociavam direto com as empresas essa reinserção sem a etapa terapêutica que eu tinha proposto! Essa foi uma das razões que me tiraram da chefia da reabilitação porque o que os trabalhadores me contavam era o contrário do que eu e o [cita o nome do Superintendente do INSS à época] propúnhamos. Em [cita o nome de outra cidade vizinha] foi o contrário, em conjunto com o sindicato dos metalúrgicos a experiência foi um sucesso” (médica perita exonerada do INSS do interior de SP)*

O ponto é que o que faz um perito previdenciário é ter de saber identificar lesão/dano. No entanto, para tal, não há estabelecimento de *rapport* na relação, pois é antes uma relação recíproca de desconfiança entre peritos e trabalhadores que suscita

---

<sup>139</sup> Culpados são os cidadãos, os trabalhadores e trabalhadoras, que “exigem tudo” (sic).

também as simulações da verdade em que o trabalhador ou a trabalhadora por vezes simulam a doença que realmente tem ou a intensificam no momento pericial na angústia de obtenção do benefício.

*“Tem que analisar a lei, a patologia e o empregado que tem mais segurança. O autônomo sofre um pouco mais. Tem muita gente que simula patologia. As vezes a gente é enganado mas tem que partir do pressuposto que a pessoa é honesta. Engana numa primeira, mas não uma segunda e uma terceira. As pessoas que fingem, por exemplo, tem gente que entra de cadeira de rodas e depois sai andando, essas fazem um desserviço aos trabalhadores que pagam certinho. O perito às vezes sofre agressão. Eu já sofri agressão verbal”* (médico perito do INSS do interior de SP).

Almeida (2009) afirma que o perito médico previdenciário, em particular, lida com pessoas que têm interesse em obter pecúnia do Estado e não ficarão satisfeitas de serem contrariadas. Sob este prisma, uma Agência da Previdência Social estaria mais próxima de uma agência bancária do que de um ambulatório médico. A analogia entre uma agência da previdência e uma agência bancária é bastante significativa também no entendimento de Matos (2016, p. 61) da associação entre a busca por benefícios e o acesso a estes como um meio de renda, recorrente em grande parte das narrativas médicas a respeito da necessidade da perícia como meio de controle do acesso aos recursos públicos, e das justificativas morais em torno dessa prática, como forma de barrar a concessão indevida.

*“Alguns atestados que vem de fora, do SUS, ou particular mesmo, dão indícios de serem vigarices. Aparece umas clínicas esquisitas de internação. Parece que as vezes o trabalhador chega meio dopado para a perícia. Tipo de rivotril [...]. Tem pessoas que parecem fingir mesmo e outras que tem preocupação real com a saúde. Tanto trabalhador quanto a empresa fingem tudo. Tem situações de forjar, aí os trabalhadores vão equipados de atestados e etc. Cria uma cultura de como “passar na perícia”. As farsas não são a maioria dos casos. Mas o supervisor do INSS lá tinha uma pilha de carteiras de identidades falsas por exemplo. Eu entendo o INSS quase como um banco. É um mundo cruel lá dentro, não é fácil. Parecem quadrilhas internas e externas para se fraudar e conseguir benefícios”* (médico perito exonerado do INSS de SP).

Codo (2013, p. 32) ao tratar das fraudes e simulações nas perícias médicas previdenciárias do INSS cita que há escritórios especializados em fraudar o INSS e que, para se alcançar uma aposentadoria por invalidez ou uma incapacidade temporária, eles

têm médicos que fornecem os atestados para tal<sup>140</sup>, bem como laboratórios que fornecem resultados de exames e pessoas preparadas que podem treinar o trabalhador sobre como se comportar e como responder durante a perícia.

Diz também que os peritos sabem o nome e o endereço de médicos que enviam atestados falsos e que alguns médicos do trabalho das empresas enviam um trabalhador para o INSS porque as empresas por vezes não querem mais contar com eles e a demissão seria cara para elas. Ou então que alguns médicos de sindicatos ou ligados a eles ‘exageram’ nos sintomas para conseguir um benefício para seus filiados.

O autor prossegue (p. 33) demonstrando que apenas 24% dos peritos de seu estudo relatam nunca terem vivenciado uma tentativa de fraude e que a ocorrência de fraudes e/ou a detecção delas não precisariam necessariamente acontecer com o perito em si, basta que saibam da existência dela noutros casos para que o comportamento deste que nunca foi fraudado seja influenciado da mesma maneira.

*“Existem quadrilhas que trabalham com filas. As pessoas burlam se colocando no lugar para outras quando as vezes delas chegarem. Ou por exemplo, uma vez o INSS conseguiu identificar que alguns telefones de segurados se repetiam, quando foram ver eram todos dos mesmos escritórios de advocacia. O que os advogados faziam? Deixam um estagiário lá no escritório o dia inteiro criando números de PIS a partir de CPFs de qualquer pessoa. Aí ia lá no sistema e ficava agendando perícias com esses números de PIS. Depois o advogado ligava pros clientes e dizia: “- Ô fulano, o sr. já conseguiu marcar a perícia?” E a pessoa respondia: “-Nada ainda, só tem data longe.”. Aí o advogado: “- Então vem comigo que eu consigo pro senhor pra essa semana.”. Aí a pessoa pagava o advogado e ele inseria essa pessoa no lugar daquele número de PIS falso que ele tinha criado. E cancela o da pessoa que estava em espera. Isso gerava uma confusão e atrasos enormes no sistema! Nos temos metas de atendimentos de até 45, 120 dias! Imagina o problema que não dava pra gente? Depois que descobriram isso tiveram que mudar o sistema. Complicado. As pessoas descobrem uma falha no sistema e ao invés de apontar o erro pra colaborar, ajudar né. Não. Tiram proveito disso”* (assistente social do INSS do PR).

---

<sup>140</sup> Matos (2016, p. 98) menciona por exemplo o caso da operação denominada “Blindagem II”, organizada em 2012, que investigou um grupo criminoso que atuava na região sul do Brasil e fornecia atestados médicos falsos para concessão de benefícios como auxílio-doença e aposentadoria por invalidez. Segundo nota divulgada no site da Polícia Federal, quase cinquenta milhões de reais em benefícios pagos pela Previdência na ocasião estavam sob suspeita de terem sido fraudados. Essa busca (e combate) a fraudes também levou a criação de uma “Força Tarefa Previdenciária”, composta pela Polícia Federal, Ministério da Previdência Social e Ministério Público Federal. O site do Ministério da Previdência passou a divulgar um levantamento anual dos casos descobertos em todo o país, incluindo tabelas com detalhamento dos prejuízos aos cofres públicos. Contudo, o entendimento da Previdência Social é de que tal Força Tarefa previdenciária apenas deveria agir quando o controle escapasse de uma de suas partes – a perícia, que tem por competência, para além do reconhecimento (ou não) da incapacidade laborativa, reconhecer as tentativas de fraude e selecionar os casos *idôneos* e *honestos* daqueles considerados suspeitos.

Por outro lado, há o exemplo da Força-Tarefa Previdenciária, que reúne Previdência Social, Polícia Federal e Ministério Público Federal, que deflagrou no ano de 2016 uma operação intitulada “Operação Ponto Final 2”, que investigou grupos de peritos médicos lotados em Agência da Previdência Social (APS) no interior do Estado de São Paulo, a partir de denúncias recebidas, de que estes não cumpriram a carga horária de trabalho, sendo que rotineiramente atendiam em suas clínicas particulares e em hospitais da região no horário em que deveriam estar exercendo suas atividades no serviço público.

Além disto, de acordo com a assessoria de imprensa do próprio INSS<sup>141</sup>, os médicos peritos se associaram em um esquema de fraude ao registro de ponto, realizado por senha, tendo sido detectado que havia dois grupos que se revezavam no registro de ponto. A investigação foi conduzida pelo núcleo de inteligência da Delegacia da Polícia Federal e, no decorrer das apurações contou com o apoio da Assessoria de Pesquisa e Estratégica e Gerenciamento de Riscos (APEGR) da Previdência Social.

O caso determinou que os investigados seriam então indiciados pelos crimes de falsidade ideológica, estelionato, abandono de função pública, prevaricação e associação criminosa. Também foram cumpridas notificações de decisão de afastamento provisório do serviço público, bem como proibição temporária dos investigados de entrarem em APS, além do impedimento de se ausentarem da comarca ao qual estariam vinculados. Em um segundo momento, foram adotadas medidas para uma futura responsabilização na esfera cível, com ressarcimento ao erário e perda do cargo público.

Vê-se, portanto, que a problemática é sistêmica tal como temos apontado ao longo deste trabalho. Se continuarmos a manter nosso foco na visão maniqueísta de que o trabalhador é um vagabundo, falsário que apenas quer “se encostar” às custas do Estado, ou de que o perito médico do INSS é uma espécie de demônio desalmado e sem coração que não faz outra coisa a não ser “ferrar” com a vida do trabalhador(a) perderemos de vista todo um sistema que pactua, corrobora e reafirma para que as perícias previdenciárias do INSS sejam como são. É claro que não é uma relação igualitária, visto que uma parte decide e à outra apenas cabe acatar a decisão ou contestá-la noutras instâncias, porém, a utilização da perícia como ponto central do mecanismo de contenção de gastos da Previdência Social, reforçando assim o primado do econômico sobre o social, ampliando-se cada vez mais o discurso falacioso de que está “quebrada”, ocasiona

---

<sup>141</sup> Texto disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/2016/09/forca-tarefa-operacao-investiga-medicos-peritos-de-sao-carlos-sp/>. Acesso em 25 de janeiro de 2017.

situações de grandes conflitos entre trabalhadores e peritos, assim como entre peritos e médicos assistentes.

*“Os atestados médicos dos médicos assistentes são a pedido do paciente e são muito ruins e insuficientes [...]. No médico assistente ele não mente, na perícia ele mente”* (médica perita do INSS do interior do PR).

*“LER/DORT virou meio de vida em bancários há muito tempo [...]. Esse pessoal aí da saúde do trabalhador tudo fez pós-graduação na Universidade de Alcalá na Espanha. Você fez também?”* (médico perito aposentado do INSS do interior de SP)

*“O trabalho do perito é muito prejudicado por conta de deficiências no SUS. Na perícia nem todo mundo diz a verdade, é diferente no SUS”* (médico perito exonerado do INSS de SC).

*“Na assistência eu tinha mais contato com trabalhadores que eram periciandos previdenciários e alguns judiciários. Os meus pacientes sempre reclamavam de como os peritos tratavam eles com descaso e sempre partindo do pressuposto que eram falsários”* (terapeuta ocupacional aposentada de CRST e perita do MPT em SP).

*“Em 2001, eu notificava LER/DORT via Cerest e os peritos da cidade diziam que a doença não existe. Respondi a 5 sindicâncias no CRM por conta dessas notificações em CAT que eu fazia, mas a direção do Cerest sempre me respaldou. Quando prestei o concurso do INSS fui perseguida lá dentro porque os peritos já me conheciam como a médica do Cerest que abria CATs. Aí recebi diversos telefonemas de médicos do trabalho das empresas me xingando que eu havia emitido CAT e que isso não era minha responsabilidade [...]. 90% dos trabalhadores da [cita empresa do ramo de fabricação de maquinários e veículos pesados para a construção civil e mineração] tinham problema de coluna. Os trabalhadores que passavam comigo tinham nexos reconhecido e pelos outros não. A chefe dos peritos na época era chefe do SESMT da [cita empresa do ramo de cimento, mineração, siderurgia e etc.] também. Essa chefe me assediou por e-mail. Quando eu fui retirada das perícias fui colocada na parte de aposentadoria especial e aposentava todo mundo. Meus colegas lá dentro do INSS era o pessoal do administrativo porque os peritos me rejeitavam. E a carga de trabalho dos administrativos era mil vezes pior que dos peritos porque eles tinham que ficar mediando os conflitos com quem não recebia benefícios. O superintendente do INSS, [cita nome], era sindicalista da CUT e gostava de mim. A antiga superintendente quando eu entrei fazia cena com os sindicatos aí ninguém mexia com ela. Esse aí quis que eu fosse chefe dos peritos mas eu neguei. Em 2008 passei a ser chefe da reabilitação do INSS e cheguei a trabalhar em outras agências em cidades aqui perto também como chefe. O Cerest fazia vários enfrentamentos ao INSS daqui [cita cidade do interior de SP]. Fiquei de 2008 a 2012 nesse projeto de reabilitação. Aí em 2012 o [cita novamente nome do superintendente] sai e entrega a chefia da reabilitação. E entra a chefe dos peritos que me assediou! Então eu volto pra perícia na reabilitação atendendo os segurados comuns [...]. Brasília não gostava muito do modelo que eu na chefia da reabilitação, com o Cerest e a Fundacentro, a gente propunha com o “projeto Sherbrook [...]. Os peritos são contratados pra 40 horas e ganham por 40 horas, com salário bruto de 12 a 13 mil inicial, mas trabalham 6 horas [...]. Eu mantinha a ética, não atendia pacientes do Cerest. Se eu questionava*

*que não era certo um médico da empresa decidir a favor da empresa, seria certo então eu como médica do trabalhador decidir sempre a favor do trabalhador?” (médica perita exonerada do INSS do interior de SP).*

### 3.4.5 O binômio capacidade/incapacidade e o dano laboral: Baremos x CIF

Há uma interface da questão daquilo que diversos autores tais como Matos (2016), Mendanha (2015) e Codo (2013) apontam como um corolário existente no conflito entre a perícia médica do INSS x médico do trabalho da empresa no que tange o retorno ao trabalho, o chamado limbo previdenciário<sup>142</sup>.

Em resumo, ocorre que por diversas vezes, a perícia médica do INSS qualifica o trabalhador ou a trabalhadora como “capaz” para o trabalho, ao passo que o(a) médico(a) do trabalho da empresa julga-os inaptos. Desse modo, o trabalhador ou a trabalhadora vê-se numa encruzilhada entre dois poderes biomédicos que apenas o(a) manejam de uma ponta a outra numa tarefa árdua de reconhecimento de sua doença e obtenção de seus direitos.

*“Eu fui no INSS uma vez... é... eu na verdade, quem me afastou eu... na verdade foi o médico do trabalho do próprio banco. Aí eu fui num psiquiatra, quando eu fiz acompanhamento, que eu já faço acompanhamento na verdade, mas fui um reincidente agora, e aí ele abriu todos os meus documentos e tal... E aí eu fui pro INSS só que no INSS ele [perito] pegou os papéis da minha mão, anotou meu nome... (interrompe), aí eu fui lá, e o perito negou. Aí eu voltei pro médico do trabalho lá do banco e ele me deu inapto, disse: ‘Não, não vai voltar. Não vai dar pra voltar’, ele me fez uma outra cartinha. Aí marcaram a perícia de novo, é dia 13. Aí falei, perguntei no sindicato, porque, como o INSS negou, pensei: ‘Agora já to com depressão, vou ficar sem dinheiro e morrer louca né’, porque... aí eles disseram ‘Não, tem outra forma, que você pede auxílio pro banco e tananá... mas também é importante que você passe no Centro de Referência [Cerest], lá você vai ter um acompanhamento um pouco melhor do que o do INSS né’. Então eu, então tá bom tá, aí eles me indicaram aqui e eu trouxe nesse meu laudo aí do meu médico, é o meu médico mesmo esse, esse é o particular [psiquiatra] ele coloca que “tem aparente nexa com o trabalho”. Aí esse é o atestado do médico do banco [demonstra o documento contendo CIDs F43 – Reação ao estresse grave e transtornos de adaptação e F32.2 – Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos], falando ‘inapta, encaminho à perícia...’, o da minha psicóloga, e esse é da perícia [demonstra laudo médico do INSS] dizendo “apta”. Quando ele me mandou pro INSS ele disse ‘olha não sou eu, eu sou médico do trabalho que não tenho nenhuma função de te prejudicar em nada, na verdade eu to te afastando eu to indo contra até a própria instituição, então acho que você não vai ter problema, mas como o INSS te negou, eu não posso deixar você entrar’. Aí eu pensei, vou*

<sup>142</sup> O conceito de “limbo previdenciário” é devidamente explicado por nós em nosso glossário. Em suma, trata-se do fato de que, a última coisa que uma empresa quer é afastar o trabalhador, contudo, uma vez afastado, não quer que ele retorne e que o Estado arque com os custos de, adoecido, mantê-lo.

*ficar sem salário, acabou a minha vida, nossa deu um desespero. Aí ele me respaldou novamente, disse ‘volta lá no seu médico’ e o médico me encaminhou pra psicoterapia e é isso”* (Analista de sistemas de um banco privado).

A Lei nº 605 de 5 de janeiro 1949<sup>143</sup> deixa clara a hierarquia existente entre os atestados médicos para fins de abonos de faltas ao trabalho, o que o autor entende também como uma “hierarquia das decisões médicas” e não apenas dos atestados, na qual o laudo de médico(a) da instituição previdenciária social prevalece sobre o atestado de médico da empresa ou por ela designado (médico do trabalho terceirizado por exemplo). Mendanha (2015, p. 27) expõe que equivale dizer que a decisão proferida pelo médico do INSS prevalece sobre a decisão proferida pelo médico da empresa<sup>144</sup>. Ou seja, que a empresa deve aceitar o trabalhador de volta e pensar em sua reabilitação dentro da própria organização<sup>145</sup>. Contudo, a ausência de políticas e tutelas sólidas por parte do Estado para que tal processo seja desempenhado de acordo, ocasiona, muitas das vezes, que a dispensa do trabalhador (rescisão de contrato sem justa causa), em tese, está permitida por lei pois estariam igualmente “aptos” ao exame demissional, ao que parece, este, ser o caminho comumente optado pelas empresas.

*“Enquanto médico de empresa eu sou submetido ao médico do INSS. Há uma hierarquia. O laudo do médico do INSS é maior que o do médico da empresa que é superior ao do médico assistente”* (médico perito judicial e também médico do trabalho de empresa estatal no interior de SP).

*“O critério de elegibilidade [do INSS] para a reabilitação é o trabalhador ter ensino fundamental. SUS não reabilita também. Serviços privados também não se preocupam e não dão suporte de reabilitação”* (médico perito exonerado de um INSS de SP).

*“Já fiz mais de 400 reabilitações em 23 anos de [cita nome da empresa estatal]. Faço tomografia de coluna em todo exame admissional e na reabilitação solicito troca de função do trabalhador. Eu já encaminho pra reabilitação da empresa preventivamente quando vejo que tem sintomatologia postural por exemplo. O problema é a reabilitação do INSS que não funciona,*

<sup>143</sup> Art. 6º, § 2º: “A doença será comprovada mediante atestado médico da instituição da previdência social a que estiver filiado o empregado, e, na falta deste e sucessivamente, de médico do Serviço Social do Comércio ou da Indústria; de médico da empresa ou por ela designado; de médico a serviço de representação federal, estadual ou municipal incumbido de assuntos de higiene ou de saúde pública; ou não existindo estes, na localidade em que trabalhar, de médico de sua escolha”. A súmula n. 15/2003 do TST corrobora a referida lei.

<sup>144</sup> O Tribunal Regional do Trabalho da 2ª Região (TRT/2) corrobora tal entendimento. Disponível em <<http://www.trt2.jus.br/indice-de-noticias-noticias-juridicas/21678-empresa-e-condenada-por-recusar-trabalhadora-apos-fim-do-auxilio-doenca-do-inss>>. Acesso em: 24 mai 2018.

<sup>145</sup> Ver sobre “Limbo Previdenciário” no glossário ao final deste estudo.

*eles devolvem tudo pra mim. Aí não tem jeito, incha. Tenho que por o reabilitado pra entrar na cota de portadores de deficiência. Aí eles vê como funciona e querem se aposentar na iniciativa privada porque sabe que depois do tempo de estabilidade sabe que pode ser mandado embora e vai retornar pro mercado de trabalho adoecido, quebrado e não vai conseguir outro trabalho”* (médico perito judicial e também médico do trabalho de empresa estatal no interior de SP).

*“[A pessoa] tem mais de 50 anos eu nem mando para a reabilitação, porque sei que nem vai dar em nada. Já mando direto para a aposentadoria”* (médico perito do INSS do interior de SP).

*“Empresa deveria oferecer condições para reabilitação e recolocação”* (médico perito judicial de SP)

*“O trabalhador com auxílio-acidente deveria passar por reabilitação, mas não é o que acontece”* (médico perito da procuradoria regional do trabalho do interior de SP)

*“Como o INSS lida com a incapacidade e não com a doença, é um sistema burro porque o benefício só é dado a quem está incapaz, então, não pode ceder um benefício de forma preventiva para que o agravo não seja tão deletério e que o trabalhador chegue a justamente ser um ‘incapaz’. Um benefício dado antes, preventivamente, a recuperação seria bem mais rápida assim como o retorno ao trabalho também. Isso claro, com reabilitação com intervenção no ambiente de trabalho se não, não tem efetividade. Os peritos [do INSS] não tem autonomia de mudar esse cenário”* (terapeuta ocupacional perita do MPT em SP).

Mendanha (2015, p. 40-41) compreende que ao médico perito do INSS cabe avaliar a incapacidade e, mais do que isso, que essa incapacidade é avaliada levando-se em conta o trabalho ou a atividade habitual do trabalhador ou da trabalhadora, o que, no entendimento do autor, também equivale à função específica que estes exercem. Justifica seu argumento dizendo que se vê, na prática profissional dos médicos perito do INSS, várias situações nas quais haveria possibilidade do trabalhador ou da trabalhadora de estarem trabalhando noutra função<sup>146</sup>, diferente de sua função habitual, contudo, ainda assim obtém o benefício auxílio-doença.

Pelo exposto, o autor conclui que “incapaz ao trabalho”, na qualificação de entendimento dada pelo INSS e corroborada por seus médicos peritos, equivale ao termo “inapto ao trabalho” que seria o conceito empregado pelo médico do trabalho (da empresa ou terceirizado/examinador), quando de suas avaliações admissionais, periódicas,

---

<sup>146</sup> Tal como sistema francês.

demissionais e etc. Como ambos levam em conta a função específica do trabalho, vê-se que os termos são tratados como equivalentes.

Tal como vimos anteriormente, o conceito de incapacidade laborativa para o INSS é a impossibilidade de desempenho das funções específicas de uma atividade ou ocupação, em consequência de alterações morfofisiológicas, provocadas por doença ou acidente e que também abrange o risco de vida, para o trabalhador ou para terceiros, ou o risco de agravamento clínico que a permanência em atividade laborativa possa acarretar. Se este conceito de incapacidade é analisado quanto ao grau (parcial ou total), à duração (temporária ou indefinida/permanente) e à profissão desempenhada (uniprofissional, multiprofissional ou omni-profissional), sua lógica é, na prática médica concreta e real, conferida também ao significado do termo “inaptidão”.

Ainda que o médico perito do INSS esteja submetido à legislação previdenciária ao passo que entende-se que o médico do trabalho (da empresa ou terceirizado/examinador) pautar-se na legislação trabalhista, sendo estas muitas vezes as mesmas pessoas, porém com papéis sobrepostos (ora peritos, noutras médico do trabalho), torna-se impossível uma visão egóica, aqui no sentido freudiano, que os faça numa instância, compreender “avaliação de função específica” de um modo e em outra, de forma díspar.

No contexto da Seguridade Social francesa, ao passo que no país, as fronteiras entre as práticas médicas no privado e no público são diminutas, o que ocasiona uma maior dedicação exclusiva a determinado cargo empostado, há distinções, no que tange trabalho-saúde, entre as noções dos termos “incapacidade” e “inaptidão”

A *incapacidade temporária*, por exemplo, é uma impossibilidade de trabalho, observada pelo/pela médico(a) assistente francês(esa), após uma doença (artigo L.321-1 do Código de Seguridade Social - CSS) ou um acidente de trabalho ou uma doença relacionada ao trabalho (artigo L.433-1 do CSS). É a "licença por doença" da língua comum; ao passo que a *incapacidade permanente*, se dá por uma redução definitiva das habilidades físicas ou mentais após um acidente do trabalho (artigo L.434-1 e seguimento do CSS). O termo "incapacidade para o trabalho" também é utilizado pelo Código de Seguros privados para contratos de seguro de grupo contratados por uma empresa (artigo L.141-1 do Código de Ética). Desse modo, o significado da expressão é então definido pelo tipo de contrato.

Já os termos *aptidão/inaptidão* não possuem uma definição jurídica no Código do Trabalho francês e são sempre acompanhados por exemplo de “no posto de trabalho, ou

“no emprego”, ou “na função”. Não há, portanto, um conceito genérico dos termos no ordenamento jurídico. Por outro lado, o Código do Trabalho francês indica que *aptidão/inaptidão*, é, em todos os casos, determinado somente pelo/pela médico(a) do trabalho.

Portanto, no Brasil: (1) o médico assistente deve apenas evidenciar a doença em atestado médico; (2) o médico do trabalho (da empresa ou terceirizado/examinador) deve atestar se o trabalhador ou a trabalhadora, partindo ou não da doença estão *aptos* ou *inaptos* ao trabalho, que é, conceitualmente no cotidiano da prática médica, ainda que diferente nas legislações regentes, entendido como a *capacidade/incapacidade* que; (3) o médico perito previdenciário do INSS deve atestar em seu laudo, buscando, em exame pericial para fins de concessão de benefícios por incapacidade, verificar se; (4) o trabalhador ou a trabalhadora fazem jus ao benefício devido não somente à condição de capacidade/incapacidade laboral, como também da qualidade de segurado.

Ao passo que na França: (1) o médico assistente evidencia a doença e avalia a incapacidade laboral; (2) o trabalhador e a trabalhadora, a partir de entrega de dossiê contendo o atestado médico, questionário (semelhante à uma RAAT) e holerite na CPAM de sua região já passam a ter direito ao benefício comum desde então; (3) o médico perito previdenciário, a partir, a priori, do laudo do médico assistente avalia, junto com outros profissionais somente se há nexos causais entre adoecimento e trabalho com fins à adaptação do benefício comum ao benefício por doença relacionada ao trabalho, que modifica-se somente em valores indenizatórios, não em termos de contratos de trabalho e; (4) ao médico do trabalho cabe dizer se o trabalhador ou a trabalhadora adoecidos que fazem jus ao benefício (seja comum ou relacionado ao trabalho) de que forma estes estão aptos ao trabalho anteriormente executado e, em caso de inaptidão, encaminhar à gestão da empresa, laudo que solicita medidas sócio assistenciais por parte da mesma para recolocação profissional destes (vide que a reabilitação fica integralmente a cargo da Seguridade Social mantendo estreitas relações com o empregador cobrando a parte que lhes cabe). Vejamos como a lei francesa aborda tais questões.

Em se tratando da inaptidão após doença ou acidente não relacionados ao trabalho, ou seja, não identificados nas Tabelas de Doenças Relacionadas ao Trabalho (*Tableaux des Maladies Professionnelles*), ou então não evidenciados pelos CRRMPs das CPAMs ou ainda em perícias judiciais, o artigo L. 1226-2 do Código do Trabalho francês diz que:

“Quando, ao final dos períodos de suspensão do contrato de trabalho consecutivos a uma doença ou acidente não relacionados ao trabalho, o

trabalhador é declarado inapto pelo médico do trabalho para retornar ao cargo que ocupava anteriormente, o empregador oferece-lhe outro trabalho adequado às suas capacidades. Esta proposta leva em consideração as conclusões escritas do médico do trabalho e as informações que ele fornece sobre a capacidade do empregado para realizar uma das tarefas existentes na empresa. O emprego proposto é o mais compatível possível ao trabalho anteriormente realizado, se necessário, buscando implementações de medidas como transferências, como o prazo para recolocação ou dispensa”.

“Quando, após um período de um mês, a contar da data do exame médico do retorno ao trabalho, o empregado declarado inapto não é recolocado na empresa, ou se não for dispensado, o empregador deve pagar-lhe, no termo desse prazo, o salário correspondente ao emprego que ocupou antes da suspensão do contrato de trabalho. Estas disposições também se aplicam em caso de incapacidade de qualquer emprego na empresa encontrado pelo médico do trabalho, mudanças em postos de trabalho ou arranjos de jornada de trabalho”.

No caso da inaptidão após doença ou acidente relacionados ao trabalho, o artigo L. 1226-10 do Código do Trabalho francês apresenta praticamente o mesmo texto, porém com algumas ressalvas que destacamos:

“Quando, ao final dos períodos de suspensão do contrato de trabalho consecutivos a uma doença ou acidente relacionados ao trabalho, o trabalhador é declarado inapto pelo médico do trabalho para retornar ao cargo que ocupava anteriormente, o empregador oferece-lhe outro trabalho adequado às suas capacidades. Esta proposta leva em consideração, após parecer dos delegados sindicais, as conclusões escritas do médico do trabalho e as informações que ele fornece sobre a capacidade do empregado para realizar uma das tarefas existentes na empresa. O emprego proposto é o mais compatível possível ao trabalho anteriormente realizado, se necessário buscando implementações de medidas como transferências, mudanças em postos de trabalho ou arranjos de jornada de trabalho”.

Em se tratando do prazo para recolocação ou dispensa, os artigos L. 1226-4 e L. 1226-11 da referida legislação francesa apontam que:

“Quando, após o período de um mês a contar da data do exame médico de retorno ao trabalho, o empregado declarado inapto não é recolocado na empresa ou se não for dispensado, o empregador deve pagar-lhe, até a expiração desse prazo, o salário correspondente ao emprego que ocupou antes da suspensão do contrato de trabalho”. **Estas disposições também se aplicam em caso de inaptidão a todo emprego dentro da empresa constatado pelo médico do trabalho** [grifo nosso].

E prossegue o artigo L. 1226-12 do mesmo código:

Quando o empregador estiver impossibilitado de oferecer um outro emprego ao empregado, ele deve informá-lo por escrito sobre os motivos que se opõem à recolocação. O empregador não pode rescindir o contrato de trabalho se justificar a sua impossibilidade de propor um emprego dentro das condições estabelecidas no artigo L. 1226-10, quer da recusa pelo empregado do emprego proposto nestas condições. Se ele [o trabalhador] declarar a [sua] demissão, o empregador deve cumprir o procedimento aplicável à dispensa por motivos pessoais previstos no Capítulo II do Título III [grifos nossos].

Assim, todos os outros artigos do Código do Trabalho francês referentes a aptidão/inaptidão para o trabalho são artigos meramente reguladores, que versam por exemplo sobre: (a) exames admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de pré-retorno e complementares; (b) a periodicidade dos exames; (c) acompanhamento médico reforçado e; (d) procedimentos de inaptidão.

Tais estes artigos podem assim ser modificados por decreto, como pelos riscos de exposição, as disposições de aplicação do trabalho noturno, e etc. Como também é o que se passa na sequência da lei de 20 de julho de 2011, relativa a mudanças na organização do serviço de medicina do trabalho francesa.

Desse modo, a fala de um trabalhador sindicalista francês entrevistado por nós revela que o movimento do concreto real não se dá retilineamente tal como a lei:

*“Na [cita empresa estatal de interesse comercial a qual é vinculado] primeiro tenta-se uma modificação do posto de trabalho. Física, ergonômica e etc. Se não der certo, muda de posto. Se o médico do trabalho o declarar inapto ao seu posto de trabalho, mas que você está apto a trabalhar, pode ser feita uma mudança dos horários de trabalho. No [sistema] privado, como consequência da inaptidão para o trabalho, após essas tentativas, o trabalhador fica desempregado. Pra procurar outro emprego e etc. Chega a ter 95% de casos de dispensa. Em certos casos, quando há invalidez, não. Se fica reconhecido a condição de ter que trabalhar com deficiência, aí é outra coisa. Aí tem direito a uma pensão”* (psicólogo do trabalho e sindicalista responsável pela área de Saúde e Trabalho da *Confédération Générale du Travail – CGT* em Paris, França).

A demissão de um trabalhador ou de uma trabalhadora adoecidos na França no setor privado, na verdade só é possível em certos casos, que dependem do motivo da demissão. Ou seja, nenhum trabalhador ou trabalhadora pode ser demitido por causa de seu estado de saúde. Assim, por exemplo, um empregador não pode demiti-los funcionário simplesmente devido ao adoecimento. Inclusive, se for estabelecido que a demissão está relacionada ao estado de saúde destes, é considerada discriminatória. Suas consequências são as previstas em caso de dispensa nula<sup>147</sup>.

---

<sup>147</sup> Artigos L1132-1, L1226-4 e L1226-14 do Código do Trabalho Francês.

No entanto, a doença do trabalhador pode ter um impacto na sua capacidade de voltar ao trabalho ou no bom funcionamento da empresa, o que pode justificar a demissão.

Portanto, na França, um trabalhador declarado inapto pode ter contrato rescindido com a organização privada conquanto se, referente à inaptidão do trabalhador: (1) o empregador justificar sua impossibilidade de propor um trabalho levando em consideração os conselhos e indicações do médico do trabalho; (2) se o empregador propôs um emprego que o trabalhador recusou e; (3) se o laudo de inaptidão redigido pelo médico do trabalho mencione explicitamente que qualquer manutenção destes em um trabalho seria seriamente prejudicial à sua saúde ou então que o estado de saúde do trabalhador ou trabalhadora evita qualquer recolocação em um trabalho.

Em relação a uma possível perturbação do funcionamento da empresa, um trabalhador declarado inapto são passíveis de demissão quando 3 (três) condições forem atendidas: (1) a ausência prolongada dos mesmos ou repetidos não comparecimentos ao trabalho perturbam o funcionamento da empresa; (2) o empregador considera necessário providenciar um substituto permanente e; (3) a origem das faltas do trabalhador não estejam ligadas a um não cumprimento do empregador com a sua obrigação de segurança (por exemplo, faltas ligadas a um assédio moral). Nesses casos, os motivos de dispensa são apreciados caso a caso pelo juiz. Este último leva em consideração a duração e a frequência das ausências no trabalho, as responsabilidades do trabalhador e os danos causados à empresa<sup>148</sup>.

Também o trabalhador declarado inapto ao trabalho pode ser dispensado do mesmo se cometer alguma negligência. Em que podem ser as consequências: (1) seja pelo desrespeito do trabalhador adoecidos quanto a uma de suas obrigações (como o envio de uma parada de trabalho tardiamente, apesar de notificação formal por parte do empregado para que justifiquem a falta) e; (2) seja por uma falha cometida antes do início da doença provocando a parada.

Contudo, se nestes três casos, o trabalhador francês preencha as condições, fazem jus ao direito de terem as seguintes indenizações: (a) indenização legal ou convencional de demissão; (b) indenização compensatória de férias remuneradas e; (c) indenizações compensatórias de aviso prévio.

Vimos então que, salvo as já elucidadas diferenças para além da formação sócio-cultural-econômica entre os países citados, quanto ao processo pericial enquanto uma

---

<sup>148</sup> *Maladie professionnelle: inaptitude du salarié*. Disponível em: < <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F32161> >. Acesso em: 4 jan 2018.

questão sistêmica para reconhecimento da incapacidade laboral, os caminhos e papéis dos atores sociais envolvidos diferem-se nos dois países. Tratando-se novamente do contexto brasileiro, ressaltaremos outra vez alguns trechos de nossa entrevista com um médico perito de SP, então diretor da DIRSAT do INSS/DF à época da mesma, que aponta, em sua visão, como os conceitos de capacidade/incapacidade inculcados na cultura da organização corrobora o atual sistema pericial em suas instâncias:

*“A perícia é parte de um processo que eu chamo de ‘gestão do afastamento’: começa desde o momento que o segurado se filia ao INSS, passa pelo período de carência, o momento em que ele adoece e o momento do retorno ao trabalho [...]. Temos que capacitar mais os nossos peritos para pensar mais em gestão e na reintegração da pessoa no mercado de trabalho. Dar o benefício é somente parte do processo de reintegrar o trabalhador ao mercado e não o fim [...]. Os peritos acham que a doença ou a incapacidade vai se resolver sozinha [...]. Ninguém está incapacitado por completo. A incapacidade é um fenômeno sociológico. Na Alemanha, por exemplo, eles trabalham muito com reabilitação. Lá é perguntado: ‘O que o cidadão pode oferecer ao Estado?’ Pelo tipo de patologia a pessoa pode trabalhar de uma forma ou de outra. Em lugares e contextos diferentes ou ainda trabalhar menos horas lá [local habitual de trabalho]. Uma limitação faz a pessoa ser incapaz de trabalhar com nada? É como se a gente perguntasse ‘O que você pode fazer?’ Dentro das limitações de cada um... tem que ter uma legislação mais flexível que permita que as pessoas possam trabalhar melhor de acordo com suas capacidades e limitações. Pensa, nós ainda temos trabalho escravo e trabalho infantil nesse país! Infelizmente nosso modelo pericial ainda é da chavinha ‘capaz’ ou ‘incapaz’. Ou se trabalhar 8 horas ou é nada” (médico perito do INSS de SP e ex-diretor da DIRSAT do INSS/DF).*

A fala do hoje ex-diretor da DIRSAT do INSS/DF nos elucida os conceitos de capacidade/incapacidade nos quais baseiam-se atualmente os médicos peritos da chamada "linha de frente" do INSS em que, o raciocínio disseminado pela organização do trabalho destes/destas profissionais alvitra que seja análogo a um interruptor do tipo *On/Off*: ou se está capaz ou incapaz.

Inclusive, a Associação Nacional de Médicos Peritos Previdenciários (ANMP) sugeriu, em audiência pública realizada pela Comissão de Assuntos Sociais (CAS) do Senado Federal em setembro de 2013, a mudança na nomenclatura do benefício – de auxílio-doença para auxílio por incapacidade laborativa. Nesta audiência pública, que teve como pauta a perícia médica do INSS, o então presidente da ANMP destacou:

*“Por que se chama auxílio-doença e não auxílio incapacidade laboral? Quando o segurado procura a Previdência, já vai contaminado pelo nome do benefício: ‘Estou doente; faço jus ao benefício’. Qual o nome correto? Auxílio por incapacidade laborativa. Então, essa é uma provocação que eu faço à Casa, para que se mude o nome desse benefício não para hoje, mas para ontem!”*

No entanto, Matos (2016, p. 96) expõe que o parecer do deputado relator do projeto na Comissão de Seguridade Social e Família foi de que existiria uma categoria de segurados facultativos em ascensão no Regime Geral de Previdência Social (RGPS), razão pela qual, ao mesmo tempo em que o auxílio-doença poderia ser concedido ao segurado considerado incapacitado para o trabalho, também o seria ao segurado facultativo que poderia não exercer qualquer atividade laborativa. Neste sentido, por não atingir todos os segurados da Previdência, a nomenclatura do benefício não deveria ser modificada na legislação previdenciária.

A confusão quanto a acepção teórica do conceito de “incapacidade” no âmbito da Previdência Social, o aproxima mais do entendimento de um esforço extra de alguém que, apesar de todas as limitações corporais e adversidades socioeconômicas, consegue ser produtivo em uma situação-limite num aparente caso emblemático de superação e menos do conceito biotecnista que rege as próprias cartilhas da instituição como os já descritos aqui quanto à grau, duração e tipo de profissão. Tal reproduzibilidade de um conceito disseminado como um postulado enraizado mais no senso comum e menos do discurso científico, faz comumente com que nossos entrevistados façam comparações, inclusive igualmente já popularizadas na coletividade, sobre o acidente incapacitante para o trabalho do ex-presidente da República Luís Inácio Lula da Silva e a não doença não-incapacitante para o trabalho do físico Stephen Hawking.

Para Matos (2016, p. 97), inclusive a figura do físico Stephen Hawking, que possui múltiplas paralisias, devido a uma doença degenerativa chamada Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA), surge como paradigmática de capacidade para o trabalho sob condições adversas, como uma paralisia (ou deficiência) aparentemente incapacitante. Se a avaliação individual dos casos, ou o “julgar igual os diferentes”, nas palavras do ex-diretor da DIRSAT, seria o que acabaria embasando as decisões sobre incapacidade e a concessão de benefícios, para os que passam pelo exame pericial, no entanto, apenas o diagnóstico de sua enfermidade deveria, de fato, ser avaliado pelo perito.

*“A maioria dos peritos são [médicos] generalistas. Tem que quantificar a intensidade da queixa e pensar a incapacidade. Tem que ter feeling... pela entrada do periciando na sala você já vê como se dá a queixa. Em 70% dos casos que inicialmente não foi concedido o benefício por incapacidade eu concordei. Em 20, 30% eu concordei parcialmente com o que foi dado” (médico perito aposentado do INSS e atualmente perito judicial no interior de SP).*

*“Não se incapacita para o trabalho, se incapacita para determinada forma de trabalho” (médico perito judicial do interior de SP).*

*“Incapacidade temporária e parcial não tem respaldo jurídico e não gera benefícios no INSS, porque no entendimento do INSS a incapacidade tem que ser total e temporária para ser afastado e receber o benefício. Na área trabalhista não gera pensão, mensal e vitalícia, pois pressupõe incapacidade permanentes e o dano moral também se esmaecesse. Juízes, médicos e advogados confundem permanente com irreversível. A lei não fala em irreversível e sim em permanente, o que pra mim, incapacidade permanente quer dizer que é uma lesão ou doença crônica, ela permanece no tempo. Mas muitos querem prova de definitividade e a lei não fala isso mesmo em casos previdenciários” (advogado trabalhista/previdenciário de SP).*

Ter uma determinada doença ou estar doente justificaria a concessão do benefício. Nestas situações, então, para os solicitantes do auxílio, não haveria distinção entre doença e incapacidade, pois o diagnóstico, por si só, não permitiria que cada caso possa ser avaliado de forma diferenciada. Ter um quadro depressivo ou possuir lesões na coluna afetaria a capacidade de trabalho para qualquer pessoa que possuísse tais enfermidades ou lesões. Por isso, muitos dos trabalhadores entrevistados por nós inclusive não compreendem por que, apesar do esforço de reunir o maior número possível de documentos, como exames clínicos, atestados, etc., que comprovariam a necessidade de afastamento do trabalho, nos casos de auxílio-doença, continuam a receber avaliações de capacitadas para o trabalho.

Talvez justamente a superposição de papéis que aqui ocorre, diferente do modelo francês, ocasione estranhamento não somente por parte do médico perito quanto a seu próprio fazer como dissemos, mas também na forma como o trabalhador ou a trabalhadora enxergam os diversos atores e atrizes sociais que perpassam seu calvário de adoecimento laboral. Qual profissional irá cuidar e dar os encaminhamentos necessários quanto à recuperação de sua saúde e qual versará sobre sua capacidade/incapacidade laboral, contudo, ainda com vistas à recuperação da saúde, como modo de andar e seguir a vida, acima de tudo?

*“A definição de incapacidade do INSS é incompatível com uma avaliação precoce e preventiva. Para um usuário se afastar ele tem que estar com a lesão estancada. São só os que já se encontram gravemente lesionados. Então não conseguiram tirar esse estigma de que só afasta quem está com dor e com prova, com atestado da lesão. Será que o INSS não sabe que a incapacidade tem que ser reconhecida antes? E que é antiético que o perito seja também médico da empresa? (médica perita exonerada do INSS do interior de SP).*

*“Se é uma incapacidade temporária, tem longo prazo ou é determinada. Olha eu mesmo já sofri um acidente que me deixou incapacitado por 4 meses e usei o benefício. Eu parto sempre da premissa que a pessoa que está lá, tá precisando [...] Nem analiso se o médico tá tratando certo ou errado, mas sim se o cara tá incapaz pra trabalhar ou não”* (médico perito do INSS do interior de SP).

*“A própria lei orgânica 8080 da saúde diz que os profissionais da saúde não verificam incapacidade”* (médico perito do INSS de SP).

*“Normalmente os médicos não erram no diagnóstico da doença, mas pecam na tecnicidade da fixação das datas. Por exemplo, em que data a pessoa ficou doente e onde ficou incapaz. O trabalhador não recebe o benefício quando a incapacidade é anterior ao seu seguro”* (médica perita do INSS do interior do PR).

Para Carneiro (2018, p. 221), embora exista um consenso teórico de que a capacidade para o trabalho não implica necessariamente a ausência de doença ou lesão, o modelo preponderante de avaliação em instâncias como INSS é centrado na doença a partir da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), na incapacidade e nas repercussões na estrutura e funcionamento do corpo. É justamente a perícia médica que conclui se a pessoa portadora de doença ou seqüela limitante reúne condições para exercer determinada atividade.

*“As patologias hoje são de curso mais prolongado. A perícia exige conhecimentos de clínica, de medicina do trabalho, de legislação, de epidemiologia e etc. Um clínico, um cardiologista e etc., da noite pro dia vira um perito. Passam por um treinamento rápido de legislação e logo já vão trabalhar [...]. Ela [a perícia] por si só é de natureza conflituosa por conta da expectativa [por parte do trabalhador ou trabalhadora] de concessão [do benefício] que pode ser frustrada”* (médico perito do INSS de SP e ex-diretor da DIRSAT do INSS/DF).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) já demonstra que os modelos existentes quanto à incapacidade podem ser expressos em uma dialética de “modelo biomédico” versus “modelo social” (FERNANDES, 2018, p. 776). O modelo biomédico considera a incapacidade como problema pessoal, requerendo tratamento e, posteriormente, retorno ao trabalho. É o modelo adotado pelo INSS<sup>149</sup>. Já o modelo social considera a

---

<sup>149</sup> A despeito da avaliação médica social obrigatória para a concessão do Benefício de Prestação Continuada (BPC), instituído pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) e para a concessão da aposentadoria especial da pessoa com deficiência. Fato este garantido pela Lei nº 13.146 de 6 de junho de 2015, em seu art.2º, §1º, que dispõe sobre a avaliação biopsicossocial da deficiência por equipe multiprofissional e interdisciplinar.

incapacidade como uma questão criada pela sociedade, necessitando de uma integração da pessoa à sociedade, através da adequação do seu ambiente social, requerendo mudanças sociais e políticas, permeadas por questões de direitos humanos. Tal modelo, dá corpo a parte da rede de cuidados do sistema de seguridade social francês.

A mesma organização, contudo, ainda propõe a integração destes dois modelos opostos, em uma abordagem dita biopsicossocial, proposta na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Tentaremos brevemente nas próximas linhas expor as diferenças existentes por meio dos métodos de avaliação e valoração do dano laboral via modelo biomédico dos Baremos, amplamente utilizados no Brasil e em países europeus como Espanha, França, Alemanha, Itália e Inglaterra (FERNANDES & CHEREM, 2005, p. 127) e contrastá-lo com o modelo interacional, dinâmico e biopsicossocial da CIF.

Os Baremos, trata-se de tabelas geralmente com percentuais de deficiência anatômicas ou funcionais muito utilizadas para avaliar danos corporais. De acordo com Fernandes (2018, p. 176), nos *baremos funcionais*, o fundamento recai sobre critérios fisiológicos, onde a incapacidade é estimada em valores percentuais, de acordo com a deficiência apresentada, relacionada às deficiências anatômicas, funcionais e econômicas. Ao passo que os *baremos percentuais* são compostos, geralmente, de uma lista de lesões, doenças ou sequelas, às quais são atribuídos valores fixos ou intervalares, sendo o valor mais alto, geralmente 100%, correspondente à perda funcional máxima da pessoa em determinado órgão ou função.

Nos casos em que a sequela definitiva está estabilizada, pode-se utilizar o Baremo, entretanto, em alguns casos, Fernandes e Cherem (2005, p. 128) sugerem cautela no uso devido à dificuldade ou mesmo impossibilidade de se quantificar tal sequela, como nas queixas de dor, devido à modo de senti-la, que seria algo ligado à subjetividade. Assim, apontam que devem ser levados em conta, na avaliação da queixa de dor, fatores externos (objetivos) e fatores internos (subjetivos). Entre os primeiros observam-se a característica da lesão, extensão e profundidade, o tratamento realizado, bem como a evolução da lesão. Já entre os fatores internos, podem ser utilizadas as escalas da avaliação de dor, levando-se em conta a experiência própria do/da observador(a) e a personalidade do/da paciente.

Fernandes (2018, p. 753) também nos demonstra a existência de diversos outros sistemas de avaliação da valoração do dano, tais como: (a) o Sistema Empírico: que segundo o autor é um dos métodos mais empregados, tanto quanto os Baremos e baseia-se na experiência do avaliador, dando uma estimativa subjetiva das alterações e levando

a opiniões contraditórias, baseando-se na relação lesão-trabalho habitual e; (b) O *Guides to the Evaluation of Permanent Impairment*, publicação da American Medical Association (AMA), estando atualmente na sexta edição. É composta por tabelas dinâmicas que delimitam o dano corporal. Estas tabelas são suscetíveis à diminuição de percentagens, de acordo com critérios de modificação da grade. Esses critérios utilizados podem ser a história clínica, achados ao exame físico, exames laboratoriais ou de imagens, e outros testes objetivos.

No Brasil, o Baremo mais utilizado, destinado ao mercado de seguros privados, porém amplamente utilizado consultivamente nas perícias previdenciárias e judiciais, é o da tabela da Superintendência de Seguros Privados (SUSEP), a qual Fernandes (2018, p. 176) salienta que o valor referenciado no *baremo percentual*, refere-se ao dano apresentado pela pessoa, não devendo ser confundido com incapacidade física, laboral ou incapacidade de ganho, devendo ser avaliada após estar estabelecida a quantidade de perda funcional.

*“Tem lá os cálculos atuariais de empresas de seguro [SUSEP] da Baremo que são utilizadas para calcular quanto tempo a pessoa deve ficar afastada, fazendo comparações entre profissões e não pensando o tempo individual de reabilitação. As avaliações são biomecânicas e não biopsicossociais como dizem ser”* (médica perita exonerada de INSS do interior de SP).

*“Perito se baseia em critérios evidentemente médico, mas para estabelecer nexos causal e incapacidade não considera ergonomia, biomecânica, direito, e que não é só a legislação hein. Se ele encontra um caso de alguém de 58 anos com lesão na coluna, traumática, ele vai se ater somente a coluna, mas não vê a idade, a escolaridade, que essa pessoa está inválida, ele vai dizer que ele está com uma incapacidade parcial e que ele pode trabalhar. Há varias decisões judiciais em que se diz que isso deve ser levado em conta. Peritos recorrem a tabela da SUSEP somente para incapacidades anatômicas, não se considera o indivíduo como um todo. Incapacidade é um conceito amplo, abrange todo o indivíduo”* (advogado trabalhista de SP).

*“Tem a Lei 8.213 do INSS que diz: ‘embora trabalho não seja causa única, concorreu para...’ Se a perícia é acidentária, antes de tudo verifica-se o nexos causal, depois incapacidade, prognóstico e etc. Tem incapacidade 50% que seria incapacidade para a mesma função ou que interfira no exercício da mesma função, 50% do salário de contribuição ao longo de 12 meses. Ou aposentadoria, ou aposentadoria mais 25% devido aqueles que tem necessidade continuada de auxílio de terceiros. As empresas mantêm um seguro para pagar indenizações contra acidentes de trabalho. Na Justiça Trabalhista você solicitando indenização e às vezes reintegração, com ou sem mudança de posto. Aí tem a tabela da SUSEP para incapacidade com pagamento de valores pelo dano sofrido. Empresa deveria oferecer condições para reabilitação e recolocação”* (médico perito judicial de SP).

Melo (2015) afirma que a tabela da SUSEP não pode ser considerada como critério único para aferição do grau de incapacidade laborativa decorrente de acidente ou doença do trabalho para efeito de fixação da pensão devida à vítima pela responsabilidade civil, pois tal tabela consideraria critérios genéricos de incapacitação para o seguro privado, baseada na importância que o trabalhador adoecido pagou do seguro e, não, a sua profissão, a incapacidade para o trabalho, as dificuldades para obter e se manterem no emprego, o tempo de serviço na organização, a sua idade e outros fatores relevantes para a situação concreta.

Dessa forma, a referida tabela aplica-se à finalidade para a qual foi concebida, qual seja, determinar o valor da indenização a cargo da seguradora com base no prêmio pago por um segurado, mas não pode ser considerada como critério para estabelecer o grau de incapacidade laborativa decorrente de acidentes e doenças do trabalho e para estabelecer os valores das indenizações decorrentes, por, na visão do autor, possuir absoluta evidência de incongruência com o tema da reparação civil, que na forma do artigo 950 do Código Civil leva em conta a importância do trabalho para que se inabilitou a vítima, ou da depreciação sofrida.

A pensão/indenização devida a um trabalhador vítima de acidente de trabalho ou doença relacionada ao trabalho a cargo do empregador deve ser levada em conta não somente a conclusão do laudo pericial, mas, a incapacidade dos mesmos para o tipo específico de trabalho, as dificuldades para obter e se manter no emprego, o tempo de serviço na empresa, a sua idade, rendimento útil no trabalho, grau de instrução, segurança e risco na prestação de serviço, deslocamento até o local de trabalho e outros fatores relevantes para a situação concreta.

A questão é, e estamos de acordo com Carneiro (2018, p. 221) de que a incapacidade não deve ser vista como decorrente de uma condição morfofisiológica somente tal como apregoam as cartilhas do INSS. Mas, essencialmente, como fenômeno social complexo, que requer mais do que um diagnóstico de doença e suas repercussões sobre o corpo. A abordagem deve entender o trabalhador no seu contexto de vida e de trabalho, e com ele construir alternativas, possibilitando autonomia num possível reingresso a seu trabalho ou noutro.

Dessa forma, compreendemos que o modelo da CIF, atualmente é o mais avançado e adequado podendo, por seu objetivo de fornecer um sistema de codificação com embasamento científico sobre saúde, servir como ferramenta em sistemas de compensação e previdência social. Em sua classificação, ao contrário dos Baremos como

a tabela da SUSEP, são levadas em conta as funções dos sistemas do corpo, as partes anatômicas, as deficiências nas funções, a atividade exercida, o envolvimento nas situações da vida diária, os problemas que a pessoa pode encontrar na execução das atividades e nas situações da vida diária e os componentes do ambiente físico, social e de atitude que conduzem a vida da pessoa. Após identificar os componentes, a metodologia sugere a busca das limitações em tabelas da classificação, que as definem em termos percentuais.

A CIF possui duas partes, sendo cada uma com dois componentes: (1) Parte 1 que versa sobre funcionalidade e incapacidade, tratando das funções e estruturas do corpo, bem como as atividades e participação e; (2) A Parte 2 que enfatiza os fatores contextuais ambientais e pessoais. Esses componentes são identificados por prefixos em cada código, sendo, *b* (*body*), para as funções do corpo; *s* (*structure*), para as estruturas do corpo; *d* (*domain*, “domínio”, prefixo mais utilizado na prática) subdividindo-se em *a* (*activities*) para atividades (a critério do usuário, no lugar da letra *d*) e *p* (*participation*) para participação (a critério do usuário, no lugar da letra *d*) e; *e* (*environment*), para os fatores ambientais.

Assim, Fernandes e Cherem (2005, p. 132) entendem que, pelo fato da Previdência transformar o trabalho em profissão, emprego e vínculos somente, para se avaliar dano, seja imprescindível a existência de critérios fundamentais, tais como um diagnóstico o mais preciso possível com a estabilização da incapacidade funcional e a avaliação clínico-laboral completa. Contudo, na impossibilidade de reabilitação por parte das organizações ou mesmo noutras instâncias, o INSS fornece o devido benefício, como os auxílios acidente por exemplo, com base no déficit funcional por meio de Baremos ou de outra forma de quantificação funcional empírica.

Desse modo, ratificam que esse fenômeno necessita de conhecimento bastante amplo e abrangente, envolvendo também conhecimento de especialidades jurídicas, e de outras ciências da saúde para além do modelo biomédico, possibilitando uma abordagem em que são contemplados, respectivamente, a prevenção, a detecção, a reabilitação e o contexto médico-legal dos indivíduos comprometidos nas atividades de vida diária em decorrência de dano e consequente.

Portanto, tal como apregoa Carneiro (2018, p. 221), inserir o trabalhador com incapacidade parcial e permanente no mercado de trabalho é um desafio que requer aprimoramento e expansão do modelo de avaliação biopsicossocial, adequação da

legislação para possibilitar jornadas de trabalho compatíveis com as limitações<sup>150</sup> e incentivar a implantação de serviços e políticas públicas que apoiem a inclusão no mercado de trabalho.

#### *3.4.6 O NTEP e as Diretrizes de Apoio à Decisão Médico Pericial em Transtornos Mentais*

Nesse item faremos uma breve explanação sobre a inserção do Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário (NTEP) no SABI, quais suas potências e limites no estabelecimento do nexo causal entre trabalho-adoecimento, suas reverberações na imputabilidade de responsabilidades frente à prevenção dos adoecimentos no trabalho e de que forma, as Diretrizes de Apoio à Decisão Médico-Pericial, enquanto cartilha formal a ser seguida pelos médicos peritos enviesam seus diagnósticos influenciando na elucidação de nexo e no entendimento da existência ou não de incapacidade laboral.

Oliveira (2018, p. 823-824) explica que o Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário (NTEP) é um estimador de risco (razão de incidências acumuladas) produzido a partir de um delineamento analítico, observacional do tipo coorte, de natureza previdenciária, censitária, dinâmica, não-concorrente, ainda ativa, com dados observados a partir de 01 de janeiro de 2000. Justifica que tal coorte é previdenciária porque a casuística e a população real foram extraídas dos registros dos empregados vinculados ao Regime Geral de Previdência Social (RGPS) que tiveram benefício concedido pelo Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), no período observado e, por conseguinte, censitária porquanto alcança o universo de indivíduos (empregados e segurados afastados), inclusive para as empresas registradas no Brasil, cujos empregados laboram no exterior. É dinâmica porque a população real constantemente incorpora membros (por admissão) e perde outros (por rescisão).

Noutras palavras Silva-Junior (2018, p. 805) explica que o NTEP é aplicável conforme a lista construída a partir de análise da significância estatística entre doenças motivadoras da incapacidade entre trabalhadores e as atividades econômicas nas quais os beneficiários estavam vinculados no momento do requerimento do benefício. Os grupamentos diagnósticos foram organizados conforme os grupamentos diagnósticos da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a

---

<sup>150</sup> O que não nos parece um cenário otimista após a aprovação da Lei 13.467/17 da Reforma Trabalhista.

Saúde, 10<sup>a</sup>. versão (CID-10), sendo que a atividade econômica da empresa obedece à Classificação Nacional de Atividade Econômica (CNAE). As relações entre os grupamentos da CID-10 e os CNAE constam na lista C do Anexo II do Decreto nº 3.048/99.

O NTEP é uma presunção legal do tipo relativa, uma vez que admite prova em sentido contrário. Na prática, é mais uma inversão do ônus da prova em prol da vítima, medida jurídica acertada na visão de Dallegrave Neto (2007), seja porque o trabalhador ou a trabalhadora é hipossuficiente, seja porque o empregador que detém a aptidão para produzir a prova de inexistência do nexos causal.

Santos Júnior e Cherem (2013, p. 278) afirmam que a justificativa para a implantação do NTEP foi pela primeira vez explicitada na Resolução nº 1.269 do Conselho Nacional da Previdência Social de 15 de fevereiro de 2006, considerando, entre outras, a necessidade de se conferir estímulo ao desenvolvimento econômico via redução de custos e de fomento ao trabalho saudável (BRASIL, 2006) e que este foi trazido ao Direito Previdenciário juntamente com o Fator Acidentário Previdenciário (FAP)<sup>151</sup>, objeto da Lei nº 10.666/03 e igualmente disciplinado pelo Decreto nº 6.042/07 que por sua vez tem implicações no SAT<sup>152</sup>.

Os autores prosseguem trazendo que em 1º de abril de 2007, uma nova versão trouxe à pericia médica do INSS a informação da existência do NTEP a ser investigada pelo/pela perito(a). Assim, após a exclusão dos nexos profissional e individual, - o que, para qualquer uma das possibilidades de nexos técnico previdenciário, é facultado ao(a) perito(a) médico(a) previdenciário(a) exercer sua autonomia técnica decisória, e caracterizar/descaracterizar a natureza acidentária do requerimento -, se houver NTEP no caso em questão, em um determinado momento, irá surgir numa das telas do SABI, a seguinte pergunta ao(a) perito(a): “Há elementos médico-periciais para não aplicação do NTEP?”

---

<sup>151</sup> Designa-se Fator Acidentário de Prevenção (FAP) o número, dentro do intervalo contínuo fechado [0,5000; 2,000], que multiplica as alíquotas de 1%, 2% ou 3%, para cada uma das empresas empregadoras brasileiras, de forma a reduzir em até 50% ou majorar até 100%. O FAP é determinado por discriminação dos distanciamentos lineares de coordenadas tridimensionais em um mesmo CNAE. O procedimento consiste em padronizar os coeficientes de frequência, gravidade e custo para cada empresa e, em seguida, atribuir o FAP.

<sup>152</sup> Contribuição empresarial para cobertura dos benefícios concedidos em razão do grau de incidência da incapacidade laborativa do trabalhador, decorrente dos riscos de uma dinâmica global de processos de trabalho; possui alíquota variável em função do grau de risco dos ambientes de trabalho (leve, médio ou grave), conforme tabela constante do Anexo 5 do Decreto n. 3.048/1999, de 6 de maio de 1999.

Respondendo-se “Não”, o NTEP está automaticamente caracterizado; respondendo-se “Sim”, abrir-se-á uma tela com diversas opções de justificativas contendo oito possíveis alternativas de respostas e um campo para que o perito emita seu parecer, quais sejam: (1) não há evidências/indícios de exposição a riscos ergonômicos/biomecânicos e de organização do trabalho; (2) não há evidências/indícios de exposição a risco químico; (3) não há evidências/indícios de exposição a risco biológico; (4) não há evidências/indícios de exposição a risco físico; (5) não há evidências/indícios de exposição a risco mecânico (específico de acidente do trabalho); (6) o tempo entre o início da função/trabalho e o início da doença (DID) é insuficiente para gerar a moléstia de origem ocupacional; (7) a queixa descrita não é compatível com a lesão ocupacional e; (8) o segurado informa que a lesão não ocorreu no trabalho<sup>153</sup>.

Segundo a norma vigente, se existe NTEP na Lista B do Anexo II do Decreto nº 3.048/99 para um caso concreto em análise, considera-se estabelecido o nexos entre o trabalho e o agravo. Contudo, prevê também a norma que a Perícia Médica do INSS deixará de aplicar o NTEP quando demonstrada a inexistência do nexos causal.

*“O nexos é dado mais quando o medico assistente faz uma analise mais robusta. Aí tem perícias que são mais rápidas, de uns 5 minutos mais ou menos, como as de apendicites, fraturas e cirurgias por exemplo. O NTEP hoje exclui a necessidade de CAT e auxilia a gente sobre o nexos. Pra acidente de trabalho típico ou de trajeto ou doença ocupacional e doença do trabalho, LER/DORT ou doenças pulmonares por exemplo você já precisa de CAT. Normalmente como perita não tem como você ir contra o NTEP. NTEP aponta nexos apenas da causa principal e não de periféricas. É só na perícia inicial que se determina se é B31 ou B91”* (médica perita do INSS do interior do PR).

*“O [cita nome], tem um cargo alto de médico perito no INSS e assessora empresas, o que não poderia pois você tem conflito de interesses. Junto com o [cita outro nome], auditor fiscal da receita lá, maluco e mal-intencionado, se diz do lado dos trabalhadores e só quer ferrá-los. Eles criaram o NTEP e bolam falsos conceitos científicos, aí ficam fazendo pressão sob o judiciário direta e indiretamente para que decidam conforme os interesses do INSS, e os interesses do INSS são na maioria das vezes o interesse das empresas. Tem muito médico do INSS identificado, inclusive em Brasília, com os interesses das empresas. Favorecem as empresas, é um crime [...]. O [cita nome] da Confederação Nacional das Indústrias foi o relator do NTEP e começou um trabalho nos bastidores da Previdência para desconstruir uma série de coisas e fazer emendas à MP do NTEP. [Cita outro nome] começou como liderança sindical e agora é um grande safado. [Cita outro nome] como psicólogo é um excelente epidemiologista. Ele e [segundo nome citado] desconstruíram o NTEP. Por exemplo, as empresas que estavam no topo da lista como as que*

<sup>153</sup> Nota-se que, para além da apendicização do trabalhador médico ao sistema informacional, como já discutido nesse capítulo, os critérios de evidenciação são tipicamente pautados no conceito de Saúde Ocupacional e, portanto, mecanicista e biomédica, excluindo-se os fatores biopsicossociais da CIF por exemplo.

*mais adoeciam os trabalhadores e foram parar lá embaixo, e isso interfere na tarificação. Fizeram uma colcha de retalhos não-científica. Isso fez com que as empresas parassem de emitir CAT pois tudo é o NTEP agora. Algo que seria ótimo foi deturpado. Nexo epidemiológico não é conceito é critério de perícia. Pegaram o cara ele [cita o terceiro nome novamente] e o pessoal da UnB, pagaram 7mil sem licitação pra fazer a desconstrução do NTEP. Pra mim o NTEP é uma balela e o FAP ajudou a descaracterizar, a [cita o nome de uma quarta pessoa], médica lá da Fundacentro tem dados sobre isso. Poderia ser um instrumento muito bom, mas não é” (advogado trabalhista/previdenciário de SP).*

*“O NTEP exclui a função da CAT [...]. Tem doenças que são isentas de carência no INSS, como câncer, alzhmeir, HIV... agora, se tem uma doença preexistente, o INSS não banca. Por exemplo, se uma senhora de 60 anos passa a pagar o INSS com essa idade mas tem uma dor na coluna que começou aos 45, ela não vai receber o benefício” (médico perito do INSS do interior de SP).*

*“Peritos não consideram lesão na coluna como sendo do trabalho porque dizem que com 40 anos já tem degeneração por idade. Onde está escrito isso? Quando eu fazia a perícia eu focava no nexo. Fazia vínculo com o segurado e não focava tanto nos documentos. Passava do tempo estipulado de 20 minutos. Mas tinha um caráter de grupo lá, de consulta entre os peritos para se dar B. 31 e não B91 e não configurar NTEP. Aí eu não participava disso. Eu pedi aposentadoria antecipada porque não queria mais ficar nesse ambiente do INSS. Ao todo fiquei lá 9 anos e tenho mais 16 de Estado” (médica perita exonerada do INSS do interior de SP).*

No nosso universo de laudos levantados e analisados (13), datados de 2008 a 2017, portanto, todos produzidos após a implantação do NTEP no SABI. 10 (dez) deles versam sobre CIDs F, relativos aos transtornos mentais e comportamentais e 3 (três) de CIDs M, quanto a doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, todos sobre benefícios auxílio-doença. Em nenhum deles foi evidenciado NTEP. Somente nos 3 (três) laudos sobre CID M, por se tratar inclusive do mesmo segurado, foi estabelecido Nexo Técnico Previdenciário Profissional ou do trabalho<sup>154</sup>.

*“Sexo: Masculino; Ocupação: -; Nascimento: 07/12/1968; Benefício: Auxílio-doença; História: Apresenta quadro de insônia, desânimo e irritabilidade há cerca de 8 meses a um ano, foi afastado do trabalho pelo médico da empresa.*

<sup>154</sup> Fundamentado nas associações entre patologias e exposições ocupacionais, de acordo com a profissiografia do trabalhador. Assim, são consideradas doenças equiparadas ao acidente de trabalho (doença profissional ou doença do trabalho), conforme artigo 20 da Lei nº 8.213/1991. A base para essa caracterização são as listas A e B do Anexo II do Decreto nº 3.048/99, estabelecidas a partir de análise conjunta do Ministério da Saúde e pela Previdência Social. Enquanto a lista A descreve, para diversos agentes ou fatores de risco ocupacional, os exemplos de agravos à saúde desencadeados ou agravados pela exposição, a lista B indica para cada agravo à saúde os exemplos de agentes ou fatores de risco ocupacionais relacionados a tais quadros.

*Em acompanhamento psicológico, ainda não iniciou com psiquiatra; Exame Físico: Humor deprimido, ansioso, irritável, com déficit de atenção e concentração; Data do Exame: 13/09/2011; Início da Doença: 01/09/2010; Início da Incapacidade: 23/08/2011; Cessação do Benefício: 31/12/2011 CID: F33 – Transtorno depressivo recorrente; Considerações: Há incapacidade laborativa no momento para sua atividade habitual; Justificativa para o não enquadramento no NTEP: A queixa descrita não é compatível com lesão ocupacional. Acidente do Trabalho: Não; Encam. À Reab. Profissional: Não; Isenção de Carência: Não; Auxílio Acidente: Não; Sug. de Apos. Por Invalidez: Não; Vistoria Técnica: -; Resultado: Existe incapacidade laborativa.” (Laudo Médico Pericial do INSS PR coletado em 26/08/2014).*

*“Sexo: Feminino; Ocupação: -; Nascimento: 09/09/1977; Benefício: Auxílio-doença; História: Sintomas depressivos, em tratamento para transtorno bipolar do humor. Refere que desde novembro de 2012 os sintomas tornaram-se intensos e tentou suicídio (cortou o punho esquerdo). Está em uso de lítio, clonazepam, risperidona e Trileptal; Exame Físico: Humor depressivo, crise de choro, ferimento em punho esquerdo cicatrizado; Data do Exame: 25/02/2013; Início da Doença: 01/01/2005; Início da Incapacidade: 08/11/2012; Cessação do Benefício: 30/04/2013; CID: F310 – Transtorno afetivo bipolar, episódio atual hipomaniaco; Considerações: Há doença incapacitante, prazo para controle dos sintomas; Justificativa para o não enquadramento no NTEP: A queixa descrita não é compatível com lesão ocupacional. DOENÇA PSIQUIATRICA NÃO RELACIONADA AO TRABALHO. Acidente do Trabalho: Não; Encam. À Reab. Profissional: Não; Isenção de Carência: Não; Auxílio Acidente: Não; Sug. de Apos. Por Invalidez: Não; Vistoria Técnica: -; Resultado: Existe incapacidade laborativa.” (Laudo Médico Pericial do INSS PR coletado em 26/08/2014).*

*“Sexo: Masculino; Nascimento: 09/12/1965; Benefício: Auxílio-doença; História: Torneiro mecânico, 49 anos, refere que faz uso de álcool desde os 20 anos de idade tendo sido internado em 19/06/2013 porque estava bebendo muito e queria se desintoxicar [...] traz receitas de Diazepam+Carbamazepina+Tiamina assinadas pelo mesmo facultativo na mesma data. Cita ser esta a 4ª internação; Exame Físico: BEG, corado, cita estar abstêmio desde 19/07/2013. Esposa diz que frequenta grupo na empresa. Sem tremores. Cita ser casado e não ter filhos. Memória e crítica preservadas, sem alterações de senso-percepção, sem polarização de humor. Cuidado pessoal adequado, sem tremores de extremidades; Data do Exame: 19/07/2013; Início da Doença: 09/12/1985; Início da Incapacidade: 29/05/2013; Cessação do Benefício: 31/07/2013 CID: F10.2 – Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool – síndrome de dependência; Considerações: Inapto; Justificativa para o não enquadramento no NTEP: Não há evidências/indícios de exposição a risco ergonômico (biomecânico e outros). VIDE ACIMA; Acidente do Trabalho: Encam. à Reab. Profissional: Não; Espécie de Nexo: -; Isenção de Carência: Não; Auxílio Acidente: Não; Sug. de Apos. Por Invalidez: Não; Vistoria técnica: -; Resultado: Existe incapacidade laborativa.” (Laudo Médico Pericial do INSS PR de 26/08/2014).*

A crítica dos médicos peritos do INSS quanto ao NTEP de acordo com Coiro (2010, p. 249-250) perpassa a questão de atualmente o INSS ser uma gestão primordialmente preocupada com números, contrapondo-se aos interesses destes profissionais e dificultando, inclusive a capacitação dos próprios. Como também, quando

de sua idealização, discussão e implantação, os peritos pouco participaram de seu processo de concepção, ficando praticamente alijados desta etapa e restando-lhes apenas o papel de responsáveis pela aplicação cotidiana da ferramenta. Um típico trabalho taylorizado, parcelizado e dicotomizado. Há críticas também relacionadas sobre o método estatístico e científico ao qual a ferramenta foi baseada no que tange sua credibilidade, o que, na sugestão desses/dessas profissionais, careceria de melhorias, como por exemplo, a utilização da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), além do CNAE e da CIF, além da CID-10.

Coiro (2010, p. 251) também aponta que não cabe ao perito o diagnóstico de uma doença, mas sim a análise da documentação trazida até ele/ela, o exame do/da trabalhador(a) e concluir com base nos elementos objetivos dos quais dispõe. Contudo, com o NTEP, o julgamento quanto à um diagnóstico, ou ao menos a veracidade de um já pré-estabelecido, se faz presente no cotidiano de trabalho dos peritos. Os transtornos mentais e comportamentais foram inclusive aqueles apontados como sendo de maior dificuldade de obtenção do nexos causal e conseqüente configuração de NTEP por parte de nossos entrevistados durante o ato pericial.

Considerando então a necessidade de se normatizar os procedimentos médico-periciais em relação à transtornos mentais com vistas a imprimir critérios mais objetivos na avaliação médico-pericial dos segurados da Previdência Social, a Coordenação Geral de Benefícios por Incapacidade (CGBENIN) constituiu um grupo de trabalho no período de dezembro de 2006 a abril de 2007, formado por sete médicos, sendo quatro especialistas em psiquiatria, um médico com graduação em psicologia e dos clínicos, com o objetivo de elaborar diretrizes médicas na área de psiquiatria, a partir da Portaria nº 20 INSS/DIRBEN, de 15 de dezembro de 2006.

Inicialmente, seguindo distribuição estabelecida pela Classificação Internacional de Doenças, Décima Edição (CID-10), procedeu-se à seleção do total de diagnósticos que figuram na CID-10 e que são potencialmente geradores de benefícios por incapacidade. Coube a cada um dos especialistas na área de psiquiatria desenvolver um texto inicial de um grupo de diagnósticos selecionados, enquanto coube aos clínicos o papel de moderadores do grupo.

Em uma segunda etapa, o grupo de trabalho reunia-se para revisar conjuntamente os textos iniciais desenvolvidos bem como conduzir critérios, de que, de acordo com a literatura médica, a abordagem qualitativa das incapacidades mentais e comportamentais dependeria da avaliação do grau de desempenho em quatro esferas, a saber: (1) Atividades

da Vida Diária (AVD's: autocuidade, comunicação, atividade física, função sensorial, atividade manual não especializada, deslocamentos/viagens, função sexual, sono, trabalho, atividades recreacionais); (2) Funcionamento social; (3) Concentração e; (4) Adaptação. Em relação ao grau da incapacidade, foram descritas as seguintes categorias ordinárias: (a) Nenhuma (incapacidade); (b) (Incapacidade) Leve; (c) (Incapacidade) Marcada e; (d) Extrema (incapacidade).

Tal grupo responsável pela elaboração do documento intitulado “Diretrizes de Conduta Médico-Pericial em Transtornos Mentais” veio a compreender que a natureza crônica de alguns transtornos mentais ou comportamentais indica que possa haver remissões ao invés de cura. Assim, para eles, indivíduos, podem ainda ter incapacidade permanente, mesmo se sua condição esteja em remissão. Então, a partir desse entendimento, visaram levar ao médico perito do INSS, de forma global e concisa, os critérios clínicos e diagnósticos para a uniformização de condutas frente a pessoas acometidas por transtornos mentais, conforma a CID 10/Capítulo V (letra F). Objetivaram facilitar a estes a identificação dos transtornos agrupados em categorias ou blocos, tal como já disposto na CID-10. Também buscaram explicitar no documento não somente os enquadramentos de cada transtorno mental, mas também, vistos a partir da análise da incapacidade laborativa, que é o fazer pericial previdenciário nas instâncias do INSS, avaliados de acordo com a espécie do benefício requerido.

Contudo, o documento traz que, para uma boa avaliação de transtornos mentais, deve-se considerar sua gênese biopsicossocial. Entretanto, as formas diagnósticas pautam-se num modelo biomédico, e apresentam o que seriam as peculiaridades do exame psiquiátrico, tais como: (a) A consideração, durante exame, de um eixo longitudinal, correspondente à história de vida da pessoa, e um transversal, que corresponderia ao exame do estado mental na ocasião da avaliação; (b) A existência do predomínio de elementos abstratos para a análise das funções psíquicas; (c) A ausência de exames complementares obrigatórios na maioria dos casos; (d) O possível julgamento de valores e preconceitos com uma pessoa acometida de transtorno mental durante exame; (e) A dificuldade na entrevista, quanto à colaboração para o fornecimento de informações e na credibilidade da descrição sintomática; (f) uma maior rejeição por parte da população em questão, por ser, no entendimento dos autores do documento, mais sujeita às dificuldades do mercado de trabalho, o que leva a risco de desemprego e danos socioeconômicos; (g) A dificuldade na validação dos informes técnicos fornecidos por profissionais diversos,

trazidos para a perícia e; (h) a avaliação em si, visto que as características já citadas, exigiriam atenção redobrada por parte do/da perito(a).

O referido documento também expressa as dificuldades que podem ser observadas pelo médico perito do INSS durante a avaliação de um caso de transtorno mental o orienta sobre a atenção que tais profissionais devem ter quanto a pessoa à sua frente no ato pericial: (a) Transtorno factóide ou simulação; (b) CID firmado pelo médico assistente incompatível com a clínica observada ao exame; (c) CID firmado pelo médico assistente incompatível com o tempo estimado de recuperação; (d) Medicamentos utilizados que não atingem os sintomas-alvo para o tratamento do transtorno codificado.; (e) Dois ou mais CIDs incompatíveis; (f) Diversidade de CID em exames consequentes; (g) Somatizações; (h) Transtorno informado incompatível com a função laborativa; (i) Persistente ineficácia da medicação e piora contínua das queixas, sem melhora visível por parte da pessoa, mesmo que corretamente medicada por longo tempo; (j) Relação do examinado com o acompanhante e; (l) Quadro clínico existente pela ação medicamentosa, iatrogênica e/ou por uso autoprovocado, e impossibilidade de desintoxicação em curto tempo.

Finalmente, o referido documento explicita as bases para o exame psiquiátrico no ato pericial, afirmando que este deve compreender: (1) A avaliação geral da pessoa, quanto ao aspecto, postura/attitudes e nível de consciência; (2) O exame clínico das funções mentais, quanto ao estado cognitivo (orientação, atenção, memória, inteligência), comportamento, sensopercepção (ilusões e alucinações), pensamento, linguagem, juízo crítico, conduta, afetividade e humor; (3) A avaliação das funções psicofisiológicas quanto ao sono, o apetite e a sexualidade<sup>155</sup>.

*“Transtornos mentais é a parte mais difícil da perícia. A gente checa se houve troca de medicação, os quadros se são compatíveis com a doença apresentada. Se tem vários benefícios ou varias perícias se tem o mesmo CID ou não, se há internamentos. Normalmente os atestados são de psiquiatras. Tem perícia mais simples que não leva nem 5 minutos. No SIMA [Solicitação de Informação ao Médico Assistente] eu peço muito nos [casos] psiquiátricos. Pelo SABI a gente sabe o histórico do paciente e da doença para as perícias dele de retorno. Quando há documentos que comprovam bem a doença, medicação em dia e etc., a gente se apega a esses documentos. Quando é recorrente aí confronto com o prontuário médico. Esse ano por exemplo tiveram vários casos de transtornos mentais em aeromoças. Nesses [casos de transtornos mentais] a pessoa tem que se adaptar a medicação e é comum*

<sup>155</sup> Nota-se que é lançado mão do psicossocial restando apenas o bio, como também em muitos aspectos das diretrizes referentes ao exame pericial, o caráter de julgamento de valor e moral é sobreposto ao científico. Também o documento possui um subcapítulo todo dedicado aos aspectos sobre simulação em psiquiatria e a prática médica pericial.

*arrastar a doença. A pessoa diz que tem vezes que o trabalho é estressante e alega que o ambiente de trabalho pode agravar. Aí eu oriento a pessoa a retornar ao trabalho e tentar uma troca de função. A não ser quando são trabalhos que envolvem riscos a terceiros como operadores de máquinas, motoristas e etc. Pessoas com profissão de risco ficam muito tempo com benefícios [...]. No caso das aeromoças, elas ficavam dizendo que não queriam mais voar. Nesse caso não ficou comprovado onexo causal. A gente sabe que tem uma carga pesada do trabalho que contribui, como por exemplo, uma gestante que apresenta quadro ansiógeno por não querer voar e ficar dormindo em várias cidades diferentes. O fato é que o nexo nos casos psiquiátricos é muito raro [...]. Qualquer transtorno mental que precisa de adaptação medicamentosa eles dão benefício porque essa adaptação gera incapacidade. 30, 60 dias. A gente verifica a forma do trabalho também pra ver se tem incapacidade nos casos de transtornos mentais. Se a pessoa está estabilizada também é uma forma de se ver se tá incapacitada ou não. Só em agudização e pior do quadro que a pessoa por ficar incapacitada. A pessoa estável e medicada, nesses casos [de transtorno mentais], não quer dizer que ela não consiga trabalhar” (médica perita do INSS do interior do PR).*

*“Peguei bastante casos de transtornos mentais. Fazia os retornos também não só primeiros atendimentos. Muito atendimento em saúde mental ligado a uso de substâncias como álcool e drogas. Tem meio um combinado não dito de não dar o benefício, a não ser que o sujeito esteja internado, aí é dado. Eles levam atestados de CAPS e muitos particulares dizendo do transtorno com o álcool e as drogas. Alguns utilizam isso como forma de ganhar dinheiro quando tão desempregados e pra se drogar mais [...]. Tem muita depressão e quadros psicóticos também. Não existe uma cobrança pra seguir as diretrizes [de apoio médico pericial em psiquiatria]” (médico perito exonerado do INSS de SP).*

*“Não é comum esquizofrenia antes dos 48 anos. Os periciandos nunca vão sozinhos à perícia [...]. Se o paciente psiquiátrico perde a autoestima não está preocupado com dinheiro. Se está preocupado é falsário. Porque o paciente psiquiátrico não tem preocupação com coisas materiais, como pagar contas por exemplo” (médico perito do INSS da grande SP).*

*“Olha foi um choque me adaptar a um novo tipo de trabalho [perícias]. Tem muita simulação na perícia psiquiátrica” (médico perito do INSS do interior de SP).*

*“As pericias de patologias mentais são as mais complicadas. Como perito a gente passa por treinamentos com psiquiatras. Aí seguimos os protocolos também. Pela entrada do paciente na porta já sabe quem tem cara de F.32 [Episódio Depressivo]. A pessoa pode simular mais as patologias mentais, mas eu analiso com bastante critério. Pela aparência da pessoa, aspecto, com quem vive e como se cuida você já consegue ver a patologia mental. Mas a pessoa mesmo bem vestida pode estar em episódio depressivo. Um amigo meu mesmo não conseguia entrar na clinica, estava bem aparentemente e era depressivo mesmo. Mas o F.32 severo tem aspecto pior” (médico perito subchefe das perícias na parte administrativa do INSS no interior de SP).*

*“Fui coordenador das perícias por 3 anos na década de 90 e me reuni com os sindicatos pra classificar de forma correta a LER/DORT. Dor e condição mental eram os mais difíceis de diagnosticar” (médico perito aposentado do INSS do interior de SP).*

*“Na esfera da saúde mental o atestado médico tem muito valor. Mas não é incomum no INSS eles [peritos] jogar atestados de médicos do Cerest fora” (médico perito judicial de Procuradoria Regional do Trabalho do interior de SP).*

*“O INSS não estava aceitando nossos [Cerest] atestados [em saúde mental relacionada ao trabalho]. Tivemos até que fazer uma reunião com o INSS daqui [cidade da grande SP] em que ficou decidido que não se precisa mais de atestado de especialista nesses casos [de saúde mental relacionada ao trabalho] [...]. Eles [peritos] não entendem que o trabalho é determinante de saúde tal como saneamento básico é para a vida comum” (psicóloga ex-diretora de Cerest do ABC paulista).*

*“Tenho 34 e a função é operador de empilhadeira. Eu fui afastado pela empresa por motivos psicológicos, por stress. Eu tava fazendo quase 15 horas de serviço por dia, entrava às 5h da manhã e saía 8, 9h da noite. Antes tinha 3 operadores de empilhadeira lá no setor, aí eles mandaram dois embora e ficou só eu. Foi quando eu comecei a ter que esticar esse horário aí. Foi no dia 2 de fevereiro. Eu começava 5 horas da manhã e ia até o horário que tinha carreta pra descarregar, porque lá é eu fazia carga e descarga. O máximo que eu fiz foi até 10 horas da noite. E nem sempre eu tinha horário de almoço, horário de almoço eu almoçava e já voltava porque se eu almoçasse e ficasse uma hora lá pra poder almoçar, quando eu voltasse era mais caminhões acumulados pra eu ter que descarregar. Então como ficou só eu, e ainda bem nessa crise aí que tava o país né, que tava não né, que tá. Então eu cabei cedendo muito sabe. Pensei ‘não vou vacilar pra não perder o emprego’, aí você acaba... Daí comecei a passar mal, sentir umas tonturas, fui parar no médico e a minha pressão tava 20/12. Aí o médico me encaminhou pro cardiologista onde ele pediu uma bateria de exames e meus exames deu tudo O.K. Exame de coração, exame de pressão principalmente. Coloquei o holter, coloquei o MAPA, tava tudo O.K. Aí eles me encaminharam pra psiquiatra. Aonde ela começou a perguntar sobre o meu serviço como é que era, carga horária e tal. E eu falando pra ela como era minha carga horária ela chegou a conclusão que o meu problema era stress, muito acúmulo de stress, um quadro depressivo, mais ou menos esse tipo de coisa. Ela era psiquiatra particular, do meu convênio. Me deu um diagnóstico de um CID-10 Z73 [problemas relacionados a dificuldades de gerenciamento da própria vida], F32.2 [episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos]. Aí eu nunca tinha passado pelo INSS... isso aconteceu, o meu primeiro afastamento foi no dia 29 de março deste ano [2017]. Aí eu passei uns 10 dias afastado tomando uns medicamentos e retornei pra ver como ia ficar. Voltou a acontecer a mesma coisa. Aí no dia 11 de abril eu fui afastado definitivamente sem data pra voltar. E to passando por tratamento até hoje. Já tomei muitos remédio viu. Tomei rivotril, comecei a tomar sertralina, to tomando sertralina até hoje e, é, já tomei, carbamazepina, ácido valpróico, inclusive to tomando ácido valpróico agora, e já tomei mais uns 3 tipos de remédio que não lembro bem os nomes. Mas meu organismo não tava se adaptando bem aí com esses remédios [...]. Passei por uma perícia no INSS onde eles me... cheguei lá não teve muita coisa não. O médico nem na minha cara olhou, como sempre, pegou os papéis deu uma olhada aí falou pra mim: ‘às 9 horas da noite você dá uma olhada no site que vai tá lá o resultado’. Eles me pagaram esse tempo que eu fiquei afastado e me falaram pra eu retornar ao trabalho. Só que aí a médica [do convênio particular] não autorizou, porque como eu sou operador de máquina, pra mim voltar ao trabalho eu teria que tá bem. Eu voltei no dia 15/9, foi o dia alta pelo INSS. Daí marcaram para eu passar pelo médico da empresa. Aí eu passei com o médico do trabalho, no caso o médico da empresa, onde ele se colocou*

*que eu tava apto a voltar a trabalhar porém não apto a fazer a minha função. Aí na mesma semana eu tinha consulta com a minha médica [psiquiatra do convênio particular] e pedi pra ela suspender os meus remédios pra eu poder voltar a trabalhar, aí ela não quis suspender porque disse que eu ainda não tava apto a voltar e parar o tratamento. Aí ela fez um novo laudo me afastando novamente” (trabalhador operador de empilhadeiras de empresa da Grande SP).*

*“Eu faço tudo na área de açougue, é, faço tudo. Fico naquela câmara fria o dia inteiro. Até mais que as horas permitidas e com temperatura menor também. To sozinho lá pra fazer isso. Aí é muito serviço eu chego em casa e ‘puta, que que eu tenho que fazer aquilo?’ Aí isso vai ficando tudo na cabeça do cara, tudo na mente, tudo pesado. Se eu não fazer, é porque não tem outro, é só eu, tudo eu lá. Quer dizer, tem um monte de cara lá, mas os cara vão ficar, eu me lasquei todinho. Desculpa aí a expressão. Eu fiquei sozinho na pegada. Aí eu fico: ‘tem que fazer isso aqui, tem que cortar isso aqui, tem que guardar isso aquilo lá dentro’. Aí eu vejo como tudo isso tá pesado. Eu to com o corpo todo pesado, sabe como é? Então to com um stress, acabadão, à noite o corpo fica mole sabe. Quase desmaiei outro dia lá no serviço sabe? Fiquei assim [demonstra tontura, zonzeira]. Tava assim no pé da mesa cara, deu uma tontura, quase desmaiando. O corpo pesado, pesadão mesmo. Sabe como é, uma pessoa que passa por isso aí, sabe como tá acontecendo, o corpo ficava pesadão mesmo, pensava ‘nossa meu’... faz uns 4, 5 anos que venho sentindo isso... uma falta de ar... e eu to fazendo exame direto não é só esse ano não, esse ano eu fiz vários exames já entendeu? Aí eles tem esses exames, e não posso ficar sem a bomba [de asma]. Eu não tinha isso aí não [asma] antes de entrar lá. Hoje eu nem almocei nada. Se eu almoçar não tomo café, se eu não almoçar meu dia... nossa... passo mal. Eu outro dia eu tava em casa sozinho, eu te juro eu não vou mentir não, eu pensei ‘cara, parece que eu vou morrer aqui sozinho’. Aí depois pra você chegar na perícia [no INSS] ainda e ter que ouvir lá do cara que nem olha pra sua cara que não tem nada a ver com o que você faz...” (trabalhador de frigorífico da Grande SP).*

*“Não havia ainda manual de como se fazer as perícias. O que tinha, não prestava” (médica perita exonerada do INSS no interior de SP).*

Quando exposto à consulta pública ainda em 2007, o Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região apreciou o texto das referidas Diretrizes Médico-periciais em Transtornos Mentais apontando, em suma, os fatores psicossociais que foram deixados de lado pela aparente adoção da visão biomédica da questão. Assim, expuseram, por exemplo, que fatores de risco de natureza intrinsecamente relacionados às condições e organização do trabalho, tais como ritmo e intensidade do trabalho, o sistema de turnos e noturnos, as premiações e incentivos, as relações entre colegas e chefias não foram contempladas no documento, ao passo de que há intensa literatura sobre as cargas e demandas psíquicas oriundas do modo de organização do trabalho e gerenciamento das tarefas, na qual são descritas as repercussões à saúde mental dos trabalhadores quando a situação gera fadiga intensa, sobrecarga mental e condições difíceis de trabalho.

Também o referido parecer do CRP 6 expôs que os riscos de acidentes graves e fatais presentes cotidianamente em diversas profissões repercutem na saúde mental dos trabalhadores, apresentando-se como causa de muitos transtornos (nexo causal), bem como também o documento não evidencia devidamente os aspectos laborais que ensejam a concessão do benefício acidentário (B91) para todos os casos descritos, tais como o estresse pós-traumático.

Por fim, o referido relatório expedido pelo Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região enfatiza ficar evidente no documento o caráter de desconsideração do adoecimento buscando as situações de simulação, apontando que haveria, inclusive, diversos mecanismos que poderiam subsidiar uma melhor avaliação médico-pericial ao se desenvolver um trabalho multidisciplinar, de modo que os estudos sociais, as visitas aos locais de trabalho, as visitas domiciliares, a solicitação de relatórios completos de profissionais psicólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas e etc., poderiam complementar as análises e decisões em questão. Também apontou ser preocupante as considerações feitas em relação à necessidade de afastamento do trabalho e incapacidade que, comumente, selam prazos exíguos para a recuperação e tratamento dos indivíduos, não sendo citadas as poucas possibilidades de tratamento oferecidas à população e o impacto disto no agravamento dos casos.

A questão principal a nosso ver, também elucidada pelo documento do CRP 6, é de que, as Diretrizes de Apoio à decisão Médico-Pericial em Transtornos Mentais, não menciona que a prevenção aos transtornos mentais poderia modificar o quadro atual de adoecimentos. Deste modo, o INSS, por meio de seus dados estatísticos, poderia desencadear ações de prevenção aos transtornos mentais ao identificar empresas e situações recorrentes. Diante disto, a conduta médico-pericial poderia basear-se em outros dados importantes para a compreensão do caso.

O fato é que a consulta pública foi ignorada e o famigerado documento apenas teve pequenas alterações, dentre elas, a mais significativa, seu próprio nome, passando a ser intitulado, de forma ideológica a nosso ver, como Diretrizes de Apoio à decisão Médico-Pericial em Psiquiatria, a partir de março de 2008 e sendo atualizado pelo Despacho Decisório nº 1/DIRSAT/INSS, de 18 de novembro de 2013.

Também se faz interessante notar que, a partir do momento que a lei previdenciária igualou os valores pecuniários dos benefícios previdenciário (B31) e acidentário (B91), isto por um lado, gerou desinteresse nas ações judiciais na Justiça Estadual destinadas a exclusivamente a ver reconhecido o caráter acidentário do

afastamento, pois o valor do benefício é o mesmo. Não havendo conflitos, tal fato ocasionou em nossos entrevistados médicos perito do INSS, um certo conforto em se estabelecer nexos causais, ficando a dificuldade na relação perito-periciando focada na concessão ou não do benefício. Se às partes interessadas, trabalhador e empregador tal fato torna-se relativamente irrelevante, ambos não se indis põem, contudo, ao próprio INSS tal fato é de veras relevante pois afeta diretamente no cálculo do FAP. Contudo, tal fato corrobora que ao trabalho médico-pericial importa o foco na questão da incapacidade, relegando o nexo a segundo plano, o que implica em graves consequências a uma possível melhor tratativa dos dados com vistas à prevenção.

*“Para o INSS ter nexo ou não, não faz diferença porque o benefício é o mesmo. O problema fica pras empresas. E pro INSS é bom o nexo porque aumenta o FAP. O governo arrecada mais”* (médico perito exonerado do INSS de SP).

Quanto à estabilidade no emprego, mesmo o nexo não sendo reconhecido, o trabalhador deverá entrar com ação na Justiça do Trabalho de toda forma. Então, as ações que eram da Justiça Estadual nas Varas Acidentárias chegam a um ponto que faz com que o INSS pense em justamente igualar o valor pecuniário dos benefícios B31 e B91 pois o custo de se arcar com as ações contestatórias, por fim não valia a pena em relação ao número elevado de casos.

### 3.4.7 A judicialização previdenciária e a (famigerada) reforma da Previdência

Finalizaremos esta parte sobre as perícias previdenciárias no INSS explanando brevemente sobre os momentos pós-periciais que comumente geram desdobramentos judiciais no campo do Direito Previdenciário. Também buscaremos parrear o entendimento do atual momento político-econômico que vive a Previdência Social por parte dos médicos peritos, com os estudos recentes na área que contrariam as teses de déficit orçamentário no sistema do referido órgão.

#### Legislação Previdenciária

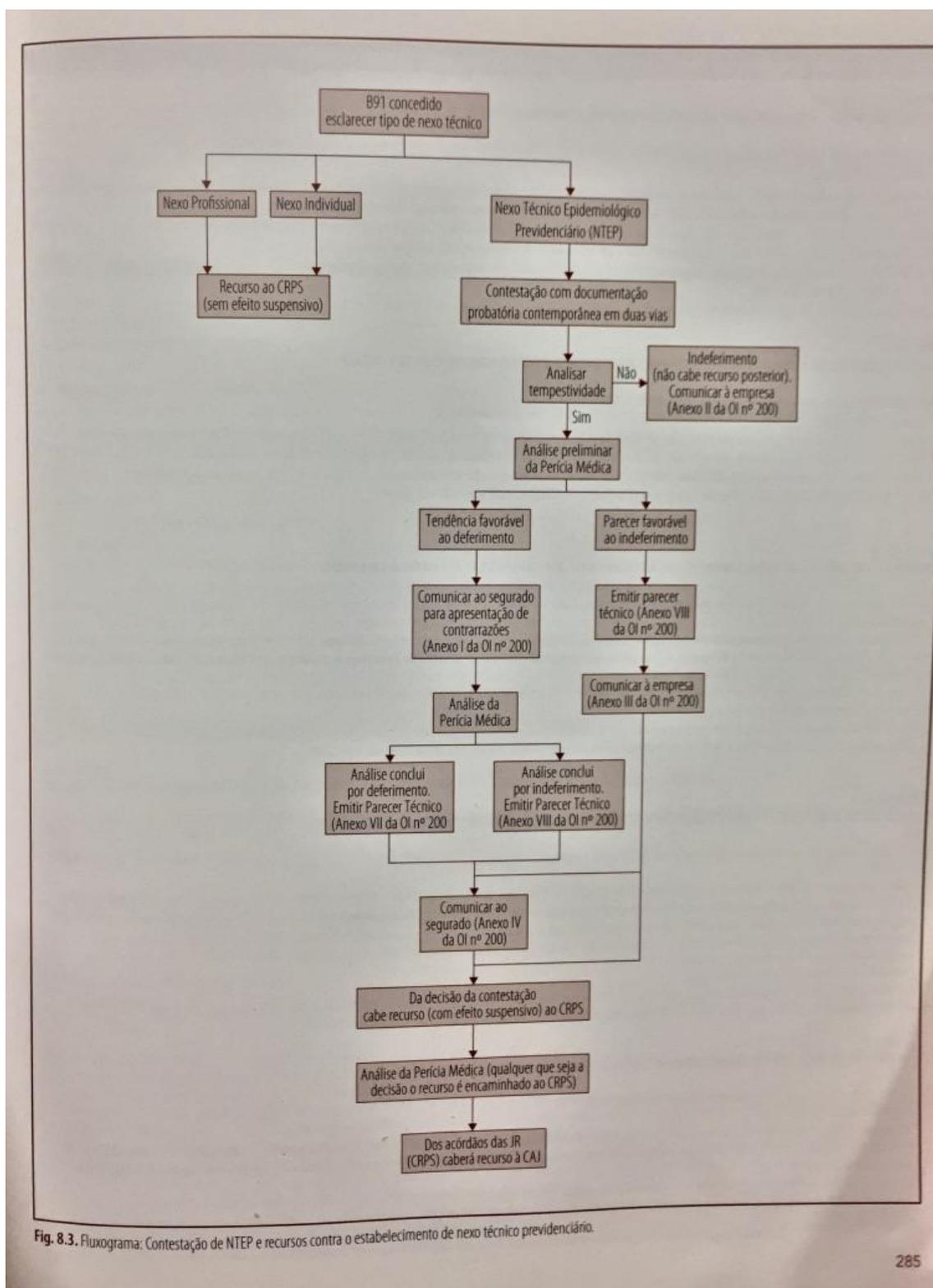
Lei 8.213/91 e Dec. 611/92 - tratam do Plano de Benefícios do Regime Geral de Previdência Social, aí incluídos os Auxílios-doença, Aposentadorias por Invalidez, Auxílios-acidentes, Pecúlios, Qualificação e Habilitação do Dependente Maior Inválido, para concessão de benefícios de família, entre outros; sua concessão e manutenção dependem de exame médico-pericial;

Lei 6.179/74 - trata da renda mensal vitalícia, concebida a maiores de 70 anos ou inválidos, sendo indispensável a perícia médica na segunda hipótese;  
Lei 7.070/82 - trata da concessão de benefícios por invalidez aos portadores de sequelas resultantes do uso da talidomida.

De acordo Santos Júnior e Cherem (2013, p. 283-284), o empregador, uma vez não concordando com a concessão do benefício na espécie acidentária (B91), poderá contestar ou recorrer da decisão, a depender do tipo de nexos técnico previdenciário estabelecido. Em se tratando de “nexo profissional” ou de “nexo individual”, não cabe contestação, competindo ser protocolado o recurso ao Conselho de Recursos da Previdência Social (CRPS) apenas, sem efeito suspensivo. Do mesmo modo não se pode recusar o recebimento de um recurso administrativo, que deve ser sempre encaminhado aos órgãos competentes, exceto quando reconhecido o direito pleiteado. Neste caso, ele deverá ser instruído pela perícia médica como um recurso às Juntas de Recursos (JR) do CRPS.

Em situação de recurso, se o parecer for favorável à pretensão do recorrente, a perícia médica deverá modificar a decisão pericial inicial, transformando o B91 em B31, e comunicar a decisão ao segurado, que poderá interpor recurso contra a decisão. Caso haja recurso por parte do segurado, se mantida a decisão de manutenção do B31, a perícia médica deverá emitir parecer técnico fundamentado e encaminhá-lo ao CRPS. Nessa situação e dos acórdãos das Juntas de Recursos (JR/CRPS), não cabe interposição de recurso às Câmaras de Julgamento (CAJ) do CRPS, por se tratar de matéria de alçada;

Em se tratando de “nexo técnico epidemiológico previdenciário (NTEP)” e havendo discordância do empregador, a empresa poderá requerer a não aplicação do mesmo, em caso concreto, junto à Agência da Previdência Social (APS) de manutenção do benefício, anexando documentação probatória pertinente ao caso, em duas vias, que demonstrem que o agravado do segurado não possui nexos com o trabalho exercido pelo mesmo. O fluxograma abaixo desenvolvido por Santos Júnior e Cherem (2013, p. 285) demonstra os caminhos relacionados à contestação do NTEP e recursos contra o estabelecimento de nexos técnico previdenciário, ainda nas instâncias da Previdência Social.



Contudo, o indeferimento da concessão de benefícios como o auxílio-doença e do benefício assistencial BPC tem levado muitos trabalhadores e trabalhadoras a recorrerem ao judiciário. Ainda que exista a possibilidade de se utilizar o Conselho e as Juntas de

Recursos da Previdência Social (CRPS/JR) tal como descrito acima, a contestação pela via judicial parece ser o caminho mais resolutivo.

Matos (2016, p. 176) afirma que assistimos, atualmente, a uma judicialização do (e para o) acesso aos chamados direitos sociais na Constituição, como saúde, assistência social e previdência que, juntos, compõe o sistema de seguridade social brasileiro. A autora prossegue (p. 177) dizendo que, não por acaso o INSS liderou o ranking dos cem maiores litigantes do Brasil por dois anos consecutivos (2010 e 2011) em relatórios publicados pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ). Os dados para composição do ranking geral partiram de processos enviados pelos tribunais estaduais, federais e trabalhistas ao CNJ. O relatório publicado em 2012, tendo 2011 como ano base, destacou que no âmbito da Justiça Federal o INSS apresentou aproximadamente 34% do total de processos ingressados no primeiro grau (justiça comum) e 79% nos juizados especiais federais.

Interessa-nos agora conhecer algumas dessas etapas de contestações e recursos quanto a concessão ou não de benefícios e a respectiva natureza, se previdenciário (B31) ou acidentário (B91) e nas instâncias judiciais em que se processam. Visaremos compreender tal processo a partir da voz de nossos/nossas entrevistados(as):

*“Não temos no Brasil conceitos bem elaborados sobre acidentes do trabalho, alguns até defendem ser impossível conceituar pois todo conceito é falho. Tanto que é uma matéria secundária em concursos para o MPT [Ministério Público do Trabalho] por exemplo. Até porque o MPT não intervém em acidentes do trabalho. Alguns juízes sem conhecimento da matéria acabam fazendo bobagens tipo dizer que acidentes do trabalho cabem em Direito Social, mas tratam como Direito Civil na realidade. Não temos obras de doutrina em matéria de acidente do trabalho com relação à Previdência Social. Em matéria de infortunística só tem jurisprudência e não conceitos ou diretrizes, ou seja, a doutrina mesmo. E aí vai se construindo falsas jurisprudências. [...]. Tem a divisão de perícias acidentárias do Tribunal de Justiça aqui de São Paulo, e só na cidade de São Paulo que tem Varas específicas de acidente do trabalho ligado à Justiça Estadual para julgar os casos ligados à Previdência. São todos médicos concursados lá, mas 90% tudo corruptos. Empresariais [...] Peritos não entendem doença profissional é diferente de doença comum. Doença profissional, que é aquela típica de certas ocupações, onde tem um risco específico. Por exemplo, a silicose. O nexo nesse caso, no entendimento do Direito, se estabelece sem vistoria nem nada, porque só se pode contrair a silicose em exposição a poeira de sílica, certo? Mas eu já peguei casos em que os peritos do INSS não davam nexo causal entre silicose e o trabalho. Já a doença do trabalho é a doença comum. Você tem o risco genérico e específico de adoecer. No caso da doença do trabalho, as populações podem contrair de outra forma. Por exemplo as cardiopatias, asma e etc., porém é agravado, aumentado por condições especiais de trabalho. Por exemplo as varizes. Tem incidência em grande parte da população, mas trabalhar em pé por exemplo pode agravar ou desencadear o quadro. Aí segundo a Lei 8.213/91 [que dispõe sobre os Planos e Benefícios da Previdência Social] não é doença do trabalho as degenerativas. O que é*

*doença degenerativa então? É ligada à senilidade? À velhice? Não! Olha pra entender o raciocínio médico eu li toda a CID-10. Inteirinha. Aí tem lá [na CID-10] que as doenças degenerativas são 'pós-traumáticas. Então por exemplo, um marteteiro tem doença degenerativa, mas pelas vibrações do seu trabalho, então é traumática. Eu acabei criando uma tabela de classificação de doenças degenerativas para facilitar o entendimento dos peritos e magistrados. Criei a classificação 'a-traumática'. O que é objeto no INSS é a incapacidade e não a doença. Incapacidade pra mim é também restrição, impedimento de se trabalhar. Aí lá no Decreto-Lei 7.036/1944 [substituído atualmente pelo Decreto-Lei nº 3.048/99] tem também o conceito de Acidente de Trabalho por equiparação [...] nexo causal é gênero, nexos etiológico é espécie. É outra coisa. Os médicos têm que considerar a etiopatogenia e não a etiologia. Um exemplo de nexos de causalidade desencadeante por exemplo, se você nasce com um escorregamento de vértebra, uma listese, é inato, você nasceu com isso. Mas é assintomático e não é incapacitante. Por ação de um trauma, uma queda, ele aflora e surge a incapacidade que existia. Não é etiopatogênico, já existia, mas é incapacitante. Ou seja, foi desencadeado [...]. O SABI só registra 1 CID. Muitos peritos dizem que o trabalhador é malandro porque muitas vezes nunca se afastou pelo INSS e depois quando é demitido vai atrás, entra na Justiça e tudo. Porém se esquecem do presenteísmo também em que muitas das vezes esses trabalhadores vão trabalhar mesmo doentes [...]. Enfim, perícia administrativa é via órgão público e perícias administrativas-previdenciárias é no INSS. Quando não estão satisfeitos [trabalhadores e empregadores], procuram a via Judicial” (advogado trabalhista/previdenciário de SP).*

*“Se o médico do trabalho não concordar com o nexos ele pode contestar via INSS com o perito que cuida disso. Depois tem a Justiça também [...]. A carta de acidente de trabalho me faz ver se é B31 ou B91. Se não determino um ou outro e se a pessoa quiser ela recorre, aí eu modifico [...]. Eu já fiz perícias judiciais também, mas todas respondendo pelo INSS. E é muito mais complexo que os 20 minutos de atendimento [...]. Tem que analisar o paciente com respeito. Faço de tudo para que saia daqui com o benefício, a não ser que descumpra a lei” (médico perito do INSS do interior de SP).*

*“Sou perito judicial há 35 anos. Desde 1981. E comecei fazendo perícias acidentárias. Essas perícias acidentárias são regidas por 4 pilares: o indivíduo tem algo, é do trabalho, o incapacita total ou parcial e que é permanente. São contra o INSS e não precisa comprovar culpa da empresa ou do local de trabalho, basta que tenha ocorrido em virtude do trabalho e isso é muito amplo. Entra também os conceitos de itinere e inetinere para acidentes de trajeto. Estar jogando bola no fim de semana com camisa da empresa, ou torneio da empresa, ou mesmo prestando um serviço na casa do patrão no fim de semana, tudo isso é acidente de trabalho por exemplo. Já nas [perícias] trabalhistas, aí são contra a empresa e é necessário que se comprove a culpa da empresa. Você avalia se a empresa ofereceu todas as condições para que o adoecimento não ocorresse. Nessas precisa-se comprovar a culpa da empresa e nexos causal. Nas [perícias] cíveis, tem a máxima: ‘Quando causar dano a outrem, fica-se obrigado a ressarcir-lo’. É contra a pessoa. Por exemplo, no caso de Assédio Moral entra-se na Justiça Trabalhista contra a empresa e na Justiça Cível contra o assediador. Simultaneamente. A empresa que não toma os devidos cuidados pode sofrer uma ação penal também, assim como o indivíduo. Um acidente ou adoecimento do trabalho pode gerar diversas ações concomitantes. Pode ser solicitando indenização, pode ser para se obter benefícios do INSS, pode gerar uma ação penal, e pode gerar uma ação trabalhista. Eu particularmente prefiro fazer [perícias] nas Varas de Família. No interior [do estado de SP] você não tem Varas de Acidentes do Trabalho, que são as que julgam ações contra o INSS, então elas [as perícias] ocorrem*

*nas Varas Cíveis. Na cidade de São Paulo tem 6 Varas de Acidentes do Trabalho e estão ligadas à Justiça Estadual, e não à Justiça Federal como na maioria dos casos. E tem as perícias não judiciais, as administrativas, do INSS, como uma seguradora, prefeituras, estaduais e federais. Nas seguradoras particulares, em que se ganha o prêmio, e estando insatisfeito se recorre à justiça. Todas essas podem se recorrer à justiça. Antes do INSS, existia o INPS e antes ainda antes as seguradoras. O INSS passa a monopolizar as perícias. Aí se você está afastado por B91 tem estabilidade no emprego, FGTS continua sendo recolhido, e tem reconhecido o tempo de contribuição para fins de aposentadoria. Já vi gente ficar aposentado 8, 9 anos por B91 e ter o tempo de afastamento contado para a aposentadoria. Porém tem o direito do contraditório então o INSS por exemplo pode dizer que o periciando inventou a história só pra conseguir o B91. Aí o perito [judicial] pode pedir prova testemunhal para pessoas que viram o que aconteceu com a pessoa. Aí entra a Lei 8.213 do INSS, 'embora trabalho não seja a causa única, concorreu para...'. Então, se a perícia é acidentária, contra o INSS, antes de tudo você verifica nexos causal, depois incapacidade, prognóstico e etc. Incapacidade 50% que seria incapacidade para a mesma função ou que interfira no exercício da mesma função. 50% do salário contribuição ao longo de 12 meses. Ou aposentadoria. Ou aposentadoria mais 25% devido aqueles que tem necessidade continuada de auxílio de terceiros. Aí você tem a tabela da SUSUP para incapacidade com pagamento de valores pelo dano sofrido e tal. As empresas acabam mantendo um seguro só para pagar indenizações contra acidentes do trabalho. Sai ainda mais barato do que fazer modificações na organização de trabalho [...]. O INSS deposita o valor determinado [do custo da perícia] pelo juiz previamente. Já é um valor fixado" (médico perito judicial de SP).*

*"Na Junta Médica para avaliação dos recursos, no INSS é feita perícia com 2 médicos e no SIASS perícia com 3 médicos" (médico perito exonerado do INSS e atualmente perito judicial em SC).*

*"Eu atuo tanto no âmbito [Judicial] estadual quando federal. Trabalhador só entra na Justiça depois de passar pelas instâncias recursais do INSS. Aí a função do perito é ser o olho clínico do juiz no caso em questão" (médico perito aposentado pelo INSS e atualmente perito judicial no interior de SP).*

*"Juizado especial federal. Lá a maioria das ações são contra o INSS e lá eles [trabalhadores] passam por nova perícia" (médico perito da Procuradoria Regional do Trabalho no interior de SP).*

*"A procuradoria [do trabalho], quando tem uma ação contra o INSS designa um perito e aí um perito aqui do INSS vai como assistente técnico da parte do INSS mesmo" (médico perito chefe do INSS de agência do interior de SP).*

*"Tem peritos mais velhos e com mais experiência que ficam apenas vendo recursos" (médico perito exonerado do INSS em SP).*

Matos (2016, p. 177) expressa que tal busca pelo judiciário impulsionou o crescimento de escritórios de advocacia especializados na temática previdenciária, que passaram a situar-se exatamente no entorno das Agências da Previdência Social (APS).

Estes escritórios anunciam em suas fachadas aquilo que se tornou uma de suas maiores demandas, não apenas em termos de volume de processos, mas de procura por orientação jurídica: auxílio-doença e BPC/LOAS negados. São estes escritórios que as pessoas procuram quando saem da perícia médica com um comunicado de decisão em mãos informando que não fazem jus aos benefícios solicitados. No entanto, a advocacia privada constitui-se em apenas uma das vias possíveis de acesso à justiça (e, possivelmente, aos benefícios do INSS que tenham sido negados administrativamente), ao passo que a autora apresenta que, aos que não possuem recursos para pagar pela representação de um advogado particular, o acesso é assegurado pela Defensoria Pública da União (DPU).

A autora prossegue (p. 179) relatando que o aumento na demanda por resoluções de litígios envolvendo o INSS levou a DPU a buscar alternativas conciliatórias como forma de reduzir a excessiva judicialização do acesso aos benefícios, sejam eles previdenciários ou o benefício assistencial. Assim, em abril de 2013, durante o 3º Encontro Nacional de Defensores Públicos Federais, em Brasília, houve a assinatura de um acordo de conciliação extrajudicial com vistas a diminuir a o excesso de processos contestando as decisões do INSS nas unidades da DPU em todo o país. Porém, este acordo não foi levado adiante, e o INSS manteve-se como a principal instituição pública federal a figurar os casos que chegam na defensoria em busca de auxílio jurídico.

Contudo, figura-se como interessante experiência, a possibilitada por meio da Portaria nº 811, de 16 de agosto de 2012, da Direção do Foro da Sessão Judiciária do Rio Grande do Sul, em que foi criado o Sistema de Perícias Médicas e de Conciliações Pré-Processuais das matérias de competência das varas e dos juizados previdenciários (Sicoprev), vinculado ao Centro Judiciário de Solução de Conflitos e Cidadania (Cejuscon) de Porto Alegre.

Torres (2014, p. 6) relata que para a execução das atividades previstas foi elaborado e executado projeto arquitetônico contemplando um conjunto de 5 salas para perícias, salas de espera, salas para conciliadores, com 16 estações de trabalho, e salas para audiências utilizadas pelo Sicoprev e pelo Cejuscon além de uma sala para o Gabinete da Conciliação da Procuradoria Regional Federal da 4ª Região.

A autora explica que:

o Sistema passou a controlar os procedimentos relativos à realização das perícias médicas, funcionando como uma central de perícias para benefícios por incapacidade ou assistenciais e pensões por morte, em que necessária tal prova, quanto a avaliação dos processos de benefícios por incapacidade, após a juntada do laudo, para verificar a viabilidade de conciliação e realizar as

audiências com tal finalidade. Distribuídos os processos às respectivas unidades judiciárias, incumbe a estas a análise da inicial, verificação de prevenção, requisitos formais, exame do pedido da gratuidade da justiça e avaliação da antecipação de tutela, a juntada de laudos de processos anteriormente propostos e de documentos dos sistemas do INSS (CNIS e Plenus), bem como o encaminhamento dos autos eletrônicos ao Sicoprev mediante ato ordinatório ou despacho, com a determinação das especialidades médicas (em ordem de prioridade) em que o referido juízo entende necessária a realização de perícia. Recebidos os autos eletrônicos no Sicoprev, é agendada a perícia e, a seguir, é remetida a lista dos processos com os dados solicitados pela Procuradoria Federal para a APSDJ/POA (Agência da Previdência Social de Cumprimento de Demandas Judiciais) a fim de que esta, antes da data marcada para o exame, junte aos autos os antecedentes médicos/laudos do SABI arquivados na esfera administrativa. Juntado o laudo pelo perito do juízo, os estagiários em atuação no Sicoprev separam os feitos nos quais não foi reconhecida a incapacidade laborativa da parte-autora (que são restituídos às Varas de origem) daqueles nos quais a incapacidade é reconhecida, relocando os autos atentando a tal circunstância. Os processos em que constatada a incapacidade são, então, analisados pelos conciliadores voluntários para verificar o preenchimento dos requisitos para encaminhá-los à audiência de conciliação, conforme os parâmetros informados pela Procuradoria Federal. Os feitos que não preenchem tais pressupostos são restituídos às unidades de origem para processamento. Nas demandas aptas à conciliação, por sua vez, é elaborada pré-proposta de acordo pelos conciliadores (conferida inicialmente pela equipe de servidores do Sicoprev e da vara de apoio) e, após a juntada do cálculo (atualmente confeccionado pela Contadoria da SJRS), há nova conferência pela equipe do Gabinete da Conciliação da PRF da 4ª Região em atuação no prédio sede da Justiça Federal. Ultrapassada a conferência, é elaborada pauta com a utilização de programa desenvolvido pelo Núcleo de Tecnologia da Informação – NTI da SJRS (a fim de agrupar as audiências por advogado). Realizadas as audiências, havendo acordo, a homologação é feita pelos juízes em atuação na unidade e, na sequência, o Sicoprev requisita à APSDJ a implantação do benefício e restitui os autos à vara de origem para a expedição de requisição de pagamento dos honorários periciais (por RPV) e dos valores acordados (por RPV ou precatório). Nas demandas em que foi infrutífera a conciliação, os autos são restituídos à vara de origem para requisição dos honorários periciais à Direção do Foro (via ofício requisitório) e processamento do feito (TORRES, 2014, p. 6).

No contexto francês, caso o trabalhador não esteja satisfeito com a decisão do Comitê Regional para Reconhecimento das Doenças Relacionadas ao Trabalho (CRRMP), este pode demandar uma perícia médica junto ao Fundo Primários de Seguro de Saúde (CPAM) de sua região. Em caso de contestação da aplicação feita pela CPAM das conclusões da perícia médica, o trabalhador pode ainda acionar a Comissão de Recursos Amigáveis (*Commission de Recours Amiable - CRA*) da CPAM da região dos/das mesmos(as). Os membros da referida Comissão são designados pelo conselho administrativo no começo de cada ano e avaliam o dossiê dos/das requerentes quanto ao reconhecimento donexo causal do adoecimento laboral.

Após essa etapa, se ainda não concordar com a decisão posta, o trabalhador pode contestar a decisão da CRA perante instâncias judiciais, como o Tribunal de Assuntos de

Seguridade Social (*Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale – TASS*). O TASS competente será, em princípio, o mais próximo da casa do trabalhador ou da trabalhadora e que estiver está localizado num Tribunal Superior (*Tribunal de Grande Instance - TGI*). Se também não satisfeitos com a decisão do TASS, o trabalhador pode recorrer junto ao Tribunal de Recurso (*Cour d'appel*) e/ou apresentar a defesa no Supremo Tribunal (*Cour de cassation*) junto ao Tribunal do Contencioso de Incapacidade (*Tribunal du Contentieux de l'Incapacité – TCI*) responsável por julgar decisões relativas ao estado ou às taxas de invalidez ou de incapacidade laboral ligadas aos acidentes do trabalho ou às doenças relacionadas ao trabalho.

A busca pelo judiciário para garantia de direitos sociais, seja no contexto brasileiro ou no francês, pode nos suscitar diversos debates sobre o papel do Estado mínimo e do judiciário, enquanto esfera de acesso do cidadão e da cidadã à coação dos desmandes do primeiro na garantia dos direitos constitucionais, através do acesso a um auxílio-doença. Aqui no Brasil, da mesma forma, a judicialização acaba sendo uma alternativa de acesso às políticas de seguridade como um todo, não apenas em relação ao direito à saúde, mas também à previdência e à assistência.

Contudo, no que diz respeito aos benefícios concedidos judicialmente, Loureiro e Mattos (2017, p. 200) dizem que deve ser observado que estes só poderão ser suspensos ou cessados mediante nova decisão judicial, pois, embora possa convocar o segurado para perícia de revisão para cessação de benefício, tal como atualmente apregoa a MP nº 767/2017 (revisão da MP nº 739/2016), o INSS deverá comunicar nos autos do processo antes de qualquer ato. Contudo não é isso que vem ocorrendo na prática. O INSS vem se valendo da referida MP para cessar o benefício imediatamente após a realização da perícia de revisão. Em alguns casos, como nos citam os autores (p. 201), o segurado que percebe o benefício em decorrência de ação judicial tem o seu benefício bloqueado para obrigá-lo a agendar perícia de revisão.

Nesses casos, dizem os autores (p. 201) que, a cessação do benefício viola o contraditório e a ampla defesa do segurado, em literal ofensa ao direito líquido e certo, desafiando a comunicação deste desrespeito à decisão judicial nos autos das ações previdenciárias e, em alguns casos, no ajuizamento de nova demanda judicial, com pedido de antecipação de tutela, para o restabelecimento do benefício cessado.

Entretanto, muitos dos peritos médicos previdenciários por nós entrevistados aderem à tese de “rombo na Previdência” justamente ao acesso descomedido, em seus julgamentos, dos segurados às “benesses” do Estado e que, este por sua vez, não daria de

arcar com os custos do “social” já que os benefícios concedidos de auxílio-doença já são, por si só, onerosos aos cofres públicos.

Porém, estes também serão afetados a partir do novo modelo, voltado para ampliação de sua produtividade instaurado para que se cumpra a MP nº 767/2017, não se valendo somente para as tarefas ligadas ao pente-fino do INSS. A partir do novo sistema, os perito acumularão “pontos” conforme as tarefas realizadas durante a jornada de trabalho, entre as quais perícias, atendimentos domiciliares e análises processuais, de exames e de laudos. Até então, o trabalho de tais profissionais era aferido pela assiduidade, ou seja, se havia cumprimento às horas contratadas. Agora, o profissional que aceitar o novo modelo de produtividade pós-MP nº 767/2017 poderá cumprir serviços burocráticos pelo computador, acessando o sistema do INSS, inclusive os existentes em outras agências do instituto pelo país. Aos que cumprirem a meta diária, por exemplo, poderão sair mais cedo do trabalho.

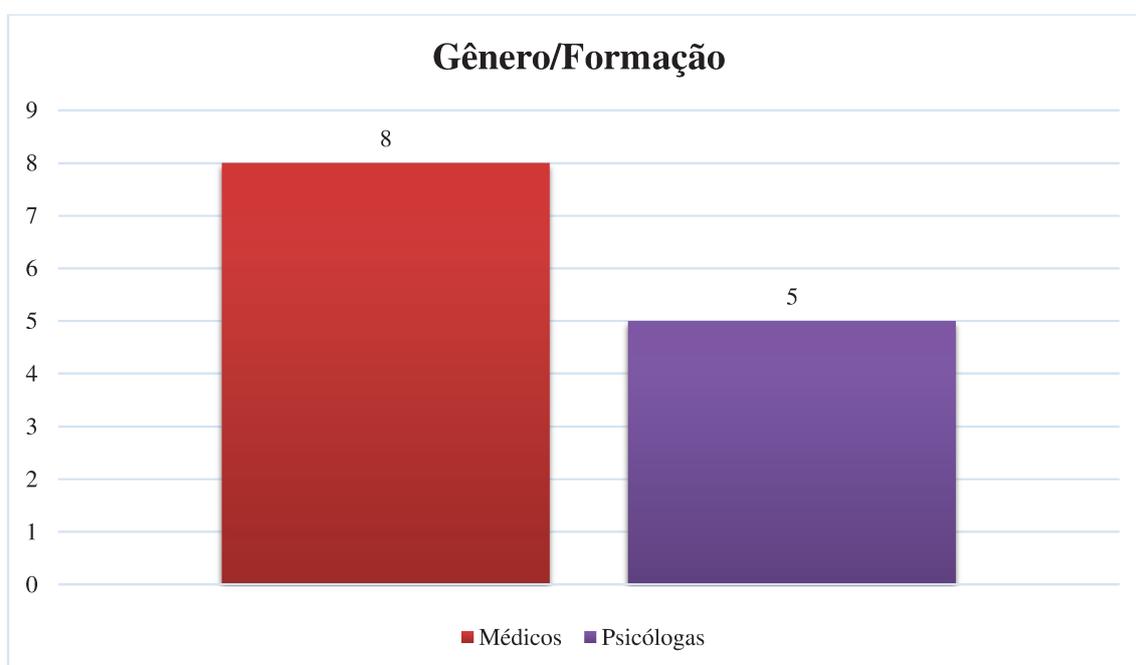
Loureiro e Mattos (2017, p. 202) então analisam que, ao se adotar as referidas medidas drásticas e de impacto social negativo aos segurados da Previdência Social que se encontram adoecidos tendo na MP nº 767/2017, uma via de entrada para se justificar uma reforma previdenciária por meio da PEC 287/2016, o governo Temer esquece-se de investir em políticas de prevenção e reabilitação nos casos de adoecimentos relacionados ao trabalho, bem como a efetiva qualificação e justa valorização das perícias do INSS. Ao contrário, a postura do referido governo é a valorização do já conhecido precário processo de trabalho dos médicos peritos do INSS, que, ao cumprirem com o “tipo ideal” no sentido weberiano requisitado por meio dos pressupostos ideológicos da instituição previdenciária, culminam por cada vez mais banalizar as doenças incapacitantes e desrespeitar a classe trabalhadora em seu momento de maior fragilidade, quando da perda significativa de sua saúde.

### 3.5 Perícias Judiciais: conceitos, campos e atuação

Tal como dissemos na introdução desse estudo, para compreendermos o movimento do concreto real se fez necessário imergirmos no campo das perícias em trabalho-saúde de forma a conhecê-lo de perto, entendê-lo, abstraí-lo e promover novas mediações a partir da experiência vivenciada.

Dos nossos 13 (treze) peritos judiciais entrevistados por nós nessa pesquisa, dividimo-los nos gráficos a seguir quanto ao gênero, localidade, profissão, especialidades/área, local de trabalho/atuação, tempo como perito(a) e a motivação em ter escolhido a atividade de peritagem.

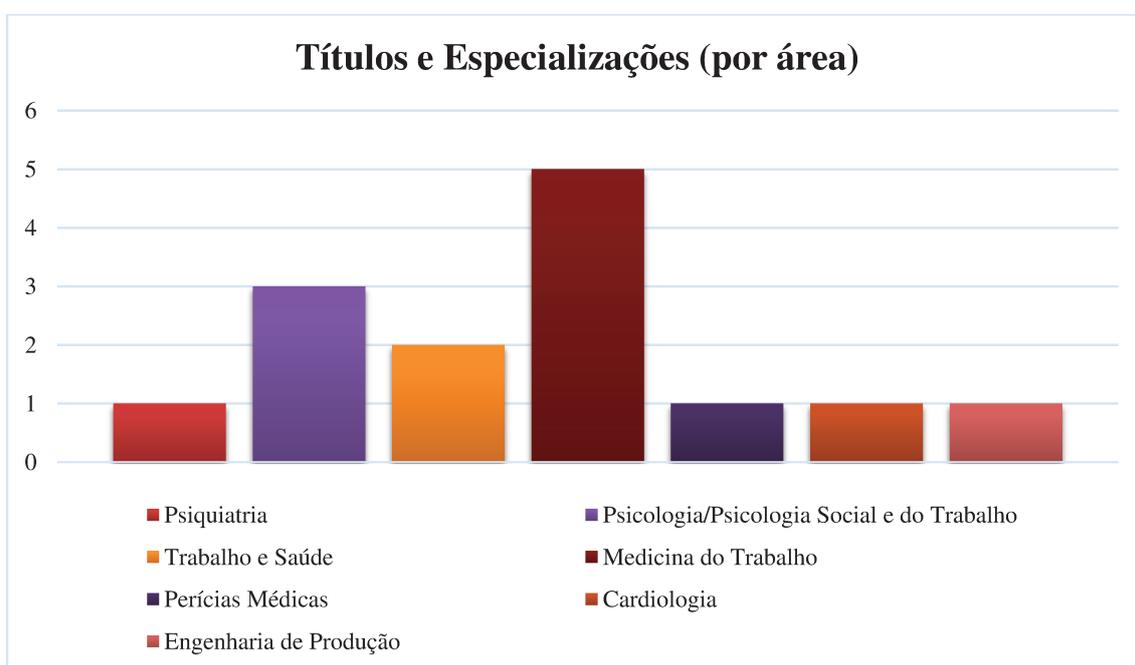
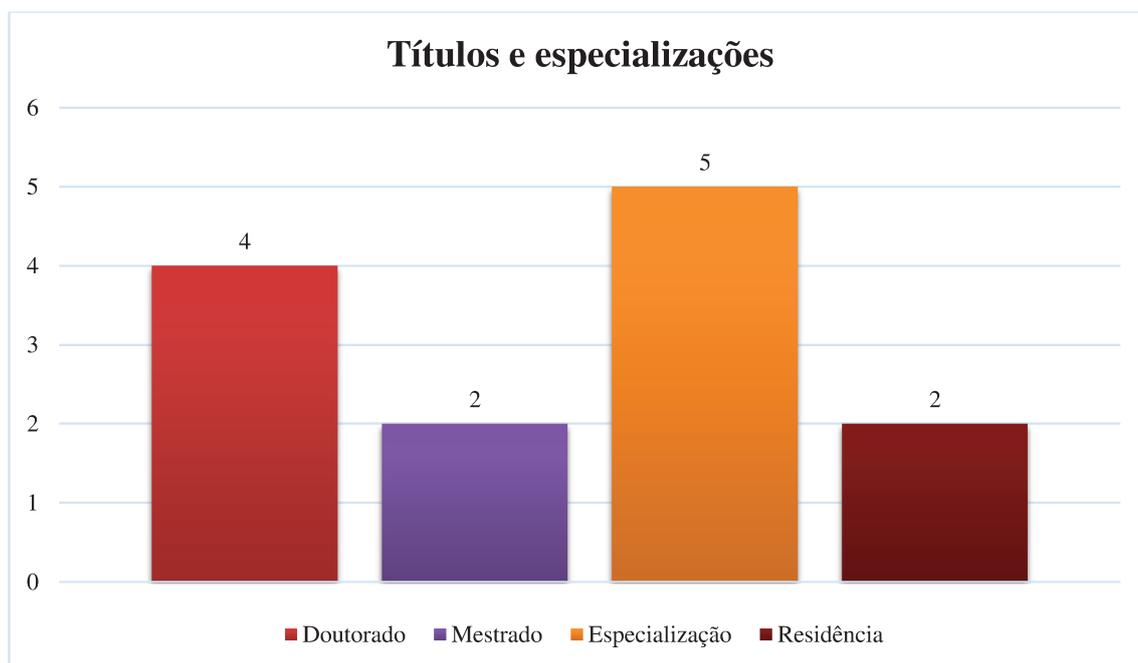
Destes, 8 (oito) eram homens e médicos e 5 (cinco) mulheres e psicólogas.



Dentre as especialidades encontradas, consideramos apenas a maior titulação de nossos entrevistados. Assim, dos 8 (oito) médicos, 2 (dois) possuem o título de doutor, sendo 1 (um) em Engenharia de Produção e 1 (um) em Psiquiatria; 4 (quatro) especialistas, sendo 3 (três) em Medicina do Trabalho e 1 (um) em Perícias Médicas e; 2 (dois) possuem residências médicas em Cardiologia e Medicina do Trabalho.

Das 5 (cinco) psicólogas, todas atuavam exclusivamente com perícias trabalhistas. Todas possuem algum nível de especialização lato ou stricto sensu em “psicologia do trabalho” sendo, 2 (duas) doutoras em Psicologia Social e do Trabalho; 2

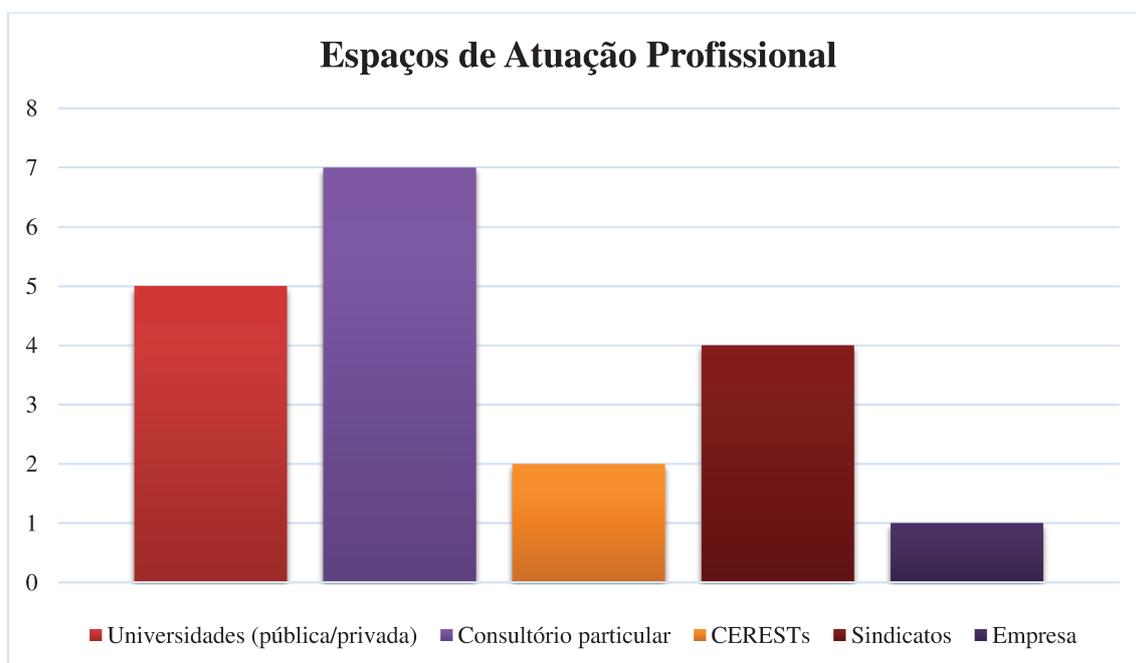
(duas) mestres, sendo 1 (uma) em Psicologia e 1 (uma) em Trabalho, Saúde e Ambiente e; 1 (uma) Especialista em Saúde e Trabalho.



Além do exercício da peritagem, nossos entrevistados dividem sua jornada de trabalho exercendo outras atividades seja no setor público, privado, terceiro setor ou ainda enquanto profissionais liberais. Dos 8 (oito) médicos entrevistados, os 2 (dois) doutores são também docentes de ensino superior em universidades públicas, como também

possuem consultório médico particular; dos 4 (quatro) especialistas, 2 (dois) são médicos do trabalho em CERESTs, 1 (um) atua em consultório particular como endocrinologista e clínico médico e 1 (um) é assessor de um sindicato de trabalhadores e; dos 2 (dois) que possuem residências médica, 1 (um) é médico do trabalho em empresa estatal de capital aberto e 1 (um) assessora sindicato de trabalhadores, como também atua em consultório particular.

Das 5 (cinco) psicólogas entrevistadas, as 2 (duas) doutoras são também docentes de ensino superior sendo 1 (uma) em universidade pública e 1 (uma) em universidade privada, como também, ambas possuem consultório particular; as 2 (duas) mestres são assessoras de sindicatos de trabalhadores e 1 (uma) delas é também docente de ensino superior em universidade privada e; 1 (uma) especialista atua em consultório particular.



Dos 8 (oito) médicos entrevistados, a faixa de tempo de experiência realizando perícias judiciais, vai de 6 (seis) a 43 (quarenta e três) anos, resultando numa média de 23 (vinte e três) anos, ao passo que as dentre as 5 (cinco) psicólogas entrevistadas, a faixa está entre 4 (quatro) e 9 (nove) anos, perfazendo uma média de 6 (seis) anos de experiência.



*“Fui perito judicial por 6 anos. Atualmente faço mais como assistência técnica da parte do trabalhador. Estou como médico aqui do CEREST [cita nome de Cerest da Grande SP] faz 20 anos e do PST [Programa de Saúde do Trabalhador] há 7 [anos]. Fiz residência em Medicina Preventiva e Pós em Medicina do Trabalho.”* (médico perito judicial da Grande SP).

*“Fiz o curso de medicina do trabalho em 1991, 1992. Já fazia perícia dentro da empresa nos anos 1990. Em 1997, 1998 mais ou menos o INSS tinha baixa no quadro de médicos. Eu mesmo tenho credencial pra ser perito do INSS caso ele não dê conta da demanda [...]. Eu era perito em 3 Varas trabalhistas e as 3 podiam me designar ao mesmo tempo como perito”* (médico perito judicial do interior de SP).

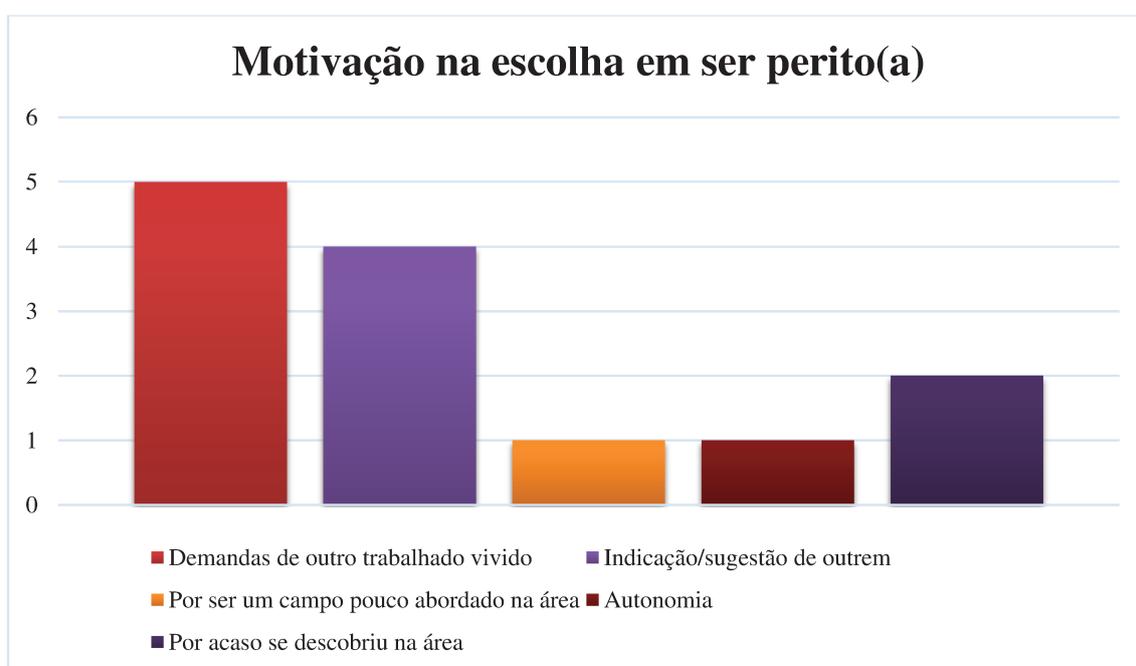
*“Faço perícias em todas as áreas da medicina. Quando eu comecei fiz 48 perícias já no primeiro mês. Já cheguei a fazer cerca de 80 perícias num mês mais ou menos. Da última vez que eu tinha feito as contas, se eu comecei há 35 anos, 1981, já fiz por volta de 10 mil perícias. Elas [perícias] foram inclusive a base financeira pra eu poder comprar imóveis por exemplo [...]. Uso a experiência do consultório, da psiquiatria clínica [para fazer perícias]. A experiência em medicina do trabalho também me ajuda e muito a compreender os casos relacionados ao trabalho”* (médico perito judicial de SP).

*“De 1978 a 1984 fiz umas 2 mil perícias de insalubridade”* (engenheiro e médico perito judicial de RS).

*“Fui nomeada a primeira vez em 27 de julho de 2014. Aí atualmente faço perícias em [cita a numeração de 7 Varas do Trabalho] aqui em [cita nome da cidade]. E também em [cita o nome de outras duas cidades], que são num raio de uns 150km daqui. Depois que eu paguei a assinatura eletrônica pra poder ter o PJe [Processo Judicial Eletrônico], agora recebo as nomeações por ele”* (psicóloga perita judicial de MG).

*“Fiz uma entrevista com o [cita o nome de Diretor de Vara do Trabalho], diretor da [cita número específico da Vara] do TRT aqui de São Paulo pra entrar” (psicóloga perita judicial de SP).*

E, por fim, dos nossos 13 (treze) entrevistados, 5 (cinco) deles relatam terem se tornado perit devido a demandas experienciadas em outras vivências de trabalho ligadas à trabalho-saúde, sendo, destes/destas, 3 (três) devido a atuação em CERESTs, 1 (um) em sindicato de trabalhadores e 1 (um) em empresa estatal de capital aberto e 4 (quatro) disseram ter sido por indicação de amigos, colegas, familiares já atuantes na área ou então por sugestão de professores na universidade a partir de estágios realizados.



*“Comecei a fazer [perícia] porque além da engenharia também tenho formação em medicina e é um campo de atuação médica também [...]. Nossa tem muita perícia pra ser feita” (engenheiro/médico perito judicial do RS).*

*“Entrei pra fazer perícia por conta de uma amiga da minha mãe que me disse que eu podia ser perita no TRT aqui de [cita nome da cidade]. Aí eu levei um currículo e preenchi um cadastro, conversei com a juíza, e ela me pediu alguma produção, e eu entreguei um dos capítulos da minha dissertação [de mestrado]. Os diretores das Varas [do Trabalho] indicam uma pra outra um perito. Tem cidades que eu nem sei como o meu nome chegou como perita” (psicóloga perita judicial de MG).*

*“Eu auxiliava nas perícias dela, da [cita nome de sua professora de curso superior]. Mas só comecei mesmo depois de formada”* (psicóloga perita judicial de SP).

*“Foi por acaso que fui me descobrindo na área. Eu fazia residência em psiquiatria e depois fiz curso de medicina do trabalho”* (médico perito judicial de SP).

*“De 2003, 2004 mais ou menos, até 2008 eu fui assistente técnica da [cita professora de seu curso superior]. Eu comecei no estágio com a [novamente cita professora de seu curso superior] na [cita nome de universidade pública brasileira] e com o sindicato dos metalúrgicos de [cita nome da cidade]. O sindicato ganhou muita visibilidade com essa questão das perícias e surgiram outras categorias depois. Aí entrei como perita nos TRTs aqui de [cita novamente nome da cidade] este ano [2016]. Já recebi 3 processos”* (psicóloga perita judicial de MG).

*“Sempre tive autonomia tanto como perito da agência, como no SIASS e no judicial. Na justiça do trabalho a autonomia é maior né, porque é um trabalho liberal... mas também você só vai receber dali 3 ou 4 anos”* (médico perito exonerado do INSS e atualmente perito judicial em SC).

*“Enquanto eu trabalhava no CEREST de [cita nome da cidade] tinha várias demandas dos trabalhadores de [se fazer] um relatório sobre o adoecimento ocupacional. Aí comecei na Vara trabalhista de [cita nome de outra cidade] mas primeiramente conversei com o juiz pra saber quais eram as queixas de danos psicológicos encontradas ali”* (psicóloga perita judicial do interior de SP).

*“Recebi o convite de um amigo pra conhecer as perícias em INSS aí já logo prestei concurso para o cargo. Em 9 de dezembro de 1975. E quem faz perícia na previdência faz na justiça também porque já sabe. Hoje eu atuo tanto no âmbito estadual quanto no federal na justiça”* (médico perito aposentado do INSS e atualmente perito judicial no interior de SP).

De acordo com o CPC/15, a perícia judicial, ou forense, é o meio de prova realizada por um profissional ou órgão legalmente habilitado, visando informar e esclarecer alguma autoridade sobre fato próprio de sua especificidade funcional, no interesse da justiça e da administração. Tal prova pericial permite incluir nos autos informações técnicas que, não raro, o juiz desconhece, por ultrapassarem seu conhecimento técnico-judiciário. Para Jesus (2000 apud Rovinski, 2007, p. 19), particularmente com o incremento na velocidade das informações, os juízes têm buscado, cada vez mais, o apoio de peritos para justificarem, de forma científica, suas decisões, evitando fundamentos baseados em opiniões pessoais, facilitando-lhes chegar o mais próximo possível da justiça plena. O autor afirma que as partes envolvidas em um

processo judicial podem sugerir a necessidade de uma perícia como forma de elucidar o problema, mas cabe ao juiz determinar a realização da mesma.

*“O juiz é o perito dos peritos. Alguns juízes da esfera federal conseguem sair do modelo biomédico efetivo e colocam a pessoa naquela situação: ‘- é alfabetizada? Que idade tem? Consegue ainda estudar para alguma coisa?’ Porém, o que não está nos autos não está no mundo. Se por exemplo a pessoa tem 58 anos, problema na coluna grave, analfabeto funcional, eu vou mandar de volta para o mercado de trabalho para fazer o quê? Eu aposento!”* (médico perito judicial e de Procuradoria Regional do Trabalho no interior de SP).

Para Brandimiller (1996), o que caracteriza a perícia é sua requisição formal. O objeto da investigação da perícia judicial passa a ser a elucidação de situações e fatos controversos, decorrentes de conflitos de interesses em relação a um direito pleiteado. De todo, modo, a perícia como meio de prova, não se constitui em uma verdade soberana. Ao ser anexada aos autos, deverá ser objeto de uma análise minuciosa por parte dos agentes envolvidos na questão litigiosa, que devem apresentar, de forma clara e lógica, seus achados e conclusões. O resultado do trabalho pericial precisa ser apresentado por meio de um laudo técnico sucinto, mas com seus achados descritos com precisão e analisados de forma a fundamentar cada conclusão.

*“A função do perito é ser o olho clínico do juiz no caso em questão”* (médico perito aposentado do INSS e atualmente perito judicial no interior de SP).

*“Peritos judiciais visam em seus laudos nexos [causal] e incapacidade [laboral]”* (advogado trabalhista/previdenciário de SP)

Assim, o Código do Processo Civil (CPC/15) com vigência a partir de março de 2016 que em sua seção II do capítulo III do Título IV trata "*Do juiz e dos auxiliares da justiça*", traz em seu artigo nº 156 a definição da qualificação condições de nomeação do(a) perito(a) nas instâncias do direito brasileiro:

Art. 156. O juiz será assistido por perito quando a prova do fato depender de conhecimento técnico ou científico.

§ 1º Os peritos serão nomeados entre os profissionais legalmente habilitados e os órgãos técnicos ou científicos devidamente inscritos em cadastro mantido pelo tribunal ao qual o juiz está vinculado.

§ 2º Para formação de cadastro, os tribunais devem realizar consulta pública, por meio de divulgação na rede mundial de computadores ou em jornais de grande circulação, além de consulta direta a universidades, a conselhos de

classe, ao Ministério Público, à Defensoria Pública e à Ordem dos Advogados do Brasil, para a indicação de profissionais ou de órgãos técnicos interessados.

§ 3º Os tribunais realizarão avaliações e reavaliações periódicas para manutenção de cadastro, considerando a formação profissional, a atualização do conhecimento e a experiência dos peritos interessados.

§ 4º Para verificação de eventual impedimento ou motivo de suspeição, nos termos dos arts. 148 e 467, o órgão técnico ou científico nomeado para realização da perícia informará ao juiz os nomes e os dados de qualificação dos profissionais que participarão da atividade.

§ 5º Na localidade onde não houver inscrito no cadastro disponibilizado pelo tribunal, a nomeação do perito é de livre escolha do juiz e deverá recair sobre profissional ou órgão técnico ou científico comprovadamente detentor do conhecimento necessário à realização da perícia.

Frente à justiça brasileira, o perito judicial, ou perito do juízo ou ainda então jurisperito (BRANDIMILLER, 1996, p. 29) é, portanto, aquele que possui conhecimento técnico especializado e diferenciado, de tal modo que deve em seu laudo, indicar o que o diferencia e/ou especializa. O perito é também:

(...) auxiliar do juízo, assim entendido o responsável por levar, ao conhecimento do juízo, informações técnicas, que não estão ao alcance da compreensão exigida de um magistrado, mas que, não obstante da causa. Rigorosamente falando, todas as questões relativas não jurídicas e que tem aptidão de ser entendidas como áreas específicas do conhecimento humano podem resultar, quando seu enfrentamento é necessário para fins de resolver um conflito, na necessidade da produção de prova pericial. (BUENO, 2009, p. 302)

Sendo o perito passível de rejeição pelas partes, utilizando-se da devida peça processual, tendo como base a qualificação e o preenchimento dos requisitos pelo profissional indicado pelo juízo, neste sentido, Cambi (2006, p. 241) compreende que cabe às partes, por sua vez, impugnar a decisão que nomeia o perito, podendo questionar se o profissional escolhido preenche os requisitos exigidos para o desempenho técnico e ético das funções periciais. O(a) perito(a) judicial, é quem, portanto, presta serviço para a justiça elaborando laudos periciais que irão compor os autos dos processos judiciais.

O processo judicial é o meio pelo qual a justiça se informa, analisa e decide um conflito de interesses em que a pretensão de uma parte é resistida pela outra (lide). O processo judicial é desencadeado pela ação proposta pela parte que pleiteia um determinado direito (autor da ação), negado pela parte adversária (réu). No curso desse processo, apresentam-se fatos controvertidos com relação ao direito pleiteado, ou seja, fatos que são afirmados por uma das partes e negados pela parte contrária. A realização de perícias nos processos judiciais pressupõe, portanto, com a relação a tais fatos controvertidos, a existência de questões e aspectos técnicos que o conhecimento comum ou jurídico não pode elucidar.

Assim, as perícias judiciais em trabalho-saúde ocorrem, principalmente, em duas jurisdições contenciosas<sup>156</sup>, quais sejam<sup>157</sup>: a cível, à qual estão afetos os litígios de natureza civil, e a que nos interessa especificamente neste trabalho, a Justiça do Trabalho, que trata dos litígios entre empregados(as) e empregadores(as). O trâmite da reclamação trabalhista se inicia com a distribuição do processo à uma Vara do Trabalho, ao que o juiz conforme determinado em lei, antes de analisar a demanda, propõe uma conciliação entre as partes por meio das Juntas de Conciliação e Julgamento (JCJ)<sup>158</sup>. Uma vez frustrada a demanda, o juiz analisará a questão e proferirá a sentença. Desta, proferida pelo juiz de 1ª instância (Vara do Trabalho), cabe recurso para o Tribunal Regional do Trabalho (TRT) que a julgará em uma de suas Turmas pelos juízes de 2ª instância, denominados desembargadores. A decisão do TRT é chamada de acórdão (BRASIL, 2007).

Na Justiça do Trabalho, a ação é denominada *reclamação* que tem sua propositura através da formulação do bem jurídico pretendido (pedido), explicitada num documento denominado *petição inicial*, ou simplesmente *inicial*. *Autor(a)*, ou *Reclamante* é o(a) litigante que postula sua pretensão ao juízo através da ação. *Requerente* e *suplicante* são expressões sinônimas. Para postular sua pretensão em juízo, deverá o(a) litigante fazer-se representar por advogado, denominado *representante* ou *patrono* do(a) *Reclamante*.

As ações de competência da Justiça do Trabalho que envolvem a temática trabalho-saúde dizem respeito a: (1) *adicionais de risco*, quando há uma demanda judicial de adicional de insalubridade ou de periculosidade<sup>159</sup> e enseja perícia para caracterização da exposição ao risco, nos termos das NRs 15 e 16, e, as que são objeto de nossa atenção no presente estudo; (2) de pedidos de *indenizações por danos morais e patrimoniais decorrentes de acidentes do trabalho e/ou doenças relacionadas ao trabalho*, em que,

---

<sup>156</sup> Entende-se por jurisdição a função do Poder Judiciário, exercida pelos juízes dos diferentes ramos e instâncias, dentro de um processo, destinada à solução de litígios entre as partes. Competência é a atribuição a cada ramo ou instância do Poder Judiciário para apreciar os diferentes tipos de litígio.

<sup>157</sup> Menos frequentemente podem ocorrer também no juízo criminal.

<sup>158</sup> Na França, a questão da conciliação se põe de forma melhor estruturada como também de parte essencial no processo judicial. Para melhor compreensão, ver “*Conseil de Prud’hommes*” no glossário deste trabalho.

<sup>159</sup> Motta (2014, p. 200) explicita que há de se diferenciar quando das solicitações e/ou designações da busca das provas relacionadas ao campo da Saúde e Segurança Ocupacional, que Perícia Médica difere de Perícia de Insalubridade, que também difere de Perícia Ambiental e da Perícia Ergonômica de modo que, a primeira é necessariamente retrospectiva e feita com base na propedêutica e semiótica médica; a segunda deve comparar o que se observa no momento contemporâneo com os dados da retrospectiva com base numa Norma Regulamentadora e; as últimas (Ambiental e Ergonômica) seriam apenas ponderações contemporâneas de entendimento individual, ou seja, são pareceres. Para o autor, as quatro modalidades de perícias destacadas que envolvem a Saúde Ocupacional, podem ser solicitadas, porém de forma específica, sempre ao tempo certo pelas partes nas demandas judiciais trabalhistas. De modo que, não se pode supor que a requisição de apenas uma, inclua os interesses de demonstração técnica de todas, pois tratam-se de eventos de bases científicas muito distintas.

para que se possa considerar uma doença relacionada ao trabalho e, portanto, passível de indenização, deve existir relação de causalidade entre o trabalho e o adoecimento<sup>160</sup>; (3) *estabilidade* no emprego e; (4) *demissões abusivas*.

Dessa forma, quando pleiteado o direito relativo às sequelas de doenças relacionadas ao trabalho (indenização ou reintegração), o estudo pericial dos riscos ambientais do trabalho tem por objetivo o estabelecimento do nexo causal entre a incapacidade diagnosticada e o exercício do trabalho. Silva (2014, p. 338) diz que nos processos que envolvem acidentes do trabalho e doenças relacionadas ao trabalho, há necessidade imperiosa de designação de perícia judicial para averiguação das consequências do acidente típico ou para a constatação da própria doença, conforme o caso, do nexo de causalidade e das incapacidades funcionais advindas.

*“Na Justiça Trabalhista se entra [com ação] solicitando indenização e também às vezes reintegração. Com ou sem mudança de posto”* (médico perito judicial de SP).

*“Os juízes pedem pra saber, se tem agravo, se tem nexo e se há incapacidade”* (psicóloga perita judicial trabalhista de SP)

Contudo, para o autor, antes mesmo de se verificar a questão afeta ao direito material – incapacidade e nexo causal -, há de se ter presente que a questão primária é de natureza eminentemente processual. Ou seja, somente precisam de dilação probatória os fatos controvertidos, pertinentes à causa, determinados no tempo e no espaço e relevantes, ou seja, que possam influir no convencimento judicial. Portanto, não deveria haver motivação lógica da exigência por perícia para constatação de doenças relacionadas ao trabalho quando esta não foi sequer impugnada, ou seja, nos casos em que o trabalhador afirma ter uma doença relacionada ao trabalho, narrando-a de modo preciso, por vezes juntando documentos elucidativos da sua existência – exames detalhados, laudos médicos, prescrições do médico que o acompanha em seu tratamento etc. – e não há negativa expressa, cabal, por parte do empregador, não há cabimento para designação de perícia a fim de se constatar a doença, simplesmente porque já admitida. Passível de ser aplicado aqui o nexo por presunção.

Em se tratando de doença relacionada ao trabalho *controvertida*, então torna-se indispensável a realização de perícia para a constatação da doença e do nexo de

---

<sup>160</sup> As questões relativas ao conceito de nexo de causalidade já foram debatidas de forma ampla anteriormente neste estudo e não as retomaremos.

causalidade com as funções exercidas. Sendo caso de incapacidade parcial, ou seja, de redução da capacidade laborativa, haverá necessidade de prova pericial, tendo em vista que a indenização do dano material se mede pela extensão do dano, diante do princípio da reparação integral (SILVA, 2014, p. 339).

*“Incapacidade temporária e parcial não tem respaldo jurídico e não gera benefícios no INSS, porque no entendimento deles [INSS], a incapacidade tem que ser total e temporária para ser afastado e receber o benefício. Na área trabalhista não gera pensão (mensal e vitalícia) pois pressupõe incapacidade permanente e o dano moral também se esvai. Juízes, médicos e advogados confundem permanente com irreversível. A lei não fala em irreversível e sim em permanente, o que pra mim, incapacidade permanente quer dizer que é uma lesão ou doença crônica. Ela permanece no tempo. Mas muitos querem prova de definitividade e a lei não fala isso. Nem mesmo em casos previdenciários”* (advogado trabalhista e previdenciário de SP).

Brandimiller (1996, p. 69) afirma que neste caso, requer preliminarmente a avaliação médica do dano pessoal para constatação da incapacidade, de modo que tal competência nesses casos é devida, portanto, ao médico do trabalho. E justifica seu posicionamento dizendo que o estudo de tais riscos ambientais do trabalho destina-se a verificar o nexo de causalidade entre o trabalho e as lesões e/ou perdas funcionais, o que também requer, no entendimento do autor, conhecimentos médicos. Contudo, em algumas circunstâncias, após a perícia médica, é determinada também vistoria por engenheiro para avaliação dos agentes físico-químicos do referido ambiente do trabalho<sup>161</sup>, sendo, tal vistoria, útil também no sentido de analisar a função do trabalhador ou da trabalhadora de modo a se aquilatar o grau de prejuízo para o desempenho da função acarretado pelo dano diagnosticado.

Assim, a perícia médica na Justiça do Trabalho que, no entendimento de Motta (2014, p. 200), muitas vezes, traz a questão da vistoria *in loco* e os atos técnicos dos peritos médicos quando as dispensam, permite, na compreensão do autor, ao(a) médico(a) perito(a) realizar apenas o que é de seu *métier*, qual seja, a avaliação clínica. E que, portanto, não é pertinente ou então não se faz necessária a vistoria *in loco* para servir de base prospectiva para bem concluir, de modo tal que a lei vigente<sup>162</sup> supra torna claro o amparo para que estes/estas profissionais venham assim a proceder. Ou seja, na opinião

---

<sup>161</sup> Como é o caso do IMESC/SP que presta serviços médico-periciais para o judiciário estadual, porém não realiza vistorias em locais de trabalho. Somente se indispensável é requisitado ao(a) perito ou órgão que a execute.

<sup>162</sup> Refere-se o autor citado ao Art. 375 do CPC em que diz que “O juiz aplicará as regras de experiência comum subministradas pela observação do que ordinariamente acontece e, ainda, as regras de experiência técnica, ressalvado, quanto a estas, o exame pericial”.

do referido autor, supor que a perícia médica incluía obrigatoriamente a vistoria in loco, de ambiente laboral ou ergonômica e que equivale a estas, a seu ver, seria o mesmo que supor a obrigatoriedade do perito médico de solicitar para se realizar, por exemplo, um exame de ressonância magnética e que é este que define a conclusão médica. Tais decisões, são, para o autor em questão, exclusivas dos técnicos e não dos magistrados<sup>163</sup>.

*“Eu não faço visitas aos locais de trabalho, porque, em média, eu faço 1 hora por perícia, das 4 horas que eu reservo nas manhãs de quinta-feira. Aí eu procuro ver como o trabalhador relata, no momento clínico. Se é feito em linearidade, sem tropeços, sem confusões. Pra isso você tem que criar um vínculo. Afinal a perícia é um momento tenso, ainda mais nos casos psiquiátricos. Tem que deixar o periciando à vontade. Muitas vezes a ansiedade faz com que as pessoas se percam na linearidade das histórias”* (médico perito judicial de SP).

*“Eu já tive experiência com indicação de um médico ergonomista porque, como os médicos tem dificuldades enormes de irem até o local de trabalho, muitos juízes têm indicado uma perícia de ergonomia e outra perícia médica. Para que o ergonomista conte ao médico quais são os riscos daquele trabalho em relação ao agravo que está sendo investigado”* (juiz do trabalho de vara trabalhista no PR).

Nesse sentido que Motta (2014, p. 12) declara que a perícia *médica*, é ato, eminentemente médico e que, portanto, a perícia *médica* judicial seria a perícia determinada pelo juiz que nomeará um médico, dito perito, para sua execução no curso de um processo judicial e que têm o objetivo de instruir tais ações judiciais em curso, que requerem a produção da prova pericial *médica*. O autor se respalda na Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013, a famigerada Lei do “Ato Médico” que em seu Art. 4º que dispõe sobre as atividades privativas do médico:

XII – realização de perícia médica e exames médico-legais, executados os exames laboratoriais de análise clínicas, toxicológicas, genéticas e de biologia molecular.

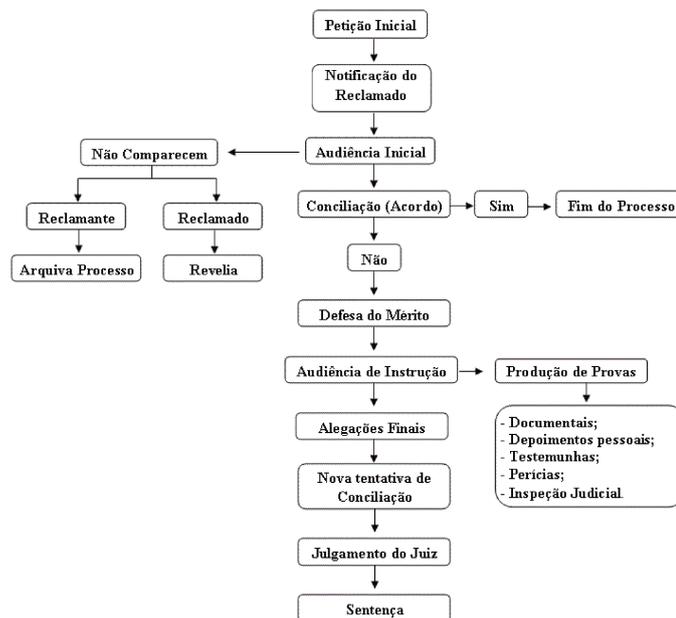
---

<sup>163</sup> Curiosamente a Resolução 1.488/98 do Conselho Federal de Medicina que “dispõe de normas específicas para médicos que atendam o trabalhador”, em seu Art. 2º determina que, para o estabelecimento do nexo causal entre os transtornos de saúde e as atividades do trabalhador, **além do exame clínico** (físico e mental) e os exames complementares, quando necessários, **deve o médico considerar**: I - a história clínica e ocupacional, decisiva em qualquer diagnóstico e/ou investigação de nexo causal; **II - o estudo do local de trabalho**; **III - o estudo da organização do trabalho**; IV - os dados epidemiológicos; V - a literatura atualizada; VI - a ocorrência de quadro clínico ou subclínico em trabalhador exposto a condições agressivas; **VII - a identificação de riscos físicos, químicos, biológicos, mecânicos, estressantes e outros**; VIII - o depoimento e a experiência dos trabalhadores; IX - os conhecimentos e as práticas de outras disciplinas e de seus profissionais, sejam ou não da área da saúde.

Para França (2000), perícia *médica* judicial é o ato ou o conjunto de procedimentos, diagnósticos e prognósticos realizados por *médico* legalmente habilitado, destinado a informar e esclarecer autoridade judicial sobre provas e fatos de natureza *médica*, contribuindo para a formação de juízo de valor sobre a prova que diz respeito à saúde, integridade ou injúria no ser humano. É, pois, um conjunto de procedimentos técnicos atribuídos aos médicos à luz da legislação vigente, dentre elas, principalmente a já mencionada Lei do "Ato Médico" e deve ser realizado por profissional da medicina legalmente habilitado a informar e esclarecer a autoridade judicial sobre fato próprio da sua especialidade, no interesse da justiça. Segundo o parecer nº 163/97 do setor jurídico do CFM:

O ato do perito médico é um procedimento médico profissional; ao emitir seu laudo usa o vasto conhecimento científico e sua capacidade técnica, respeitando a disciplina legal e administrativa. Seus requisitos básicos a habilidade de ser médico, a habilitação legal devida, a formação clínica e o domínio técnico.

O esquema abaixo resume as etapas de um processo judicial na Justiça do Trabalho:



Brandimiller (1996, p. 79).

Cabe-nos apresentar brevemente como se dão as perícias judiciais no contexto francês bem como tais questões de contratos e jornadas. As perícias judiciais (*l'expertises judiciaires*) possuem o mesmo regime jurídico que outros órgãos de investigação franceses. Assim como no Brasil, também são demandadas por um juiz se uma consulta

ou uma constatação não é suficiente para esclarece-lo. As medidas de instrução (que são a consulta, a constatação da perícia) contribuem para esclarecer tecnicamente a jurisdição, mas também igualmente os litigantes que devem estar no cerne dessas missões.

As perícias também são opcionais e demandadas apenas quando seus resultados são necessários para a tomada de decisão pelo tribunal diante do que está em litígio, de modo que não devem, portanto, ser frustrantes. Assim, as perícias também no contexto judicial francês são subsidiárias nas investigações que as partes podem aplicar por elas mesmas e aos documentos que elas disponibilizam para as deliberações, bem como são confiadas a um técnico reconhecido afim de melhorar a qualidade da decisão, como também o perito atua sob delegação do juiz.

Veremos no próximo item quanto à qualificação, deontologia, deveres e atribuições do perito judicial francês.

### *3.5.1 O Perito Judicial: habilitação, requisitos para a nomeação, deveres, atribuições e a ética profissional*

Pela própria essência da função, de acordo com Brandimiller (1996, p. 47), o perito deve possuir os conhecimentos técnicos e científicos que exige a natureza da matéria submetida à perícia.

Recorrendo-nos novamente ao Art. 156 do CPC, os parágrafos 1º, 3º e 5º dispõem sobre a qualificação, deveres, atribuições e disponibilidade do perito judicial:

§ 1º Os peritos serão nomeados entre os profissionais legalmente habilitados e os órgãos técnicos ou científicos devidamente inscritos em cadastro mantido pelo tribunal ao qual o juiz está vinculado.

§ 3º Os tribunais realizarão avaliações e reavaliações periódicas para manutenção de cadastro, considerando a formação profissional, a atualização do conhecimento e a experiência dos peritos interessados.

§ 5º Na localidade onde não houver inscrito no cadastro disponibilizado pelo tribunal, a nomeação do perito é de livre escolha do juiz e deverá recair sobre profissional ou órgão técnico ou científico comprovadamente detentor do conhecimento necessário à realização da perícia.

Em termos de se afinar o entendimento do referido Art. 156 do CPC, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) por meio de sua resolução nº 233 de 13 de julho de 2016 dispôs sobre a criação do aludido cadastro de profissionais e órgãos técnicos ou científicos no âmbito da Justiça de primeiro e segundo graus.

Dessa forma, a referida resolução dispõe sobre as *habilidades* para cadastro destinado à prestação de trabalho pericial<sup>164</sup> para a Justiça:

Art. 1º Os tribunais brasileiros instituirão Cadastro Eletrônico de Peritos e Órgãos Técnicos ou Científicos (CPTEC), destinado ao gerenciamento e à escolha de interessados em prestar serviços de perícia ou de exame técnico nos processos judiciais, nos termos do art. 156, § 1º, do Código de Processo Civil. § 1º O CPTEC conterá a lista de profissionais e órgãos aptos a serem nomeados para prestar serviço nos processos a que se refere o caput deste artigo, que poderá ser dividida por área de especialidade e por comarca de atuação.

§ 2º Para formação do cadastro, os tribunais deverão realizar consulta pública, por meio de divulgação na rede mundial de computadores ou em jornais de grande circulação, além de consulta direta a universidades, a entidades, órgãos e conselhos de classe, ao Ministério Público, à Defensoria Pública e à Ordem dos Advogados do Brasil, para a indicação de profissionais ou de órgãos técnicos interessados.

Art. 2º Cada tribunal publicará edital fixando os requisitos a serem cumpridos e os documentos a serem apresentados pelos profissionais e pelos órgãos interessados, nos termos desta Resolução.

Art. 3º Os tribunais manterão disponíveis, em seus sítios eletrônicos, a relação dos profissionais e órgãos cujos cadastros tenham sido validados.

Parágrafo único. As informações pessoais e o currículo dos profissionais serão disponibilizados, por meio do CPTEC, aos interessados, conforme § 2º do art. 157 do CPC, e aos magistrados e servidores do respectivo tribunal.

Quanto aos *requisitos* exigidos do profissional ou do órgão interessados na realização de atividade pericial para a Justiça:

Art. 4º O profissional ou o órgão interessado em prestar serviço nos processos deverá apresentar a documentação indicada no edital.

---

<sup>164</sup> No contexto francês, Dumény e Versini (2014, p. 132) dizem que, no país, deve-se ir mais longe ao exigir que um treinamento *ab initio*, combinando ao conhecimento mínimo da lei e os principais princípios da justiça, seja solicitado antes de qualquer pedido de inscrição de um perito à justiça. Dizem que não se podem dar por satisfeitos com abordagens simples, pautados numa justiça vagamente evocada em um curso introdutório de direito ou então nas universidades de Direito que já desempenham mais que o papel a que se propõem se estendendo além de suas competências aos postulantes à peritos por treinamentos específicos concebidos para isso. E questionam por que não elaborado em colaboração com a Escola Nacional de Magistratura? “As ‘necessidades dos tribunais ... na especialidade solicitada’ são sempre levadas em consideração segundo os autores. O que parece ser um elemento no interesse da justiça levanta uma questão: em especialidades em que há poucos inscritos, onde é difícil encontrar competências em quantidade suficiente, a inscrição será feita da mesma forma mesmo em detrimento do interesse do perito no serviço público à justiça? Ou para regular o problema do reduzido número de inscritos em certas especialidades, penalizando o trabalho do juiz, será decidido aumentar as tarifas e pagar os peritos diligentemente, para dar os meios necessários à justiça, permitindo fornecer as listas e continuar a selecionar rigorosamente as demandas de inscrição?” (DUMÉNY & VERSINI, 2014, p. 132).

§ 1º O cadastramento é de responsabilidade do próprio profissional ou do órgão interessado e será realizado exclusivamente por meio do sistema disponível no sítio de cada tribunal.

§ 2º A documentação apresentada e as informações registradas no CPTEC são de inteira responsabilidade do profissional ou do órgão interessado, que é garantidor de sua autenticidade e veracidade, sob penas da lei.

§ 3º O cadastramento ou a efetiva atuação do profissional, nas hipóteses de que trata esta Resolução, não gera vínculo empregatício ou estatutário, nem obrigação de natureza previdenciária.

§ 4º Ficam mantidos os cadastros existentes na data da publicação desta Resolução, previstos em atos normativos que não conflitem com as disposições deste artigo.

Art. 5º Cabe a cada tribunal validar o cadastramento e a documentação apresentada pelo profissional ou pelo órgão interessado em prestar os serviços de que trata esta Resolução.

§ 1º Os tribunais poderão criar comissões provisórias para análise e validação da documentação apresentada pelos peritos.

§ 2º Os tribunais realizarão avaliações e reavaliações periódicas, para manutenção do cadastro, relativas à formação profissional, ao conhecimento e à experiência dos peritos e órgãos cadastrados.

Art. 6º É vedada a nomeação de profissional ou de órgão que não esteja regularmente cadastrado, com exceção do disposto no art. 156, § 5º, do Código de Processo Civil.

Parágrafo único. O perito consensual, indicado pelas partes, na forma do art. 471 do CPC, fica sujeito às mesmas normas e deve reunir as mesmas qualificações exigidas do perito judicial.

Art. 7º O profissional ou o órgão poderá ter seu nome suspenso ou excluído do CPTEC, por até 5 (cinco) anos, pelo tribunal, a pedido ou por representação de magistrado, observados o direito à ampla defesa e ao contraditório.

§ 1º A representação de que trata o caput dar-se-á por ocasião do descumprimento desta Resolução ou por outro motivo relevante.

§ 2º A exclusão ou a suspensão do CPTEC não desonera o profissional ou o órgão de seus deveres nos processos ou nos procedimentos para os quais tenha sido nomeado, salvo determinação expressa do magistrado.

Art. 8º A permanência do profissional ou do órgão no CPTEC fica condicionada à ausência de impedimentos ou de restrições ao exercício profissional.

§ 1º As entidades, os conselhos e os órgãos de fiscalização profissional deverão informar aos tribunais sobre suspensões e outras situações que importem empecilho ao exercício da atividade profissional, mensalmente ou em prazo inferior e, ainda, sempre que lhes for requisitado.

§ 2º Informações comunicadas pelos magistrados acerca do desempenho dos profissionais e dos órgãos credenciados serão anotadas no CPTEC.

§ 3º Para inscrição e atualização do cadastro, os peritos/órgãos deverão informar a ocorrência de prestação de serviços na condição de assistente técnico, apontando sua especialidade, a unidade jurisdicional em que tenha atuado, o número do processo, o período de trabalho e o nome do contratante.

Art. 9º Cabe ao magistrado, nos feitos de sua competência, escolher e nomear profissional para os fins do disposto nesta Resolução.

§ 1º A escolha se dará entre os peritos cadastrados, por nomeação direta do profissional ou por sorteio eletrônico, a critério do magistrado.

§ 2º O juiz poderá selecionar profissionais de sua confiança, entre aqueles que estejam regularmente cadastrados no CPTEC, para atuação em sua unidade jurisdicional, devendo, entre os selecionados, observar o critério equitativo de nomeação em se tratando de profissionais da mesma especialidade.

§ 3º É vedada, em qualquer hipótese, a nomeação de profissional que seja cônjuge, companheiro ou parente, em linha colateral até o terceiro grau de magistrado, de advogado com atuação no processo ou de servidor do juízo em que tramita a causa, para a prestação dos serviços de que trata esta Resolução, devendo declarar, se for o caso, o seu impedimento ou suspeição.

§ 4º Não poderá atuar como perito judicial o profissional que tenha servido como assistente técnico de qualquer das partes, nos 3 (três) anos anteriores.

§ 5º O CPTEC disponibilizará lista dos peritos/órgãos nomeados em cada unidade jurisdicional, permitindo a identificação dos processos em que ela ocorreu, a data correspondente e o valor fixado de honorários profissionais.

### Sobre as *qualificações e atribuições* exigidas dos profissionais ou órgãos:

Art. 10. Para prestação dos serviços de que trata esta Resolução, será nomeado profissional ou órgão detentor de conhecimento necessário à realização da perícia regularmente cadastrado e habilitado, nos termos do art. 8º desta Resolução.

§ 1º Na hipótese de não existir profissional ou órgão detentor da especialidade necessária cadastrado ou quando indicado conjuntamente pelas partes, o magistrado poderá nomear profissional ou órgão não cadastrado.

§ 2º Para fins do disposto no § 1º deste artigo, o profissional ou o órgão será notificado, no mesmo ato que lhe der ciência da nomeação, para proceder ao seu cadastramento, conforme disposto nesta Resolução, no prazo de 30 (trinta) dias, contados do recebimento da notificação, sob pena de não processamento do pagamento pelos serviços prestados.

Art. 11. O magistrado poderá substituir o perito no curso do processo, mediante decisão fundamentada.

### No que tange os *deveres* de tais profissionais e órgãos para a realização de atividade pericial no âmbito da Justiça:

Art. 12. São deveres dos profissionais e dos órgãos cadastrados nos termos desta Resolução:

- I – atuar com diligência;
- II – cumprir os deveres previstos em lei;
- III – observar o sigilo devido nos processos em segredo de justiça;
- IV – observar, rigorosamente, a data e os horários designados para a realização das perícias e dos atos técnicos ou científicos;
- V – apresentar os laudos periciais e/ou complementares no prazo legal ou em outro fixado pelo magistrado;
- VI – manter seus dados cadastrais e informações correlatas anualmente atualizados;
- VII – providenciar a imediata devolução dos autos judiciais quando determinado pelo magistrado;
- VIII – cumprir as determinações do magistrado quanto ao trabalho a ser desenvolvido;
- IX – nas perícias:
  - a) responder fielmente aos quesitos, bem como prestar os esclarecimentos complementares que se fizerem necessários;
  - b) identificar-se ao periciando ou à pessoa que acompanhará a perícia, informando os procedimentos técnicos que serão adotados na atividade pericial;
  - c) devolver ao periciando ou à pessoa que acompanhará a perícia toda a documentação utilizada.

Art. 13. Os profissionais ou os órgãos nomeados nos termos desta Resolução deverão dar cumprimento aos encargos que lhes forem atribuídos, salvo justo motivo previsto em lei ou no caso de força maior, justificado pelo perito, a critério do magistrado, sob pena de sanção, nos termos da lei e dos regulamentos próprios.

E, por fim, quanto às *vedações* da atividade em tela:

Art. 14. Ao detentor de cargo público no âmbito do Poder Judiciário é vedado o exercício do encargo de perito, exceto nas hipóteses do art. 95, § 3º, I, do Código de Processo Civil.

Adiante, o Art.157 do CPC diz que o perito judicial tem o *dever* de cumprir o ofício no prazo que lhe designar o juiz, empregando toda sua diligência, podendo apenas escusar-se do cargo ao alegar motivo legítimo.

§ 1º A escusa será apresentada no prazo de 15 (quinze) dias, contado da intimação, da suspeição ou do impedimento supervenientes, sob pena de renúncia ao direito a alegá-la.

Como também, quanto à *habilitação* deste/desta profissional:

§ 2 Será organizada lista de peritos na vara ou secretaria, com disponibilização dos documentos exigidos para habilitação à consulta de interessados, para que a nomeação seja distribuída de modo equitativo, observadas a capacidade técnica e a área do conhecimento.

Quanto ao *motivo legítimo* de escusa, este pode ser tanto: (1) por *força maior*, que impossibilite o profissional de dedicar-se à realização da perícia ou de poder concluí-la no prazo indicado, como por exemplo, sobrecarga de trabalho, doença, viagem e etc.; (2) quando a matéria submetida à perícia não for de sua especialidade. Como também ambos os itens podem mesclar-se quando por exemplo, uma das partes alegar que, um perito não pode, por força maior realizar a atividade pericial pois a mesma não se trata de habilidade ou matéria de sua competência.

“O juiz não costuma aceitar a contestação da parte que recorre dizendo que eu não sou médica e não posso fazer a perícia” (psicóloga perita judicial de SP).

“O art. 129 do código penal, criminal fala das lesões leves, graves e gravíssimas. As pessoas habilitadas para fazer perícia deveriam conhecer esse artigo. Lá fala por exemplo de impactos traumáticos na cabeça que podem

*levar a um adoecimento mental que pode levar a comprometimento do exercício do trabalho” (médico perito judicial de SP).*

*“Me lembro de uma vez que negaram [de realizar a perícia] pelo fato de sermos psicólogas e não médicas. O próprio reclamante pediu isso” (psicóloga perita judicial de SP).*

*“No processo judicial eu só fico sabendo da impugnação se o juiz me encaminhar porque no PJe [Processo Judicial Eletrônico] eu que entro e acompanho. Quando tenho algum despacho eu recebo uma notificação por carta ou e-mail. Por exemplo, sobre a nomeação e quesitos suplementares que podem ser feitos após 5 dias da entrega do laudo. Tem quesitos iniciais com mais de 50 questões e algumas bem assediadas perguntando coisas sobre eu ser médica ou não [...]. Teve uma vez que eu levei um impedimento de suspensão. Um médico [assistente técnico de uma das partes] me viu tendo um cuidado com a pericianda, que eu só levei até a porta, e tirou uma foto da cena e anexou a foto ao processo alegando que eu era amiguinha da pericianda. Que foi desconsiderada pela juíza. Mas fiquei com raiva desse caso e de um outro que a assistente técnica ficou batendo boca comigo por eu não ser médica” (psicóloga perita judicial de MG).*

*“Tanto no SIASS quanto no INSS você tem parâmetros de ordem de serviço, ordem internas e procedimentos que regem as perícias. Nas judiciais você pode usar os procedimentos que quiser” (médico perito exonerado do INSS e atualmente perito judicial em SC).*

*“Médico perito, seja do INSS ou judicial, nem sabem o que é SINAM” (médico perito judicial da Grande SP).*

Silva (2014, p. 174) defende, portanto, que na grande maioria dos processos que envolvam doenças relacionadas ao trabalho submetidos à apreciação judicial, se faz necessária realização de perícia por médico, fisioterapeuta, engenheiro do trabalho, psicólogo e outros profissionais e que aliás, o ideal seria que o laudo fosse objeto de construção multiprofissional. Contudo, vê que, no movimento concreto e real, os juízes não conseguem um bom número de peritos habilitados que se disponham a realizar tais perícias e mesmo dentre os disponíveis no rol de cada Vara do Trabalho, verifica-se a falta de capacitação, com raras exceções, dos louvados judiciais para a temática específica, mais precisamente para averiguação da contribuição da causa laborativa no surgimento da doença, ainda que não seja a causa única (concausa), como também há um desconhecimento a respeito do grau de incapacidade que se deve constatar para efeito de indenização de dando de ordem trabalhista ou civil, diferentemente do que se exige para o deferimento de benefício previdenciário específico, como a aposentadoria por invalidez por exemplo.

O autor apela então (p. 174-175) para que a Justiça do Trabalho, mormente por parte da Administração dos Tribunais e das Escolas Judiciais, bem como a própria Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), envidem esforços possíveis para que haja melhoria dos serviços periciais<sup>165</sup>, afim de que se tenha uma tutela efetiva à saúde do trabalhador e da trabalhadora constatando em muitas ocasiões, a necessidade de aprimoramento técnico desses profissionais<sup>166</sup>, posto ser bastante raro, por exemplo, que em seus laudos, se faça menção a institutos jurídicos consagrados, tais como a NR-17 e o Nexo Técnico Epidemiológico, por exemplo.

Outro ponto defendido pelo autor (p. 175) trata de, quando os Tribunais Trabalhistas oferecem, por meio de suas Escolas Judiciais, cursos de capacitação técnica<sup>167</sup> para juízes e juízas e também para os peritos que atuam na Justiça especializada tal como o é a Justiça do Trabalho, estes poderão compreender melhor a temática que lhes é submetida, especialmente a averiguação do nexo de causalidade entre o trabalho e o adoecimento, bem como do estabelecimento da concausalidade.

*“Concausa eu acho complicado avaliar porque como você se sabe o quanto é genético e o quanto é profissional? Eu mesmo tenho 2 hérnias de disco mas*

---

<sup>165</sup> Motta (2014, p. 39) declara que um/uma médico(a) com residência médica ou titulação oficial com exercício profissional com mais de 15 anos e com 5 anos de experiência na área de perícia médica pode ser considerado experiente e com boa expertise. O autor assim entende (p. 40) que o médico brasileiro tem habilitação legal para exercer sua atividade em qualquer ramo da medicina, pois sua expertise pode advir da experiência pessoal adquirida por anos de trabalho na atividade, tornando-se especializado, inclusive por esforço e por ser autodidata. Assim, para o autor em questão, poderá ser especializado de forma suficiente para ser chamado a dirimir dúvidas enquanto perito médico do juízo.

<sup>166</sup> No que tange a formação do/da psicólogo(a) judicial, Rovinski (2007, p. 47) expõe que na realidade brasileira já existe o reconhecimento da área de Especialização em Psicologia Jurídica, mesmo por parte do Conselho Federal de Psicologia (CFP). Contudo, o título não exigido para a atuação, bastando que o(a) profissional esteja devidamente regulamentado no referido conselho de classe. De acordo com a autora, os cursos de especialização ainda são poucos e existe uma tendência dos/das profissionais a ingressarem primeiro no campo de trabalho e somente depois partirem para a busca de uma formação específica. A autora também atenta que, apesar das limitações existentes, é importante que tal profissional saiba que quando for atuar na área da Psicologia Forense, precisará buscar conhecimentos tanto da área psicológica que for investigar (família, abuso sexual, periculosidade, doenças relacionadas ao trabalho), como também do sistema jurídico em que irá operar. Bem como deve conhecer as jurisdições e instâncias com as quais se relaciona, a legislação vigente relacionada ao(a) seu objeto de estudo e as normas estabelecidas quanto à sua atividade.

<sup>167</sup> No contexto francês, o conhecimento do/da perito(a) sobre os "princípios diretores do processo" é oficialmente levado em consideração. Nenhuma obrigação é imposta aos(as) postulantes à peritos(as) de um conhecimento mínimo de Direito e de procedimentos no momento da inscrição inicial. Essas formulações refletem as deficiências dos textos em matéria de formação e a ausência de uma política voluntarista nesta área. Assim, Dumény e Versini (2014, p. 133) questionam: “Como a justiça é atendida de forma eficaz sem conhece-la? Como colaborar com um magistrado que usa uma linguagem específica? A administração judicial pode impor o conteúdo sem necessariamente ver a evidência de uma profissionalização necessária de especialistas? Quem pode dispensá-los? As *Compaignes*... têm os meios e as habilidades? Eles devem concordar para fornecer uma base em comum de um mínimo de conhecimentos? Os juízes não devem estar mais envolvidos na formação dos peritos? É necessário ter cursos universitários, com o risco de ter alguns peritos que não estão suficientemente qualificados?”

*são degenerativas. A maioria das lesões se dá por esportes nos fins-de-semana”* (médico perito judicial do interior de SP).

Outrossim, Silva dá grande ênfase ao fato de que tal capacitação levaria estes profissionais à percepção de que a incapacidade laboral a se constatar para efeito de indenização de danos de ordem trabalhista não tem a mesma extensão que a necessária para o deferimento de benefício previdenciário, de acordo com art. 950 do Código Civil<sup>168</sup>.

Na França, uma vez que a atividade de perícia judicial está estritamente ligada à missão confiada, de natureza temporária, o técnico é excluído do âmbito restrito de auxiliar de justiça. Se perito judicial não é uma profissão (ainda menos regulamentada) na França, é um título que protege o tempo de inscrição; assim, o profissional poderá aproveitar a qualidade de "especialista registrado em tribunal de recurso" e verá este título protegido, uma vez que qualquer pessoa que usurpar a identidade de perito agregado pelo Tribunal de Cassação, de perito de um tribunal de recurso ou de perito do Tribunal Administrativo está passível das penalidades previstas no artigo 433-17 do Código Penal francês. Em contrapartida, o perito deve respeitar os deveres de sua condição ao longo de sua inscrição enquanto perito judicial, inclusive quando não executar atribuições judiciais. O status de perito judicial só pode ser adquirido depois de ter sido jurado, independentemente de estar ou não incluído na lista fornecida para esse fim.

*“Quando você é perito [expert] este é um título que lhe é protegido pela justiça, é diferente de você fazer uma avaliação [faire un biland] ou emitir uma opinião [l’avis] sendo um expert [alguém entendido em determinado assunto, porém que não possui o título de ‘perito’ inscrito e protegido diante à justiça francesa]. Então meu vínculo é como prestador de serviços”* (psicólogo francês perito judicial em Paris)

---

<sup>168</sup> Silva (2014, p. 175-176) também defende que o Juiz do Trabalho precisa formular melhor seus quesitos apropriados ao sucesso das perícias. Como por exemplo, ao médico ou outro profissional da saúde capacitado deve-se perguntar: (a) se o trabalhador foi acometido por doença relacionada ao trabalho e em caso afirmativo, demonstrar o nexo de causalidade entre o trabalho e a doença apresentada; (b) o exercício das atividades do/da trabalhador atuou como concausa (mínima, média ou máxima, ou de grau I, II ou III) no aparecimento ou agravamento da doença; (c) se houve concausa mensurável (mínima, média ou máxima, ou de grau I, II ou III) relativa a fatores extralaborais; (d) quais as alterações e/ou comprometimentos que a doença diagnosticada acarretou na saúde do trabalhador, na sua capacidade de trabalho, e se possível, mensurar em sua vida social; (e) qual a redução da capacidade laboral (mínima, média ou máxima, ou de grau I, II ou III) do trabalhador; (f) se há viabilidade do seu aproveitamento no mercado de trabalho, dentro da sua área de atuação profissional ou em funções correlatas; (g) se há possibilidade efetiva de reversão do quadro para aptidão normal de trabalho e; (h) em caso de afastamento do nexo causal ou do nexo concausal, se pode o perito afirmar as condições de trabalho que nada interferiram no desencadeamento e/ou agravamento do adoecimento em questão. A depender do caso, outros quesitos tratando especificamente da organização do trabalho e de possibilidade de NTEP podem também ser formulados.

Quanto a inscrição em uma lista ou tabela de peritos ante os tribunais judiciais franceses, há diferentes listas que a lei de junho de 1971 (alterada em 2004) em seu artigo 47, que “prevê para a informação dos juízes, uma lista nacional de peritos judiciais elaborada pelo gabinete do Tribunal de Cassação” e “uma lista de peritos elaborada para cada tribunal de recurso”. Dumény e Versini (2014, p. 33) notam que as referidas listas são comuns para peritos designados em questões civis e criminais.

Quanto as condições de inscrição nas referidas listas ou tabelas, as mesmas são elaboradas de acordo com uma nomenclatura estabelecida por decretos do Ministério da Justiça francês, de 10 de junho de 2005 e 12 de maio de 2006. A seção 2 do Decreto estabelece as seguintes condições de inscrição: (a) não tendo sido autor de fatos contrários à honra, probidade e moralidade; (b) não tendo sido autor o caso de fatos que deram origem a uma sanção disciplinar ou administrativa de destituição, anulação, revogação, de retirada de certificação ou autorização; (c) não ter passado por falência pessoal ou qualquer outra sanção nos termos do Título II do Livro IV do Código Comercial; (d) exercer ou ter exercido por tempo suficiente uma profissão ou atividade relacionada à sua especialidade; (e) exercer ou ter exercido essa profissão ou atividade em condições que confirmem uma qualificação suficiente; (f) não exercer nenhuma atividade incompatível com a independência necessária ao exercício da incumbência judicial de perito; (g) sob as reservas do disposto no artigo 18, ter menos de setenta anos e; (h) ter sua residência, exercer sua atividade profissional principal dentro da jurisdição do tribunal de recurso em que a inscrição é solicitada, com exceção dos tradutores.

*“Meu interesse em ser perito judicial veio da aproximação com o grupo de pesquisa aqui da Paris V em ‘ética médica’ e ‘saúde médica’ e de pensar essa aproximação entre a esfera jurídica e a esfera médica que aqui acaba se chamando ‘Laboratório de Ética Médica e Medicina Legal’ que sempre tem projetos de pesquisa. Eu me especializei em perícias judiciais e perícias penais especificamente. Então solicitei minha inclusão na lista de peritos junto à corte de apelação aqui de Paris e região, que se subordina à Paris [...]. O critério de competência, de saber fazer e de ética é essencial para se inscrever na lista de peritos da Corte. Você entrega um dossiê com suas experiências frente ao reconhecimento das doenças mentais e é avaliado e selecionado por uma comissão própria para isso porque o número de profissionais que se inscrevem é enorme e todos bem qualificados. Então é selecionado aquele que consegue se fazer entender mais claramente em seu dossiê quanto às doenças mentais pensando que um juiz irá ler. A boa reputação do perito se dá por essa clareza que ele tem da teoria e na forma com que ele a expressa tanto no laudo escrito quanto na possibilidade de um testemunho oral [...]. Nós temos a Compagnie des Experts Psychologues que é responsável pela formação e fiscalização da atividade pericial em psicologia” (psicólogo francês perito judicial em Paris).*

A inscrição inicial numa lista de um tribunal de recurso francês comporta um período probatório de uma duração de 3 anos (contra 2 anos anteriormente). Aos termos de tal período, o(a) perito(a) tem a obrigação de se reinscrever quinzenalmente. Não existe um código (no sentido jurídico do termo) nessa área, nem lei que a regule especificamente. Desse modo, há uma organização prática do modo de exercício da atividade dos peritos judiciais franceses com vistas ao respeito de uma determinada ética.

Sendo assim, há: (1) As regras de deontologia estabelecidas pelo CNCEJ (*Conseil Nationale des Compagnies d'Experts Judiciaires*)<sup>169</sup>, definidas em 11 artigos que versam sobre (a) os deveres do/da perito(a) em relação a si próprio; (b) os deveres do/da perito(a) para com os magistrados e os auxiliares da justiça; (c) os deveres do/da perito(a) para com as partes; (d) os deveres do/da perito(a) em relação aos seus páreas; (e) as regras de consultas privadas dos/das peritos(as) inscritos(as) nas listas e; (f) as sanções.

Como também (2) Iniciativas locais, em que, nas relações entre peritos(as) judiciais e advogados(as), foram realizados progressos, incluindo a assinatura de uma Carta Conjunta assinada em 18 de novembro de 2005 entre a Ordem dos Advogados francesa e a Federação Nacional de Companhias de Peritos Judiciais da França, contendo três partes, duas das quais são dedicadas aos princípios deontológicos (independência, conflitos de interesse) e às diversas atividades dos/das peritos(as) (usos relativos ao comportamentos das partes), além da instituição de uma comissão notoriamente responsável pelos litígios nascidos à ocasião de uma perícia (resolução amigável). Ela pode receber variações locais por iniciativa de cada companhia e subseção da ordem dos advogados francesa, eventualmente com a participação das jurisdições.

Cabe ressaltar também as regras próprias de deontologia de cada profissão (médica, psicológica, etc.) e da necessidade de um código de deontologia, a partir do estabelecimento de um corpus de regras comuns a todos e todas peritos(as), colocando claramente os direitos e deveres, como também a indispensável contrapartida de um recrutamento rigoroso e de um regime disciplinar doravante clarificado.

A lei disciplinar de peritos judiciais na França foi construída nos últimos trinta anos e teve como última alteração, a trazida pela lei de 11 de fevereiro de 2004 e pelo decreto de 23 de dezembro de 2004 que modernizou a matéria integrando as exigências do processo equitativo do Artigo 6-1 da Convenção Europeia dos Direitos do Homem. Assim, quanto as autoridades de tutela e encargos, a atividade dos peritos judiciais

---

<sup>169</sup> Ver sobre o CNCEJ em nosso glossário deste estudo.

franceses é colocada sob o controle dos primeiros presidentes do órgão jurisdicional das cortes de apelação (e da Corte de Cassação/Tribunal Superior) e dos procuradores gerais das cortes de apelação (e da Corte de Cassação/Tribunal Superior), mas apenas estes últimos quem recebem as queixas e podem, em qualquer momento, realizar investigações necessárias para verificar se o perito cumpre as suas obrigações e as executa com ética (artigo 24). Se necessário, cada um desses magistrados pode apelar para a assembleia geral da corte de apelação ou ao gabinete da Corte de cassação para se pronunciar sobre a remoção de um/uma perito do quadro de peritos disponíveis à justiça francesa.

A autoridade nomeará um juiz-relator para ouvir o perito que pode ser assistido por um advogado e tomar conhecimento de seu processo. A autoridade delibera por decisão fundamentada, depois ouvir o Ministério Público em sessão pública, a não salvo demanda contrária. A decisão deve ser fundamentada (artigo 28), e é notificada ao perito, bem como notificada a todos os magistrados das Cortes de Apelação e, se for um perito inscrito na lista nacional, também a todos os tribunais de recurso e todos os tribunais de instâncias superiores.

Dentre as punições previstas, estão: (a) uma advertência no caso de erros considerados leves e; (b) suspensão temporária ou permanente, previsto apenas para casos de incapacidade legal e erros de conduta profissional. Na prática, tal procedimento de suspensão é considerado como relativamente complexo e muitas vezes é preferível proceder a uma decisão de não renovação da inscrição que, no entanto, não permite uma sanção imediata e não proíbe o perito de solicitar, no ano seguinte, sua re-inscrição. A suspensão temporária ou permanente das listas de peritos é uma medida relevante que é da competência do presidente da corte de apelação (ou um primeiro presidente da Corte de Cassação/Tribunal Superior).

Embora o perito judicial francês não tenha uma obrigação de resultado de alcançar a verdade, ele engaja sua responsabilidade civil por meio de suas atuações, especialmente por seus atos penalmente repreensíveis ou erros pessoais, desvinculados de seu fazer. Assim, pode responder civilmente por violações de obrigações processuais ou por emitir um laudo errôneo seguido de uma falha de realização intelectual de sua atividade. A lei francesa (artigo 434-20 do Código penal) também pune penalmente os peritos juramentados ou prestes a serem juramentados que, agindo à serviço de uma jurisdição, falsificam intencionalmente, em seus laudos, os resultados de uma perícia.

Quanto às sanções disciplinares do perito judicial aqui no Brasil, o Art. 158 do Código do Processo Civil (CPC) versa sobre a *ética* destes profissionais ressaltando que,

por dolo ou culpa, o perito que, - assim como no contexto francês -, prestar informações inverídicas responderá pelos prejuízos que causar à parte e ficará inabilitado para atuar em outras perícias no prazo de 2 (dois) a 5 (cinco) anos, independentemente das demais sanções previstas em lei, devendo o juiz comunicar o fato ao respectivo órgão de classe para adoção das medidas que entender cabíveis.

Sobre esse assunto, Motta (2014, p. 21) entende que, o perito médico, respeitadas a lei e a ética, tem de ser independente e responder apenas perante sua consciência, sendo certo que deverá ter conhecimento técnico médico e também, em seu nível, das bases legais que regulam sua atividade, especificamente em relação à avaliação que realizará quando devidamente designado por autoridade<sup>170</sup>. Nesse sentido, para o autor, tais profissionais devem ter firmeza para transmitir sua conclusão, serenidade para não se deixarem envolver por pressões externas ou fatores extradoença como problemas sociais, desemprego, apelos e etc. Deverá ter isenção de ânimo para bem ponderar, explicitando com clareza suas decisões com boa didática, visto que suas considerações serão frequentemente objeto de análise por leigos – administradores, advogados, juízes etc. – todavia, deve expressar sua conclusão de maneira precisa e clara.

E prossegue (p. 39) afirmando que para ser perito médico, além de requisitos técnicos, como conhecimentos teóricos consistentes, experiência clínica, se exige idoneidade, tempo para examinar adequadamente, responsabilidade e conhecimento dos critérios jurídicos ou administrativos que utilizará em sua área de atuação, devendo-se somar a estas características uma cota de astúcia e perspicácia, para corroborar sua atitude de boa-fé. E finaliza dizendo que somado a tudo isso, acrescente-se grande dose de honestidade, firmeza e desapego, sem o que, será impossível exercer a função de perito.

---

<sup>170</sup> Para Rovinski (2007, p. 47), a realização de perícia psicológica, como toda prática em psicologia, deve ser baseada em princípios éticos e exige o respeito a estes princípios, de modo que a atividade em questão traga apenas benefícios aos usuários. Assim, a autora pauta-se no Código de Ética Profissional do Psicólogo ao abordar tal questão, indicando aos(as) profissionais da área as responsabilidades que devem assumir, bem como os deveres, tais como: (a) somente atuar em atividades para as quais esteja capacitado pessoal, técnica e tecnicamente; (b) em casos em que seus vínculos pessoais ou profissionais, atuais ou anteriores, possam afetar a qualidade do trabalho a ser realizado ou a fidelidade aos resultados da avaliação, a prática pericial deve ser vedada a este profissional psicólogo(a); (c) respeitar o sigilo profissional, podendo quebrá-lo somente de forma a basear sua decisão na busca do menor prejuízo; (d) restringir-se a prestar informações estritamente necessárias, compartilhando somente informações relevantes para qualificar o serviço prestado, resguardando o caráter confidencial das comunicações mesmo que, o propósito da avaliação pericial já coloque limitações quanto a possibilidade de manutenção do sigilo e; (e) ser de bom senso do/da psicólogo(a) colocar-se à disposição do/da periciando(a) para esclarecimento de dúvidas em relação ao laudo, depois de o mesmo tornar-se público em audiência com o juiz, tomando o devido cuidado para não se criar uma via de comunicação independente do processo judicial.

Entretanto, no mundo concreto e real não é bem assim que as coisas funcionam. Em 30 de maio de 2016, o Ministério Público Federal (MPF) em Campinas (SP) e a Polícia Federal deflagraram, a chamada “Operação Hipócritas”<sup>171</sup> que apurou a cooptação de peritos médicos judiciais por médicos assistentes técnicos, a serviço de escritórios de advocacia contratados de grandes empresas, resultando em perdas para trabalhadores afastados de suas funções por conta de doenças ou acidentes relacionados ao trabalho e para a Justiça, que arca com as perícias da maioria dos trabalhadores que perdem as ações na Justiça do Trabalho em virtude dos laudos fraudados.

*“Aqui começou a andar num dia em que alguém que não concordou participar do esquema dos corruptores, vulgo empresa, foi honesto e abriu o bico. Aqui começou assim. Vieram as quebras de sigilo, interceptações telemáticas etc. com a autorização da Justiça Federal criminal. Depois, operação mega, do MPF e PF, de busca e apreensão, condução coercitivas, prisões. Depois, parece que vieram delações premiadas. E a coisa começou, finalmente, a andar”* (médico perito judicial e de procuradoria regional do trabalho do interior de SP).

O colossal esquema de corrupção de médicos peritos judiciais funciona pelo menos desde o ano de 2010 e foi detectado tanto em processos que tramitam nas varas do Tribunal Regional do Trabalho da 15ª Região (TRT-15), sediado em Campinas, como no da 2ª Região, localizado em São Paulo, e que têm atribuição territorial sobre todo o Estado de SP. Um dos médicos peritos investigados é suspeito de ter solicitado ou recebido vantagem indevida em mais de 100 perícias por exemplo.

*“A coisa é muito complexa, mas a análise dos advogados denunciante é bem-feita. Desconheço o andamento disso tudo, se é que teve. Lembro apenas que aqui, quanto ao [cita nome de médico perito envolvido no referido esquema], agora réu de ação penal de falsa perícia e crime contra a administração da justiça, enquanto a questão ficou apenas perante a Corregedoria da Justiça do Trabalho, não deu em nada”* (médico perito judicial e de procuradoria regional do trabalho do interior de SP).

A referida operação já constatou a ocorrência de pelo menos quatro crimes: falsa perícia (artigo 342 do Código Penal), corrupção de perito judicial (artigo 343 do Código Penal), corrupção passiva e ativa (artigos 317, §1º, e 333, ambos do Código Penal) e lavagem de dinheiro (artigo 1º da Lei 9.613/98). Ainda em trâmite, novos crimes poderão

---

<sup>171</sup> O nome da operação faz alusões ao juramento de Hipócrates, feito por todos os(as) médicos(as) ao se formarem no qual prometem exercer a medicina honestamente e não causar mal a outrem, e também ao comportamento de muitos dos/das investigados(as) que, em grupos profissionais, se manifestavam em passeatas contra a corrupção de agentes públicos e políticos, mas que cometiam atos de corrupção nas perícias médicas que realizavam.

ser descobertos no curso das investigações, que se iniciaram após denúncia do Sindicatos dos Metalúrgicos ao Ministério Público do Trabalho (MPT) e de uma representação de um juiz de Direito do interior do Estado de SP<sup>172</sup>.

*“O que dizer de um curso [Medicina] que precisa de CPI até no trote [da entrada na universidade]?”* (médico perito judicial e de procuradoria regional do trabalho do interior de SP).

Há suspeita de que diversas empresas foram beneficiadas pelo esquema de corrupção de peritos médicos na Justiça do Trabalho: empresas de pequeno, médio e grande porte, dentre as quais multinacionais e gigantes do setor automobilístico. A rede de corrupção desvendada pelo MPF envolve, além dos próprios peritos judiciais (nomeados pelo juízo para uma análise independente do caso), assistentes técnicos (médicos/as auxiliares contratados pelas partes), advogados e representantes de empresas. O papel de pivô do esquema, em síntese, é exercido pelo assistente técnico da parte. Tal profissional seria o elo de ligação entre a parte interessada em ser favorecida no laudo pericial (geralmente uma empresa) e o perito judicial que aceitaria receber vantagem indevida com esta finalidade. O assistente técnico, geralmente contando com a confiança da parte que o contratou e, valendo-se desta relação, oferece o suborno ao perito judicial e intermedeia o pagamento pelo laudo forjado, quando aceito. Verificou-se que algumas empresas recorriam frequentemente à corrupção de peritos sempre que possível<sup>173</sup>.

*“Eu acredito que há uma indústria de se fazer perícias na Justiça [...]. Eu nunca fico sozinha na sala com os assistentes técnicos. Acho que devia ter uma cadeia exclusiva para assistentes técnicos das empresas”* (psicóloga perita judicial de SP).

*“Muitos dos meus colegas médicos do trabalho dizem que fazem medicina empresarial. Mas olha, fala-se somente dos corruptos, mas não dos corruptores. Quem surrupiou a Vara do Trabalho de [cita cidade no interior de SP] foi a [cita empresa do ramo automobilístico]”* (médico perito judicial e de procuradoria regional do trabalho no interior de SP).

*“Assistentes técnicos por vezes tentam subornar o perito”* (psicóloga perita judicial em SP).

<sup>172</sup> Verificar por exemplo, processos nº 2016.03.00.015945-6/SP; 2016.03.00.010172-7/SP; 2016.61.05.015075-0/SP; 2017.03.00.003522-0/SP; 2016.03.00.013402-2/SP e 2017.03.00.003845-1/SP, todos junto ao site do Tribunal Regional Federal da 3ª Região (TRT-3).

<sup>173</sup> Disponível em <http://www.mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/noticias-sp/operacao-hipocritas-mpf-revela-fraudes-em-pericias-medicadas-em-campinas-e-sao-paulo>. Acesso em 08 jul. 2016.

Quanto aos casos de corrupção em perícias médicas judiciárias, Mendanha (2015, p. 177-178) diz que a questão é tão grave que em alguns fóruns trabalhistas já se fala que “pelo perito médico indicado já se conhece a sentença do juiz”, uma vez que, na Justiça do Trabalho brasileira, na visão do autor em questão, o índice de concordância entre o laudo pericial e a sentença prolatada pelo magistrado seguramente atinge a maioria dos casos, no que tange às doenças relacionadas ao trabalho.

*“A perícia é a rainha das provas”* (advogada trabalhista do interior de SP).

Para o referido autor, a questão reside no fato de que, ao não ser acompanhado por assistente técnico de qualquer uma das partes, a ausência desses profissionais favoreceriam um ambiente de corrupção ao perito médico que poderia entrar em dúvidas sobre qual parte beneficiar, se o trabalhador ou o empregador, pois em caso de perda da ação por parte do primeiro, quem irá pagar os honorários periciais será o Estado<sup>174</sup> que, em geral, propõe proventos menores e mais lentos, ao passo que, favorecendo o trabalhador, quem arca com os honorários é o empregador, parte sucumbente na causa, que provavelmente dispõe de capacidade financeira maior e de acesso mais rápido.

*“Se o trabalhador perde a causa, o estado quem paga o perito”* (psicóloga perita judicial de SP).

Dessa forma, o autor expõe sua visão para uma possível redução do problema em tela:

Empresas, não permitam que uma perícia médica, para averiguação de uma doença ocupacional, ocorra sem a devida indicação de um assistente técnico competente. Além do trabalho especializado, a simples presença do assistente técnico inibe o mau perito e representa uma “vacina” contra uma eventual corrupção pericial. Senhores advogados das empresas, considerem junto aos seus clientes a possibilidade de adiantar os honorários periciais (ainda que não solicitados), via processual. Se pensarem bem, essa atitude minimiza a possibilidade de corrupção pericial por fatores financeiros e pode representar um grande investimento para o sucesso de suas pretensões. Senhores juízes, desconfiem de peritos que sempre beneficiam os empregados e que só atuam em processos que envolvam empresas com capacidade econômica considerável. É provável que isso não seja uma mera coincidência (MENDANHA, 2015, p. 178).

---

<sup>174</sup> Após a sanção da Lei Federal 13.467/2017 que dispõe sobre a Reforma Trabalhista, o trabalhador, enquanto parte sucumbente na lide, passa também a arcar com os honorários periciais.

Longe de buscarmos elucidar aqui a questão de uma possível “sociologia da corrupção” ou então de uma “sociologia da ética”, igualmente nos manteremos afastados de tecer comentários quanto à ingenuidade de autores como Motta (2014) e Mendanha (2015) na referida questão da “ética” médico-pericial. Acreditamos que a explanação que fizemos no item 3.2 deste estudo sobre o laudo pericial assumir a forma-mercadoria fetichizada no sistema do capital explica de forma mais acertada a alienação do trabalho médico-pericial.

Entretanto, igualmente à parte a discussão de uma “ausência de ética” deste profissional quando da venda do laudo pericial para a empresa, pela via da participação ativa dos assistentes técnicos e advogados do reclamado ou ainda do benefício da decisão pericial em prol do reclamante para recebimentos de honorários mais robustos e céleres, a questão que aqui se impõe é a de que defendemos durante todo esse trabalho: o sistema pericial, seja ele a qual esfera pertença, previdenciária ou judicial, está intrinsecamente ligado ao sistema “jurídico-sanitário” superestrutural do capital e portanto, possui a errática função de manutenção da base material vigente moldada a forma de ser do capital e à valorização do valor, na qual, seus atores sociais, por mais que não se possa eximi-los de responsabilidades, apenas cumprem o papel perfeito para que esse sistema se reproduza tal como historicamente o é.

Também vale ressaltar que, em decorrência de investigações da “Operação Themis” iniciada em 2006 (e findada em 2010) a partir de iniciativa do Ministério Público Federal, que instaurou inquérito judicial junto ao Tribunal Regional Federal da 3ª Região (TRF-3) e revelou a existência de uma organização criminosa (formada por advogados, juízes, desembargadores e donos de empresas) que consistia em obter decisões dos magistrados envolvidos que atendiam aos interesses dos donos de bingos e dos empresários, que se utilizavam dos serviços ilegais oferecidos por aquela, em 2013, o MPF ajuíza ação civil pública objetivando apuração de possíveis fatos ilícitos e ímprobos praticados por juíza federal titular de Vara cível em SP que agia em cumplicidade com advogados ao direcionar ações para sua Vara e proferir sentenças que favoreciam empresas com dívidas milionárias junto à Previdência Social e ao fisco.

Assim, o Órgão Especial do TRF-3 condenou, em 2016, a referida juíza a seis anos e oito meses de prisão e multa, além da perda do cargo, sob a acusação de corrupção. E o processo atualmente (23/01/2017) aguarda decisão de recurso junto ao Supremo Tribunal Federal (STF).

*“Trata-se da mesma juíza federal, à época na [cita numeração de Vara federal] que em junho de 2003 prolatou sentença no mandado de segurança da empresa [cita empresa do ramo químico] anulando a interdição do site da [cita novamente o nome da mesma empresa do ramo químico], que era o antigo [cita nome de empresa petrolífera] de [cita nome de cidade no interior de SP] determinada pelo Ministério do Trabalho e Emprego em 26 de Dezembro de 2002. Essa decisão somente foi revertida em 2006 pela Justiça do Trabalho, através de julgamento em segunda instância no TRT 2 de São Paulo” (médico perito judicial de procuradoria regional do trabalho do interior de SP).*

### 3.5.2 O Perito Judicial e a prova técnica

Almeida (2004, p. 244) compreende que a perícia, ou prova técnica se constitui na esfera judicial como um dos diversos meios de prova admitidos no direito brasileiro tendo por objetivo maior indicar ao(a) magistrado(a) a dita 'verdade dos fatos' e não a 'verdade ou justiça formal'. A finalidade da perícia médica judicial, segundo Garção (2004), é produzir a prova, e a prova é o elemento demonstrativo do fato. Dessa forma, entende-se, portanto, a perícia como a única forma de trazer o fato real ao processo judicial, transformando-o em fato jurídico, quando se depende de conhecimento técnico para que ela emerja<sup>175</sup>. Entretanto, Montenegro Filho (2006, p. 528) sustenta que a perícia é a espécie de prova que objetiva fornecer esclarecimentos ao magistrado a respeito de questões técnicas, que extrapolam o conhecimento científico do julgador, podendo ser de qualquer natureza e originada de todo e qualquer ramo do saber humano, destacando-se os esclarecimentos nas áreas de engenharia, da contabilidade, da medicina, da topografia, etc. Em se tratando de trabalho-saúde, nos ateremos às áreas do saber que compreendem o campo “saúde”.

Podendo-se ir mais longe, em alguns casos a perícia é o único modo de tornar verossímil a decisão do Poder Judiciário, pois só por meio dela que o magistrado tem acesso ao conhecimento técnico/científico em questão. Mesmo que o juiz possua o

---

<sup>175</sup>Diante disso, no trato do direito é indispensável considerar, no mundo (geral), a dicotomia *fatos e fatos jurídicos*. A correta percepção dessa realidade levou Pontes de Miranda a adotar a essencial distinção, rigorosamente lógica, entre o mundo dos fatos (= parte do mundo composta dos fatos não jurídicos) e o mundo jurídico (= parte do mundo formada pelos fatos jurídicos). O mundo jurídico constitui a parte do mundo (geral) formada, exclusivamente, por fatos jurídicos e onde se irradia a eficácia jurídica própria atribuída a cada um deles. (MELLO, 2003, p. 7)

conhecimento técnico/científico necessário para julgar determinada questão que extrapole a seara jurídica ele deve requerer prova pericial para o deslinde da questão. Bueno (2009, p. 300) inclusive diz que, mesmo nos casos em que o juiz tem aptidão de compreender o fato técnico de área não jurídica que, usualmente, estaria fora de seu alcance, a doutrina e a jurisprudência reconhecem ser imperativa a nomeação de um perito e a realização da perícia, observando-se o procedimento previsto no CPC. É a forma pela qual as partes terão condições efetivas de participar da convicção judicial sobre aquele específico fato e, pois, poderem questionar as condições em que ela influencia o julgamento da causa.

Desse modo, de acordo com o Art. 370 do CPC quando da Seção I intitulada “Disposições Gerais” no que tange o Capítulo XII – “Das Provas”:

Art. 370. Caberá ao juiz, de ofício ou a requerimento da parte, determinar as provas necessárias ao julgamento do mérito.  
Parágrafo único. O juiz indeferirá, em decisão fundamentada, as diligências inúteis ou meramente protelatórias.

Como também na Seção X – “Da Prova Pericial” do mesmo documento temos:

Art. 464. A prova pericial consiste em exame, vistoria ou avaliação.  
§ 1º O juiz indeferirá a perícia quando:  
I - a prova do fato não depender de conhecimento especial de técnico;  
II - for desnecessária em vista de outras provas produzidas;  
III - a verificação for impraticável.  
§ 2º De ofício ou a requerimento das partes, o juiz poderá, em substituição à perícia, determinar a produção de prova técnica simplificada, quando o ponto controvertido for de menor complexidade.  
§ 3º A prova técnica simplificada consistirá apenas na inquirição de especialista, pelo juiz, sobre ponto controvertido da causa que demande especial conhecimento científico ou técnico.  
§ 4º Durante a arguição, o especialista, que deverá ter formação acadêmica específica na área objeto de seu depoimento, poderá valer-se de qualquer recurso tecnológico de transmissão de sons e imagens com o fim de esclarecer os pontos controvertidos da causa.

Art. 470. Incumbe ao juiz:  
I - indeferir quesitos impertinentes;  
II - formular os quesitos que entender necessários ao esclarecimento da causa.

Art. 472. O juiz poderá dispensar prova pericial quando as partes, na inicial e na contestação, apresentarem, sobre as questões de fato, pareceres técnicos ou documentos elucidativos que considerar suficientes.

Ou seja, a perícia tal como já dito anteriormente, é realizada sob direção e autoridade do juiz o qual: (a) defere ou indefere a prova pericial requerida pelas partes ou a determina de sua própria iniciativa; (b) nomeia perito especializado no objeto da perícia

e fixa prazo para entrega do laudo; (c) aceita a escusa do perito ou ao julgar procedente impugnação, nomeia novo perito; (d) indeferir quesitos impertinentes e formular os que entender necessários ao esclarecimento da causa; (e) dispensar prova pericial quando as partes, na inicial e na contestação, apresentarem, sobre as questões de fato, pareceres técnicos ou documentos elucidativos que considerar suficientes e; (f) determinar, de ofício ou a requerimento da parte, a realização de nova perícia quando a matéria não estiver suficientemente esclarecida.

Da mesma forma, é assegurado tanto ao trabalhador ou ao empregador, em igual condições de direito: (a) solicitar a impugnação do perito junto ao juízo em razão de suspeição ou carência de qualificação profissional para ratar de matéria submetida à perícia; (b) orientar a produção de prova pericial, através de quesitos, ou seja, de perguntas e solicitações de explicações técnicas, formuladas previamente ao início da perícia, podendo ainda apresentar quesitos suplementares no transcorrer do processo pericial; (c) acompanhar os diferentes atos que compõem a investigação pericial tais como coleta de informações, exames, vistorias, etc.<sup>176</sup>; (d) solicitar, após a apresentação do laudo e dos pareceres, esclarecimentos técnicos ao perito e aos assistentes, sob a forma de quesitos elucidativos e mesmo requerer que o perito e/ou assistentes sejam ouvidos em audiência para prestarem tais esclarecimentos e; (e) concluídos os trabalhos periciais, manifestar-se sobre o laudo pericial e os pareceres dos assistentes técnicos, questionar os métodos periciais, impugnar, em parte ou totalmente, as conclusões do trabalho pericial, requerer que o perito proceda investigações não realizadas e mesmo requerer nova perícia.

*“As partes ficam jogando quesitos pra te encher o saco, te atrapalhar. ‘Qual é o grau de não sei o quê?’ Sei lá! Prefiro estudar quais são as cargas desse trabalho, o que é que ele precisa saber de verdade?”* (médico perito judicial e de procuradoria regional do trabalho do interior de SP).

*“Os quesitos dos advogados quase sempre são prontos e bem bizarros. Da parte do trabalhador é sofrível. Da parte da empresa são bons”* (psicóloga perita judicial de SP).

*“Não temos doutrinadores em acidentes do trabalho no Brasil há mais de 20 anos. Tem obras de compilação frutos do dia-a-dia, mas vai muito do entendimento do juiz, do médico que se dispõem a partir de suas experiências”* (advogado trabalhista/previdenciário de SP).

---

<sup>176</sup> De acordo com Brandimiller (1996, p. 39), esta prerrogativa da parte é realizada por meio de seu/sua assistente técnico(a), contudo, Mendanha (2015, p. 151) compreende que, a partir de interpretação do § 1º do Art. 466 do CPC, a atuação do próprio advogado da causa enquanto assistente técnico da parte que o contrata é legalmente permitida, mesmo que no entendimento do autor não seja o mais adequado. Veremos esse ponto mais claramente adiante.

*“Quando se tem perícias físicas e psicológicas os quesitos quase sempre são sobre o físico e aí nem tinha que escrever. ‘Não se refere a perícia realizada’. Quanto menos responder melhor. Se der pra recusar o quesito melhor ainda [...]. As vezes vem perguntas do advogado do trabalhador que parecem copie e cole, não tem nada a ver com o caso. Os advogados do trabalhador geralmente são muito ruins. Nas perguntas complementares dos advogados vinham questões sofríveis”* (psicóloga perita judicial em SP).

E enfim, de acordo com o CPC, sobre o perito:

Art. 465. O juiz nomeará perito especializado no objeto da perícia e fixará de imediato o prazo para a entrega do laudo.

§ 2º Ciente da nomeação, o perito apresentará em 5 (cinco) dias:

I - proposta de honorários;

II - currículo, com comprovação de especialização;

III - contatos profissionais, em especial o endereço eletrônico, para onde serão dirigidas as intimações pessoais.

§ 4º O juiz poderá autorizar o pagamento de até cinquenta por cento dos honorários arbitrados a favor do perito no início dos trabalhos, devendo o remanescente ser pago apenas ao final, depois de entregue o laudo e prestados todos os esclarecimentos necessários.

§ 5º Quando a perícia for inconclusiva ou deficiente, o juiz poderá reduzir a remuneração inicialmente arbitrada para o trabalho.

Art. 466. O perito cumprirá escrupulosamente o encargo que lhe foi cometido, independentemente de termo de compromisso.

§ 2º O perito deve assegurar aos assistentes das partes o acesso e o acompanhamento das diligências e dos exames que realizar, com prévia comunicação, comprovada nos autos, com antecedência mínima de 5 (cinco) dias.

Art. 467. O perito pode escusar-se ou ser recusado por impedimento ou suspeição.

Parágrafo único. O juiz, ao aceitar a escusa ou ao julgar procedente a impugnação, nomeará novo perito.

Art. 468. O perito pode ser substituído quando:

I - faltar-lhe conhecimento técnico ou científico;

II - sem motivo legítimo, deixar de cumprir o encargo no prazo que lhe foi assinado.

§ 1º No caso previsto no inciso II, o juiz comunicará a ocorrência à corporação profissional respectiva, podendo, ainda, impor multa ao perito, fixada tendo em vista o valor da causa e o possível prejuízo decorrente do atraso no processo.

§ 2º O perito substituído restituirá, no prazo de 15 (quinze) dias, os valores recebidos pelo trabalho não realizado, sob pena de ficar impedido de atuar como perito judicial pelo prazo de 5 (cinco) anos.

§ 3º Não ocorrendo a restituição voluntária de que trata o § 2º, a parte que tiver realizado o adiantamento dos honorários poderá promover execução contra o perito, na forma dos arts. 513 e seguintes deste Código, com fundamento na decisão que determinar a devolução do numerário.

Art. 471. As partes podem, de comum acordo, escolher o perito, indicando-o mediante requerimento, desde que:

I - sejam plenamente capazes;

II - a causa possa ser resolvida por autocomposição.

§ 2º O perito e os assistentes técnicos devem entregar, respectivamente, laudo e pareceres em prazo fixado pelo juiz.

§ 3º A perícia consensual substitui, para todos os efeitos, a que seria realizada por perito nomeado pelo juiz.

Art. 479. O juiz apreciará a prova pericial de acordo com o disposto no art. 371, indicando na sentença os motivos que o levaram a considerar ou a deixar de considerar as conclusões do laudo, levando em conta o método utilizado pelo perito.

Em suma, cabe a este profissional: (a) cumprir com os prazos do processo, bem como com o que foi solicitado pelo juiz assegurando, com antecedência, conhecimento das partes quanto às etapas periciais; (b) recusar-se à realização da perícia por motivos de força maior ou impugnação; (c) estar sujeito à substituição quando lhe faltar conhecimento tecno-científico para matéria designada ou então deixar de cumprir com os prazos designados; (d) produzir prova a partir de emissão de laudo pericial que esclareça ao juiz e às partes quanto a lide em tela.

Em se tratando de perícias em trabalho-saúde, as características de subjetividade na análise da matéria tratada, bem como a própria relevância da prova pericial sobre as demais, conferem ao perito uma responsabilidade considerável na convicção do juízo. Desse modo, quando a matéria implica aspectos tecnicamente contraditórios ou de difícil solução técnica, muitas vezes o juiz necessita requerer que o perito estabeleça uma determinada classificação ou enquadramento técnico ainda que possa incorrer em subjetividade. Esta, quando ocorre, é de certa forma compensada porque a conclusão pericial será submetida ao crivo contraditório das partes.

É sob este entendimento que Rovinski (2007, p. 77), ao tratar das técnicas e instrumentos possíveis para serem utilizados na avaliação judicial, diz que não diferem substancialmente daquelas utilizadas na avaliação clínica, porém, que necessitam de certa adaptação a esse contexto específico, adquirindo características especiais. Por exemplo, diferente do consultório/clínica onde o paciente procura o profissional por sua vontade, na situação pericial há o que a autora chama de um *contexto coercitivo*, em que nunca se pode pensar em participação voluntária da pessoa.

Outros pontos a se pensar que a autora chama a atenção (p. 78-80) e que se diferem do atendimento médico, psicológico, fisioterapêutico e etc. do consultório/clínica individual, são, por exemplo: (a) na situação pericial, a uma *falta parcial ou total de*

*sigilo*, cabendo ao perito, quando do início do processo pericial, discutir em detalhes os limites da confidencialidade tanto com o periciando quanto com as partes (advogados e assistentes técnicos); (b) o perito deve tomar notas suficientes, seja por meio de recursos tecnológicos de transmissão de sons e imagens, ou então manualmente, durante o ato pericial para garantir a confiabilidade de seus achados e; (c) a simulação, como forma de fingir sintomas que não existem e a dissimulação de se ocultar sintomas que existem por parte do periciando.

Vejam os como se processam os atos periciais de nossos entrevistados, os recursos metodológicos empregados e de que forma lidam as etapas e prazos dos mesmos:

*“Eu arrolo todos os laudos médicos que estão no processo. Recebo a petição inicial e os atestados médicos e organizo os atestados por data. Os atestados tem descrição de sintomas, hipótese diagnóstica com CID e dizendo que é melhor a pessoa ficar afastada. [...]. Decidi não usar nenhum instrumento psicométricos. Eu inventei na verdade um instrumento, ‘entrevista clínico-psicodiagnóstico’ usando da análise pluridimensional do Le Guillant [...]. A única via de acesso ao trabalho real é o discurso do trabalhador [...]. Em apenas 2 perícias não dei nexos. De 40 que fiz. Raro se tenho dúvida. O que mais tem é de assédio moral. Nesse caso eu investigo a penosidade do trabalho. Na maioria são claros. Como tirados de todas as pesquisas da área. Numa das que não dei nexos, não era estresse pós-traumático e sim transtorno do pânico”* (psicóloga perita judicial de SP).

*“Faço muita petição e agora é tudo online via PJe. De PJe fiz já uns 11 casos e 17 [de processos] físicos. Busco verificar a doença, o nexos, a incapacidade, as evidências epidemiológicas e a bibliografia atualizada sobre a categoria. Os periciandos chegam com muita ideiação suicida, muito deprimidas. Considero o momento da perícia muito pesado. Saio muito cansada”* (psicóloga perita judicial em MG).

*“Recebia o processo, lia inteiro e fazia um resumo. ‘O que está sendo demandado? Quais os documentos médicos contidos no processo?’ Depois desse levantamento fazia uma entrevista com o periciando. Alugava uma sala e fazia as entrevistas, cerca de 2 horas mais ou menos. Depois de uma introdução de acolhimento, explicando o processo, pedia pra que a pessoa contasse a história de trabalho dela. Aproveitava a sala de uma menina do grupo de pesquisa que tinha uma sala alugada próximo ao metrô Santana. Aí eu mandava e-mail para os advogados convocando pra perícia e não recebia as confirmações. Do momento da nomeação da perícia até a entrega do laudo você tem 1 mês. Depois que pega o processo, e tinha processos com 3 a 4 volumes nos autos, e depois de fazer o resumo já vai 1 semana, 15 dias. Os juízes demandam 1 mês mas sabem que demoram então deixam uns 2 meses. Devo ter feito umas 4 perícias e sempre apresentava pro trabalhador explicando o que seria feito ali. Não me lembro de alguma vez em que o trabalhador tenha ido sabendo o que seria feito ali. Pra mim a fala do trabalhador é sempre prioridade na perícia. Mais do que a ida ao local de trabalho em que às vezes é até difícil compreender a organização de trabalho. Aí fazia busca da história de vida também, de trabalho e a literatura [...] Nunca consegui processos via PJe, sempre tinha que ir retirar lá na Vara.”* (psicóloga perita judicial em SP).

*“O [cita nome], professor da Unifesp, cria conceitos ideológicos pró-empresas. Diz por exemplo que a fibromialgia é o quadro mais frequente e não LER/DORT então que os diagnósticos estariam equivocados e o juiz acredita” (advogado trabalhista/previdenciário de SP).*

*“Uso da experiência do consultório, tomada da história, raciocínio diagnóstico, avaliar se há incapacidade para o trabalho, avaliação de prognóstico, se é permanente ou não” (médico perito judicial de SP).*

*“Na entrevista, que eu gravava, procurava entender o trabalho do trabalhador, do último emprego, como ele entra nesse emprego, de onde ele vem, o que fazia exatamente e sobre o adoecimento. Deixo as perguntas mais abertas possível. Depois transcrevo, tem por volta de 1 hora de entrevista [...]. Pergunto se tinha algum transtorno anterior notificado, como lida com as perdas, relacionamento com a família. Tem trabalhador que tem umas 3 carteiras de trabalho cheias aí não dá pra perguntar tudo. Pergunto de trás pra frente, do último emprego para o primeiro. Vejo relações com os colegas, com a chefia, como foi o trauma, em que momento começa a se ver doente. Colho história de vida e de trabalho, o último trabalho e o primeiro sintoma do adoecimento. Mas as falhas de memória estão presentes nos trabalhadores adoecidos [...]. Já fiz laudos em que havia sim um adoecimento, mas não tinha nexos. Coloco sobre incapacidade pensando que aquilo que o trabalhador fazia já não pode fazer mais, mas para outras coisas sim. Em alguns casos falava-se de aposentadoria. Por isso eu peticiono pedindo os documentos de saúde do trabalhador [...]. O prazo é de 30 dias corridos a partir da intimação. Para fazer a perícia e produzir o laudo. Dou atenção a queixa, aos quesitos, se tem assistente técnico e etc. e depois marco as entrevistas com cerca de 1 hora, 2 horas e 30 de duração. Posso fazer entrevistas com outras pessoas, da família, por exemplo, basta pedir para o juiz. Olha, penso que o bom é conseguir fazer uns 2 casos por mês viu. Porque dá muito trabalho e toma muito tempo” (psicóloga perita judicial de BH).*

*“Tem normas do INSS, Fundacentro e Ministério do Trabalho que ditam as normas técnicas de capacidade e incapacidade para o trabalho. As NRs [Normas Regulamentadoras] também, principalmente a 17, tem que estar fresca na cabeça do perito. Eu atuo no juizado federal e nas varas especiais federais que tem reivindicações acima de 40 salários mínimos ou pra medicações de alto custo. Tenho que estar sempre bem informado sobre o que o SUS [Sistema Único de Saúde] preconiza, os medicamentos que tem na rede e etc. Eu atendo de 6 a 8 perícias agendadas numa manhã no juizado federal toda semana. De segunda a quarta faço [perícias] no consultório e atendo as varas federais e estaduais cerca de 20 perícias mais ou menos. Faço visitas domiciliares também. Acredito que faço em torno de 25 perícias por semana ao todo. O exame clínico pericial leva cerca de 1h, levo também 1h para ler os autos então cerca de 2h pra fazer tudo. E a minha secretária quem redige os laudos. Já tem um modelinho” (médico perito aposentado do INSS e atualmente perito judicial no interior de SP).*

*“Diferente dos demais peritos da Vara, sou a única que faz visitas ao posto de trabalho. Faço uma avaliação clínica diagnóstica e psicossocial com visita ao local de trabalho pra entender como funciona a empresa, a dinâmica relacional entre supervisores e empregados, como é o clima de receptividade do trabalhador, de que forma ele contribuía com seu trabalho. Em menos de 72h você tem que avisar as partes do horário e local da perícia. Engenheiros*

*e Médicos pegam muitas perícias e não conseguem entregar no prazo. Eu me organizo para entregar em até 30 dias, às vezes até antes, uns 20 dias. Gasto 4h na avaliação clínica e de 2h a 3h dentro da empresa para conhecer tudo. Nisso o trabalhador vai junto para ir me explicando o funcionamento da dinâmica da empresa. Em muitos casos o trabalhador já está demitido. Ou afastado sofrendo algum tipo de pressão. Então minha metodologia de perícia é trabalhar com a categoria 'eixos norteadores'. Na parte clínica, pego os dados do trabalhador. Se ele é casado ou não, a dinâmica relacional com a família, filhos, religião, escolaridade, se estudou ou não, se tem curso fundamental ou técnico, de onde ele veio, história do trabalho, formal ou informal, porque escolheu determinada função, quais os horários de trabalho, se havia horas extras por exemplo, qual a dinâmica relacional, se trabalhava em equipe ou não, se haviam pressões, qual o tipo da tarefa, peço pra ele me contar um dia de trabalho ordinário dele, se tem históricos de adoecimentos ou acidentes neste ou noutro trabalho. Tento entender se experiências passadas contribuíram para o fato presente ou não, para excluir da hipótese diagnóstica. E pensar o que nessa experiência atual serve para fundamentar minha perícia e meu laudo. Faço avaliação do estado psíquico do trabalhador também. Quais riscos, físicos-químicos-biológicos-ergonômicos-psicossociais, que ele identificava no trabalho dele. Meu roteiro de perícias é baseado na minha experiência no CEREST e em uma pós-graduação que fiz no HC, e também nos escritos da Edith Seligmann-Silva para compreender toda a história do sujeito até o momento de ele sair da empresa. Meu referencial é a partir da psicanálise e não uso testes [psicológicos] porque considero a diversidade que já consigo com a escuta do trabalhador. Sei que a minha perícia é mais extensa, porque os outros fazem em 1h, 1h30. Pra mim a fala do trabalhador tem uma legitimidade maior do que tudo. Ele quem sabe os macetes e sabe as alterações no posto de trabalho a partir de detalhes de riquezas do que viveu na empresa. Sei que quando não aviso para a ir na empresa, eles alteram o layout. Como certa vez em que me deixaram esperando 1h na portaria. Mas, como perita eu preciso dizer dia e hora em que vou visitar a empresa. Na visita à empresa peço para que o trabalhador conte o processo todo com detalhes. A que horas levantava, a que horas entrava, os horários de pausas, os almoços, e com quem almoçava ou sozinho. Quando possível converso com outras pessoas da empresa também que eram ligadas ao trabalhador. Presto atenção nas formas comunicativas da empresa e de que forma elas chegavam ao trabalhador, como se davam as reuniões, e se o trabalhador tinha abertura para falar, se nos modos de relacionamento havia acolhimento ao trabalhador, onde era o refeitório, banheiros, onde ele permanecia nos horários de pausas e etc. Levo caderno pra anotar tudo. Não faço uso de fotografias ou filmagens do ambiente de trabalho pois como lido com violência psicológica penso mais em como as coisas vão se dando ali no momento. Uso a Classificação de Schilling pra saber se o trabalho foi causa única e principal ou não. Sempre coloco a bibliografia utilizada, os honorários e etc. Me referencio muito no livro do Guérin [Conhecer o trabalho para transformá-lo]. Recebo processos via online [PJe] hoje. Antigamente tinha que ir até a Vara para pegar todos os volumes do processo, aí tinha prazo para ler e ir devolver. Os processos são muito morosos e você nunca sabe quando vai terminar. Eu encerro quando o juiz diz que chega de requisitos. Mas é um trabalho inconstante, você tem que checar o PJe todo dia porque você nunca sabe quando será requerida. Pior que os trabalhadores do judiciário também estão precarizados então por isso nem conseguem mandar e-mail pro perito avisando de sua nomeação ou mesmo quando eu vou até a Vara, tudo acaba demorando” (psicóloga perita judicial do interior de SP).*

A questão da jornada de trabalho enquanto peritos foi um ponto crucial abordado por nossos entrevistados. Fosse pelo tempo considerado exíguo por estes quanto as etapas

do processo e seus prazos (desde o momento da nomeação até a entrega do laudo pericial), quanto pelo tempo de duração da avaliação pericial no espaço do consultório/clínica, incluindo (ou não) vistorias ou demais exames. Enquanto das 5 (cinco) psicólogas entrevistadas apenas 1 (uma) realiza vistorias nos ambientes de trabalho enquanto as demais encerram a avaliação no espaço da clínica/consultório, todas relataram realizar avaliações periciais com duração entre 1 (uma) até 4 (quatro) horas perfazendo uma média de 1h30 (uma hora e meia) de avaliação, ao passo que os médicos entrevistados as realizam também somente no espaço do consultório/clínica numa média de 1h (uma hora) para a avaliação.

Porém há um ponto sobre a quantidade de perícias realizadas. Como as 5 (cinco) psicólogas propõem-se a atuar somente em perícias de trabalho-saúde para a Justiça do Trabalho, relegando as demais áreas cível, criminal e etc., e ainda, dentro deste universo, lutam por espaço devido à questão da Lei do “Ato Médico” discutido no item anterior, acabam por realizar, quando muito, 1 (uma) ou 2 (duas) perícias por mês, podendo o número ser reduzido quando alocadas no interior dos estados e ampliado quando residentes dos grandes centros e capitais. Do contrário, os médicos entrevistados possuem avaliações periciais toda semana em diversas áreas que compreendem o escopo pertinente a perícias médicas. Muitos inclusive reservam 1 (um) dia ou então 1 (um) período da semana para a realização das mesmas e o fazem tal como o agendamento e tempo decorrido de uma consulta comum.

Vejamos a partir do relato de um entrevistado nosso, psicólogo perito judicial na França, como se dá este processo de trabalho de um perito no contexto francês:

*“As questões advindas tanto da empresa quanto do autor são praticamente as mesmas, mas sob prismas diferentes e a questão-mor do juiz é saber se há um transtorno mental ou não [...]. [...] Quando eu vou investigar a esfera íntima da pessoa, eu levo de 2 a 3 horas no momento clínico e eu posso solicitar que não haja ninguém comigo no momento pericial. Advogados, família, assistentes técnicos, etc. Eu peço a eles que aguardem na sala de espera enquanto eu faço o exame psicológico. A partir da entrevista clínica, eu posso ligar depois para o empregador, para os advogados ou para a família do trabalhador para colher mais informações. Também numa boa entrevista clínica pericial é de bom grado usar bons testes psicológicos [...]. Obviamente você tem que se utilizar da perspectiva da Psicologia Social e da Psicossociologia para poder compreender como essa pessoa irá se readaptar ao adoecimento e retornar ao trabalho. Investigar os suportes familiares, os recursos suplementares financeiros recebidos durante o período afastado, se está desempregado [...]. Aí podemos encaminhar para algum local onde haja um Psicólogo do Trabalho especializado no assunto para encaminhá-lo da melhor forma. Especificamente nessa esfera do trabalho é o Conseil de Prud’hommes quem vai gerir o conflito anteriormente à perícia. Mas gere o conflito somente. Depois, se há uma inaptidão, deve ser declarada pela*

*Seguridade Social obrigatoriamente e se tiver alguma deficiência causada por incapacidade laboral é a MDPH (Maison Départementales des Personnes Handicapées) quem irá avaliar e cuidar, quais os melhores procedimentos a se tomar com a pessoa, qual foi o impacto do trabalho, se pode voltar a trabalhar e em qual trabalho, se mais ou menos de 25% a ser determinado a nível do Baremo sobre a incapacidade da pessoa e possível deficiência, além da judicialização do caso [...]. Eu faço 2 perícias por semana, mais ou menos umas 100 por ano. O tempo que eu tenho pra realizar a perícia depende do momento que se inicia o depósito dos honorários periciais [feito pelas partes] no Tribunal. Mesmo se o juiz demandar a avaliação do dano psíquico, porém o depósito ainda não foi feito, não se pode iniciar. Depois que ele é feito aí tudo bem. Então se tudo corre bem ao menos 6 meses. Desde a nomeação, o depósito, a convocação que eu faço das partes, o exame pericial, a redação do laudo... 1 mês entre o pré-laudo e as observações que você se propõe a fazer, e quando a próxima data de audiência for fixada. Ou seja, nessa última eu fui nomeado em abril, fim de abril, estamos em julho, já estudei o caso e fiz as convocações e o depósito já foi feito. Hoje faço o exame pericial, depois essa etapa pré-laudo, quesitos suplementares etc., tudo tem que estar pronto antes da data fixada para próxima audiência em novembro. Portanto, 6 meses quando corre tudo bem, tranquilo. Basta eu fazer um planejamento. Eu já tenho a data da audiência marcada, então calculo o tempo que eu necessito para fazer minha avaliação, a observação a partir do pré-laudo, a convocação, você tem que avaliar que entre julho e setembro é férias, e depois o tempo para que as pessoas retirem o que foi recomendado” (psicólogo perito judicial francês).*

Ou seja, tanto no contexto francês, quanto no brasileiro, cabe ao perito judicial, em sua avaliação, buscar evidenciar: (a) se há o adoecimento (para alguns autores, nesse momento deve se ater também às simulações); (b) se é incapacitante e qual o grau desta; (c) se há nexos de causalidade/concausalidade com o trabalho exercido; (d) qual a extensão do dano sofrido e; (e) qual o prognóstico. Para tal, como visto, nos dois contextos não há uma única metodologia-padrão para a averiguação dos itens citados cabendo ao profissional designado para realizar a perícia, autonomia na escolha dos métodos a serem aplicados. Conquanto, chamamos a atenção para uma distinção gritante pertinente a ambos os contextos que se dá no fator-tempo para a realização da perícia. Enquanto na França, nosso entrevistado explana sobre dispor de, em média, 6 (seis) meses para toda a conclusão do processo pericial, por aqui, a maioria de nossos/nossas entrevistados(as) disseram possuir apenas 1 (um) mês. O que para nós pode significar um fator que influencie diretamente na metodologia pericial empregada<sup>177</sup>.

Nesse sentido, Silva (2014, p. 169) vê que a omissão do perito em proceder ao estudo do local de trabalho e à averiguação da organização do trabalho configura vício que autoriza a realização de uma segunda perícia, nos termos do art. 480 do CPC,

<sup>177</sup> Em que não se trata de abordar a questão do ponto de vista de um viralatismo, mas sim, valendo-se da já sabida diferença de formação social e histórica entre os dois países, se compreender a robustez das condições de trabalho de cada contexto.

sobretudo nos casos de LER/DORT e dorsalgias/lombalgias, nos quais se torna imprescindível analisar as condições ergonômicas em que o labor era prestado. E amplia seu pensamento expondo que tal vício pode se configurar também nas hipóteses em que o perito vistoria a empresa, mas não avalia a atividade e a organização do trabalho de forma adequada. Para o autor, o referido vício é de natureza mais grave quando o perito sequer vistoria o local de trabalho tal como referenciado nos itens 17.6.2 e 17.6.3 da NR-17 quando esta diz que a devida avaliação da organização do trabalho, deve levar em consideração as normas de produção, o modo operatório, a exigência de tempo, a determinação de conteúdo de tempo, o ritmo de trabalho, o conteúdo das tarefas e as pausas para recuperação da fadiga.

Ora, talvez o vício seja do jurista que, ao estar imerso na lógica do fetiche da celeridade judicial obstrui sua visão de que os mesmos itens da NR-17 podem ser verificados no próprio processo de trabalho pericial quando, ressalta-se, a este cabe-lhes um trabalho de extrema responsabilidade e com cargas psicofísicas desgastantes a serem realizadas num exíguo espaço de tempo o qual lhe é comprimido pela contenda judicial.

*“Diagnostico médico é algo estatístico e nexos causal é quase exercício de futurologia pra eles. Tem que ver que exames também erram. Tem a Resolução 1488/88 do CFM [Conselho Federal de Medicina] que elenca como se deve fazer perícias. E a anamnese é fundamental para se buscar nexos. Tem que buscar a literatura atualizada, há outros dados relevantes? Há falas dos trabalhadores? Dados epidemiológicos? A proposta biomédica é encerrar tudo no espaço do escritório. Tem que pensar, existe dano ou lesão? Existe incapacidade laborativa? Existe nexos com o trabalho? Qual o grau de incapacidade do dano ou lesão, se houver, para jogar na tabela da SUSEP?”* (médico perito judicial e de procuradoria regional do trabalho no interior de SP).

De fato, a evidenciação (ou não) de nexos causal por parte do perito nos parece ser a questão que mais nos salta aos olhos durante todo esse trabalho, principalmente tratando-se de doenças relacionadas ao trabalho. Contudo, em se tratando do âmbito da Justiça do Trabalho, há de se falar também no chamado “nexos cível”, que resulta na sentença do Juiz do Trabalho. Se o magistrado compreender que a ação trabalhista é procedente, determina o quantum indenizatório, se entender que a ação trabalhista é improcedente, não há o que indenizar. Porém, se é procedente, o valor da indenização determinada pelo juízo é dependente de algumas variáveis, como a extensão do dano, grau de culpa ou presença de risco acentuado, condição econômica das partes, caráter pedagógico, etc.

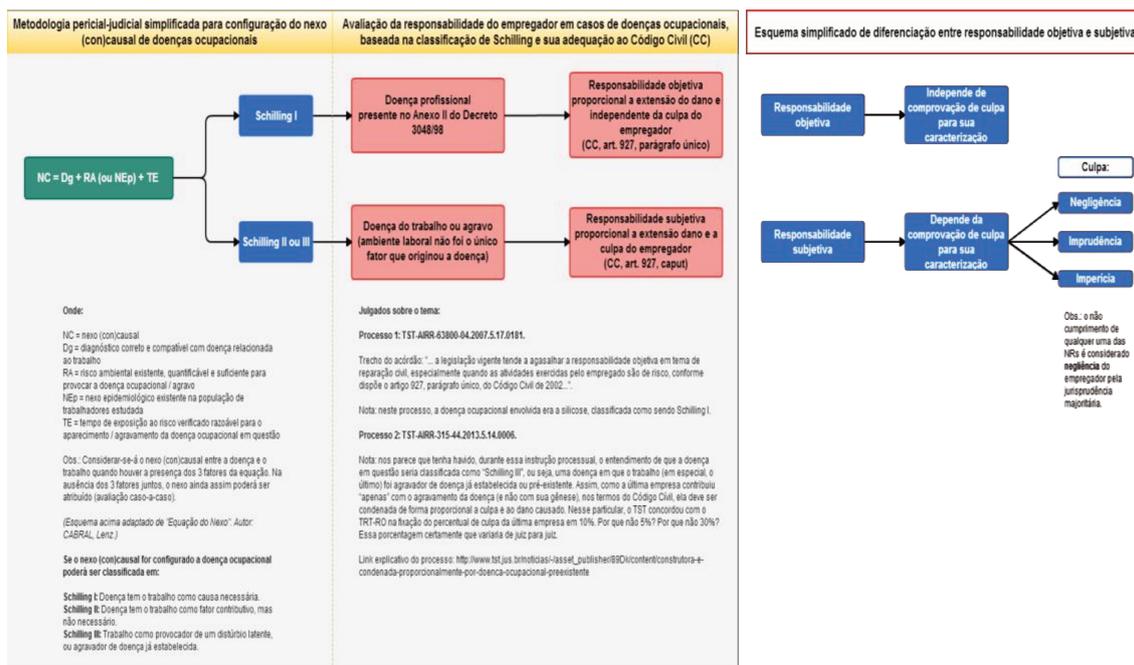
Desse modo, o nexu cível dá-se por uma natureza quantitativa e os critérios para a conclusão do juiz diante da ação trabalhista, se procedente ou improcedente, embora possa considerar a opinião do perito, são baseados principalmente no código civil, na reparação do patrimônio jurídico, com base no dano, culpa/dolo/risco acentuado.

Assim, a Justiça do Trabalho, igualmente distante do cenário laboral no tempo e espaço, tanto quanto o perito, exige deste profissional que inclua em sua atividade pericial a visita ao local de trabalho, de forma a avaliar de forma com que este se organiza com fins à produção de prova pericial. O intento é, contudo, de suma importância, porém, mormente resulta numa frustrada diligência decorrente da total alienação entre perito e meio ambiente de trabalho, pois, nem o perito possui formação técnica suficiente para avaliar o posto de trabalho, ou mesmo tal visão sobre processo de trabalho nem ao menos faz parte das bases epistemológicas das profissões que substanciam esse fazer; nem o posto de trabalho é o mesmo, tendo sido modificado radicalmente quando da vistoria pericial.

Na tentativa de sistematizar a metodologia pericial para avaliação do nexu (con)causal em doenças relacionadas ao trabalho (e não em acidentes do trabalho típico ou de trajeto), com a classificação de Schilling<sup>178</sup> e a responsabilidade jurídica do empregador, Mendanha (2015) esboça o que pretensiosamente cunha de “Fluxograma do Nexu – Schilling – Responsabilidade do Empregador”, reconhecendo, contudo, a dificuldade de aplicação da referida metodologia pericial proposta em casos de transtornos mentais relacionados ao trabalho, sobretudo pela dificuldade de se mensurar quantitativamente os riscos ambientais que propiciam tais doenças.

---

<sup>178</sup> A ser melhor descrita no próximo capítulo.



Fonte: Mendanha (2015).

### 3.5.3 Remuneração do trabalho pericial

Assim diz o Código do Processo Civil quanto aos honorários periciais:

Art. 465. O juiz nomeará perito especializado no objeto da perícia e fixará de imediato o prazo para a entrega do laudo.

§ 2º Ciente da nomeação, o perito apresentará em 5 (cinco) dias:

I - proposta de honorários;

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

§ 4º O juiz poderá autorizar o pagamento de até cinquenta por cento dos honorários arbitrados a favor do perito no início dos trabalhos, devendo o remanescente ser pago apenas ao final, depois de entregue o laudo e prestados todos os esclarecimentos necessários.

Art. 468. O perito pode ser substituído quando:

§ 3º Não ocorrendo a restituição voluntária de que trata o § 2º, a parte que tiver realizado o adiantamento dos honorários poderá promover execução contra o perito, na forma dos arts. 513 e seguintes deste Código, com fundamento na decisão que determinar a devolução do numerário.

Faz-se necessário aqui, portanto, tecermos comentários a respeito dos honorários periciais. Esses consistem na remuneração da atividade do perito, ou seja, do valor pago a este profissional por seu trabalho tanto nos exames e avaliações, quanto no estudo dos

autos processuais e na formulação do seu laudo, bem como na resposta aos quesitos principais e complementares. Alcançando ainda, o comparecimento diante do juízo, em audiência, para a prestação de esclarecimentos quando necessário. Inicialmente, entende-se que deve arcar com a pericia judicial aquele que a solicitou como meio de provar seu direito, assim, se o reclamante a solicitar este deve pagar os honorários periciais, conforme coloca Chioyenda (2009, p. 1084):

Os peritos têm direito a honorários contra a parte que requereu a perícia, e, se esta foi ordenada de ofício, solidariamente contra todas as partes interessadas (art. 267), ressalvada, depois, naturalmente na relação entre as partes, a regulação definitiva das despesas. Eles podem requer depósito prévio, em cartório, de uma soma para as despesas (art. 259).

Contudo, Montenegro Filho (2006, p. 538) ressalta que o depósito antecipado desse valor se constitui em mero adiantamento, pois o juiz irá em sua sentença indicar a parte perdedora e essa, como vencida terá o encargo de arcar com as despesas. Deste modo, os honorários periciais devem ser depositados antecipadamente em conta corrente do juízo pela parte que requereu a perícia. Em caso de perícia requerida “de ofício”, as despesas devem ser divididas igualmente pelo reclamante e pelo reclamado.

Tal como o § 4º do Art. 465 do CPC, portanto, faz-se possível solicitar o pagamento antecipado de parte do depósito feito para o custeio das despesas da perícia sendo resguardada a parcela restante para o momento da entrega do laudo. Ao final da demanda a parte vencida arcará com as despesas processuais, caso a parte vencida seja diferente da parte que solicitou a perícia o depósito feito antecipadamente deve ser reembolsado.

Entretanto, em 15 de janeiro de 2018, a ABMLPM (Associação Brasileira de Medicina Legal e Perícias Médicas) promove um abaixo assinado a ser protocolizado junto ao TST, TRTs, CNJ e Casas Legislativas visando reivindicações relativas ao pagamento dos referidos honorários periciais prévios na Justiça do Trabalho, os quais foram suprimidos pela nova redação do art. 790-B da CLT, introduzido pela chamada “reforma trabalhista” (Lei nº 13.467/2017):

Art. 790-B. A responsabilidade pelo pagamento dos honorários periciais é da parte sucumbente na pretensão objeto da perícia, **ainda que beneficiária da justiça gratuita.**

§ 1º Ao fixar o valor dos honorários periciais, o juízo deverá respeitar o limite máximo estabelecido pelo Conselho Superior da Justiça do Trabalho.

§ 2º O juízo poderá deferir parcelamento dos honorários periciais.

§ 3º O juízo não poderá exigir adiantamento de valores para realização de perícias.

§ 4º Somente no caso em que o beneficiário da justiça gratuita não tenha obtido em juízo créditos capazes de suportar a despesa referida no caput, ainda que em outro processo, a União responderá pelo encargo.

Portanto, anteriormente à citada Lei Federal 13.467/2017 da “reforma trabalhista”, alegando o(a) representante do(da) reclamante a condição de pobreza deste/desta, cabia ao Estado arcar com os referidos honorários. Contudo, o presente texto da referida Lei dispõe, tal como destacado acima, que, a responsabilidade pelo pagamento dos honorários periciais é da parte sucumbente na pretensão objeto da perícia, ainda que beneficiária da justiça gratuita.

*“[cita nome], desembargadora do TRT-SP que meteu o pau no dano moral num evento da associação dos advogados de SP, que é tão influente quanto a OAB, dizendo que só era bom para trabalhador porque ou ele ganha ou ele não perde. Porque ou a empresa tem que pagar a indenização ou arcar com os custos do processo, advogado, perito, assistente técnico e etc.” (advogado trabalhista/previdenciário de SP).*

Com a inviabilização econômica das perícias judiciais causadas pela reforma trabalhista, o perito não é parte, portanto, não sucumbe e nem vence. Não tem interesse na sucumbência. Diferente das partes, o perito não pertence à fase de execução, mas sim à fase de instrução, de modo que sucumbência diz respeito somente às partes e define os deveres de cada um. Neste momento o sucumbente é condenado a pagar ao vencedor da lide o que lhe é devido, inclusive as despesas processuais que este tenha realizado. Portanto ficando claro que o perito não se relaciona de nenhuma forma com a sucumbência. Para fundamentar sua visão, o autor recorre ao artigo 818 da CLT quanto ao dever de se produzir provas.

Art. 818. O ônus da prova incumbe:

I – ao reclamante, quanto ao fato constitutivo de seu direito;

II – ao reclamado, quanto à existência de fato impeditivo, modificativo ou extintivo do direito do reclamante.

§ 1. Nos casos previstos em lei ou diante de peculiaridades da causa relacionadas à impossibilidade ou à excessiva dificuldade de cumprir o encargo nos termos deste artigo ou à maior facilidade de obtenção da prova do fato contrário, poderá o juízo atribuir o ônus da prova de modo diverso, desde que o faça por decisão fundamentada, caso em que deverá dar à parte a oportunidade de se desincumbir do ônus que lhe foi atribuído.

§ 2. A decisão referida no § 1º deste artigo deverá ser proferida antes da abertura da instrução e, a requerimento da parte, implicará o adiamento da audiência e possibilitará provar os fatos por qualquer meio em direito admitido.

§ 3. A decisão referida no § 1o deste artigo não pode gerar situação em que a desincumbência do encargo pela parte seja impossível ou excessivamente difícil.

Desta forma, compreende que: (a) não existe dispositivo legal determinando que o perito deva receber seus honorários somente após o trânsito em julgado; (b) as partes não tem o direito de não pagar as provas necessárias para a solução da lide; (c) o perito tem o direito de receber as verbas alimentares oriunda de seu trabalho e; (d) lei define de quem é a responsabilidades na produção das provas durante a fase de instrução do processo.

*“Até hoje recebi de apenas 3 perícias que fiz. De umas 40”* (psicóloga perita judicial de SP).

*“Recebo apenas quando o processo termina. Entre R\$1.500 e R\$2.000. A maioria dos médicos só fazem com adiantamentos de honorários e não fazem [a perícia] se não tiver. Tem uma condição precária de não pedir adiantamento de honorários no começo para poder entrar nessa como perita”* (psicóloga perita judicial de MG).

*“O tribunal paga até mil reais, em geral recebo honorários provisórios de um salário mínimo que as partes depositam. Os peritos pedem 10 salários mínimos, mas recebem cerca de 4mil [reais]”* (médico perito judicial de SP).

*“Sempre coloco os honorários. Valores dos honorários pra mim também é uma incógnita viu. Me baseio na tabela do CFP [Tabela de honorários do Conselho Federal de Psicologia]. Se o trabalhador faz uso da justiça gratuita e perde a causa quem vai me pagar é a própria justiça que estabelece um teto. Em torno de 1.400 reais. A empresa sempre diz que o trabalho não vale o quanto eu pedi. Uns 1.500 [reais] por exemplo, e acabam pagando 1.100 [reais]. Nunca se sabe o quanto se vai receber e quando se vai receber. Já fiz cerca de 17 processos na Vara de [cita nome de cidade no interior de SP] de 2012 até maio de 2016... recebi apenas uma nomeação nesse mês inclusive... e recebi honorários de apenas uma que se encerrou”* (psicóloga perita judicial do interior de SP).

*“Em perícias mais complexas eu cobro honorários maiores, como nas perícias psiquiátricas por exemplo. O juiz que fala o quanto o perito vai ganhar. Enquanto perito, é como se fosse médico atendendo convênio. Tem muita [consulta/perícia] e se ganha pouco. Como assistente técnico é como médico particular. Tem poucas mas ganha muito. Eu levo de 45 a 60 dias pra fazer uma perícia”* (médico perito judicial do interior de SP).

Enfim, a irregularidade salarial do perito na justiça faz com que este profissional atue também em outros âmbitos para se ter proventos fixos. No caso, o médico do trabalho

é por exemplo médico de empresa para se beneficiar de um contrato de trabalho. E são médicos de empresas pois o mercado de trabalho do médico do trabalho no Brasil é fundamentalmente ser médico de empresa.

“Na verdade, eu como médico não posso fazer a vez da empresa, tenho que fazer da medicina. Fui médico da [cita empresa do ramo de bebidas] e da [cita empresa do ramo de telefonia]. Sei de muitos colegas que se submetem ao interesse da empresa em que trabalham. Eu não me submeto [...]. Eu só posso ser testemunha dessa empresa como empregado dela que eu sou e não como médico” (médico perito judicial do interior de SP e também médico do trabalho de empresa estatal de capital aberto).

De forma a ampliar a precarização deste cenário, no que tange a remuneração pericial, a Resolução nº 232 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) de 23 de julho de 2016, fixa os valores pagos aos peritos no âmbito da Justiça de primeiro e segundo graus<sup>179</sup>, de forma contextualizada ao CPC/15 (Lei n. 13.105/2015). Então assim resolve:

Art. 1º Os valores a serem pagos pelos serviços de perícia de responsabilidade de beneficiário da gratuidade da justiça são os fixados na Tabela constante do Anexo desta Resolução, na hipótese do art. 95, § 3º, II, do Código de Processo Civil.

Art. 2º O magistrado, em decisão fundamentada, arbitrará os honorários do profissional ou do órgão nomeado para prestar os serviços nos termos desta Resolução, observando-se, em cada caso:

I - a complexidade da matéria;

II - o grau de zelo e de especialização do profissional ou do órgão;

III - o lugar e o tempo exigidos para a prestação do serviço;

IV - as peculiaridades regionais.

§ 1º O pagamento dos valores de que trata este artigo e do referente à perícia de responsabilidade de beneficiário da gratuidade da justiça será efetuado com recursos alocados no orçamento da União, do Estado ou do Distrito Federal.

§ 2º Quando o valor dos honorários for fixado em montante superior aos definidos em tabela oficial, seu pagamento, a ser realizado pelos cofres públicos, estará limitado àqueles valores estabelecidos por cada Tribunal ou, na sua falta, pelo CNJ, conforme anexo.

§ 3º Em sendo o beneficiário da justiça gratuita vencedor na demanda, a parte contrária, caso não seja beneficiária da assistência judiciária, deverá arcar com o pagamento integral dos honorários periciais arbitrados.

§ 4º O juiz, ao fixar os honorários, poderá ultrapassar o limite fixado na tabela em até 5 (cinco) vezes, desde que de forma fundamentada.

§ 5º Os valores constantes da tabela anexa serão reajustados, anualmente, no mês de janeiro, pela variação do IPCA-E.

---

<sup>179</sup> A referida Resolução CNJ 232/2016 prevê que ao médico perito o valor fixado de honorários periciais será de R\$ 370,00 ao passo que para o profissional da psicologia, igualmente perito judicial, a tabela estipula R\$ 300,00. Contudo, conforme disposto no § 4º, “o juiz, ao fixar os honorários, poderá ultrapassar o limite fixado na tabela em até 5 (cinco) vezes, desde que de forma fundamentada”.

Nos termos do art. 103-B, § 4º da Constituição Federal de 1988, compete ao CNJ o controle da atuação administrativa e financeira do Poder Judiciário (Justiça Comum Estadual, Justiça Federal, Justiça do Trabalho, Justiça Eleitoral, etc.) e do cumprimento dos deveres funcionais dos juízes. As determinações do CNJ são dirigidas para todos os tribunais. No caso da Justiça do Trabalho, caso haja parâmetros diversos definidos, estes poderão ser usados localmente em detrimento às regras do próprio CNJ, nos termos do art. 2 da referida Resolução CNJ 232/2016. Dessa forma, e conforme também o art. 3 da Resolução n. 66/2010 do Conselho Superior da Justiça do Trabalho (CSJT), o valor máximo de honorário pericial, a ser pago a um/uma médico(a), é de R\$ 1.000,00, podendo ser maior se devidamente fundamentado pelo juiz, não poder ser superior a R\$ 1.850,00 nos termos da adequação trazida pelo art. 2, § 4º da Resolução nº 232/2016 em questão.

Para Silva (2014, p. 178) o atual modelo de remuneração pericial representa um grande desestímulo à boa prática pericial. Conforme já exposto, os problemas principais correspondem ao momento do pagamento bem como aos baixos valores que vêm sendo pagos. Daí, na visão do jurista, a grande dificuldade de se conseguir mais e melhores peritos, porque um processo de natureza trabalhista costuma alongar-se por anos. E por vezes, se trata de casos complexos, que demandam muito tempo e atenção do/da perito(a), de modo que é, sim, na visão do autor, um fator estimulante de boas perícias o arbitramento de honorários compatíveis com a complexidade do caso e o grau de zelo do profissional.

A atual sistemática de atuação e de remuneração de peritos(as) na Justiça do Trabalho inclusive, frente ao um relatório prévio da já mencionada “Operação Hipócritas” do MPF, estabelece um cenário que prejudica a imparcialidade dos laudos periciais e fomenta a prática de delitos como os investigados na referida operação de forma que muitos peritos aceitariam a propina justamente como “compensação” entre o valor que receberia do poder público e o que poderia receber da empresa caso emitisse um laudo isento e a parte processada fosse condenada.

Vejamos, por meio de relato do nosso entrevistado, perito judicial inserido no contexto francês, como se dá a remuneração pericial no país:

*“O valor dos honorários é a partir de uma tabela ministerial. Porém depende de quem paga. Se for o Estado, dentro da lei Penal, o perito é responsável por contabilizar seus honorários, bem como seus gastos e repassar à administração da Corte para receber os proventos, que seria mais ou menos o que se cobra no consultório. E eu preciso emitir uma ‘atestação de serviço feito’. Isso é para o Penal. Na Cível, há demanda de consignação, ou seja, o*

*Tribunal solicita às partes que efetuem o pagamento dos honorários periciais previamente. Então inicialmente o Tribunal guarda este montante e a reserva é feita. A partir daí você pode começar a fazer seu trabalho pericial. E, depois de entregar o laudo, o procedimento é que você tenha até 3 semanas para propor o quanto custou seu trabalho dentro de uma faixa de preço que você avisou previamente. A perícia psicológica é considerada simples porque exige apenas um encontro com a pessoa de forma que há outras que exigem mais encontros e visitas, como as de arquitetura por exemplo. Então eu termino um laudo prévio e envio às partes para quesitos suplementares, e após a entrega do laudo final eu já recebo. Seria tal como o valor da consulta, em torno de uns 100 euros” (psicólogo francês perito judicial em Paris).*

Assim, as modalidades de remuneração do perito na França estão intimamente ligadas ao quadro jurídico das perícias. Em algumas situações, a remuneração é fixada pelos textos legislativos, em outros, é estabelecida de comum acordo. Portanto, no âmbito Penal, certos atos são previstos pelo Código de Processo Penal, com um Baremo estabelecido com base no valor de C e Cs<sup>180</sup>. A parte estes atos, os honorários são livres, mas o perito deve informar o magistrado se ele prevê uma soma superior a 460 euros. Ele deve aguardar a aprovação do magistrado antes de começar sua experiência. Tal demanda do perito deve ser feita a partir de um documento preciso que mencione o motivo que justifica o excedente deste limite e avaliando, em média, o custo final. Uma vez concluído o relatório, o perito anexa um formulário especial a seu relatório, que deve ser preenchido e enviado em conjunto com o mesmo. Tal formulário cunha-se “Nota de Custos, formulário modelo Cerfa 10 0096”:

**MÉMOIRE OU ÉTAT**

des sommes dues à M. \_\_\_\_\_  
demandeur \_\_\_\_\_

**REPERENCES ET NATURE DE L'AFFAIRE** / **NOM ET QUALITE DE L'AUTORITE REQUERANTE**

Nature et date de la décision d'engagement de la dépense / Références des textes permettant l'avance par le Trésor

Nature des opérations / Dates des opérations

DÉTAIL DES HONORAIRES ET FRAIS		NOMBRE	PRIX	MONTANT	OBSERVATIONS (S)
Honoraires ou indemnités (1)					
Débourssés (2)					
Mode de transport utilisé (3)					
Puissance fiscale du véhicule (4)					
Lieu et kilométrés parcourus					
Grade, groupe, emploi ou indice (4)					
Indemnités de séjour et dates					
Nombre de km déjà parcourus (4)					
<b>TOTAL</b>					

*Je soussigné atteste sur l'honneur ne bénéficier à quelque titre que ce soit d'avantages de tarifs que ceux indiqués ci-dessus et certifie sincère et véritable le présent mémoire établi en un exemplaire unique adressé à la somme de cent francs entiers et en demande le règlement par virement postal bancaire au compte suivant :*

Noms : \_\_\_\_\_ Centre : \_\_\_\_\_  
CCP n° : \_\_\_\_\_ Banque : \_\_\_\_\_  
Compte bancaire n° : \_\_\_\_\_  
Noms et adresse de l'agence bancaire : \_\_\_\_\_

Fait le : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

1) Pour les honoraires en matière pénale, voir les articles R. 112, R. 128 et R. 140 du Code de procédure pénale, ainsi que les décrets de qualification.  
2) Pour les débourssés, voir l'article R. 112 du Code de procédure pénale.  
3) Pour les modes de transport, voir l'article R. 112 du Code de procédure pénale.  
4) Pour les puissances fiscales, voir l'article R. 112 du Code de procédure pénale.

<sup>180</sup> Exemplos de remunerações de perícias penais sob requisição e comissão regional: 1º Visita judicial com um ou mais exames e apresentação de um relatório – C x Q1; 2º Visita judicial, incluindo um ou mais exames de uma vítima a fixação das taxas de incapacidade e a apresentação de um relatório – C x Q2; 7º Para um exame médico-psicológico envolvendo um ou mais exames, realizado por um médico que também é psicólogo, atuando como único perito – CNPSY x Q13 e; 8º Para a parte médica da avaliação médico-psicológica realizada por um médico e um psicólogo mencionado aos termos do 2º do artigo R. 120-2 – C x Q14 (CREUSOT; DUMASDELAGE; CARBONNIÉ; ROUGÉ, 2016, p. 36).

Em resumo, nas jurisdições penais francesas, o perito preenche um formulário impresso que envia à secretaria do tribunal ou ao juiz ao mesmo tempo que envia seu laudo.

Na esfera cível, a parte requerente deposita junto à secretaria do tribunal, as reservas em valores para a remuneração do perito, cujo montante é fixado pela jurisdição. O depósito deve ser feito antes de uma data limite além da qual a perícia possa ser cancelada. O perito deve se assegurar, antes de chamar as partes, que o depósito dos honorários tenha sido feito.

A provisão excede, em princípio, as taxas cobradas pelas companhias de seguros. Se o montante do depósito ordenado se mostrar insuficiente para atender o custo da perícia realizada, o perito deve enviar um pedido de depósito adicional ao magistrado que o demandou. O pedido deve ser quantificado e explícito para por em valores a insuficiência da provisão. O pedido também deve ser comunicado aos advogados das partes por carta simples e o correio ao magistrado deve ser declarado.

Frente às jurisdições civis, de acordo com a complexidade do caso, as provisões são da ordem de 600 a 1.000 euros, incluindo custos auxiliares (cartorário por exemplo), exceto em caso específico da necessidade de um deslocamento consequente. Também, a consulta de danos corporais e a perícia são atos específicos que devem ser remunerados levando em consideração todas as implicações que contribuem para a sua realização. Para as perícias de responsabilidade médica muitas vezes aplica-se uma tarifa/hora de 100 a 150 euros.

Em suma, nas jurisdições cíveis, o perito recebe automaticamente a sua remuneração na medida em que a provisão tenha sido depositada pelas partes. Podendo também redigir uma declaração de suas despesas.

#### *3.5.4 O laudo pericial judicial: conceitos, metodologias, requisitos formais e de conteúdo*

O Código Civil bem como o Código de Processo Civil (CPC) são fontes subsidiárias da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), podendo ser utilizadas quando a mesma for omissa e possuindo com ela uma ligação íntima. Deste modo, quando tratar-

se da forma do laudo e de sua apresentação falar-se-á no CPC, o qual dita as linhas básicas da prova pericial, das atividades de peritos e assistentes técnicos, dentre outros:

Art. 473. O laudo pericial deverá conter:

I - a exposição do objeto da perícia;

II - a análise técnica ou científica realizada pelo perito;

III - a indicação do método utilizado, esclarecendo-o e demonstrando ser predominantemente aceito pelos especialistas da área do conhecimento da qual se originou;

IV - resposta conclusiva a todos os quesitos apresentados pelo juiz, pelas partes e pelo órgão do Ministério Público.

§ 1º No laudo, o perito deve apresentar sua fundamentação em linguagem simples e com coerência lógica, indicando como alcançou suas conclusões.

§ 2º É vedado ao perito ultrapassar os limites de sua designação, bem como emitir opiniões pessoais que excedam o exame técnico ou científico do objeto da perícia.

§ 3º Para o desempenho de sua função, o perito e os assistentes técnicos podem valer-se de todos os meios necessários, ouvindo testemunhas, obtendo informações, solicitando documentos que estejam em poder da parte, de terceiros ou em repartições públicas, bem como instruir o laudo com planilhas, mapas, plantas, desenhos, fotografias ou outros elementos necessários ao esclarecimento do objeto da perícia.

Art. 476. Se o perito, por motivo justificado, não puder apresentar o laudo dentro do prazo, o juiz poderá conceder-lhe, por uma vez, prorrogação pela metade do prazo originalmente fixado.

Art. 477. O perito protocolará o laudo em juízo, no prazo fixado pelo juiz, pelo menos 20 (vinte) dias antes da audiência de instrução e julgamento.

§ 1º As partes serão intimadas para, querendo, manifestar-se sobre o laudo do perito do juízo no prazo comum de 15 (quinze) dias, podendo o assistente técnico de cada uma das partes, em igual prazo, apresentar seu respectivo parecer.

Art. 479. O juiz apreciará a prova pericial de acordo com o disposto no art. 371, indicando na sentença os motivos que o levaram a considerar ou a deixar de considerar as conclusões do laudo, levando em conta o método utilizado pelo perito.

Art. 715. Se a perda dos autos tiver ocorrido depois da produção das provas em audiência, o juiz, se necessário, mandará repeti-las.

§ 2º Não havendo certidão ou cópia do laudo, far-se-á nova perícia, sempre que possível pelo mesmo perito.

Art. 750. O requerente deverá juntar laudo médico para fazer prova de suas alegações ou informar a impossibilidade de fazê-lo.

Portanto, afóra pequenas diretrizes advindas do CPC, não há no ordenamento jurídico um formato padronizado para a elaboração dos laudos periciais. Ficando assim, a critério dos órgãos de classe indicar os requisitos mínimos para a formulação dos documentos escritos emitidos por seus profissionais.

A doutrina, no entanto, indica que o laudo pericial deve trazer em seu corpo as referências teóricas e os fundamentos que o sustentam, neste sentido, Alvim (2005, p. 490) dispõe que o laudo tem de ser fundamentado, uma vez que as conclusões deverão ser aceitas, discutidas e criticadas. A carência absoluta de fundamentação acarreta a nulidade do laudo. Assim, para que a atividade pericial se configure como uma prática que subsidiará as decisões jurídicas é necessário que os resultados encontrados sejam expressos em um laudo pericial o qual será entranhado nos autos processuais.

Deste modo, Rovinski (2007, p. 64) aponta que o resultado do trabalho pericial precisa ser apresentado por meio de um laudo técnico sucinto, mas com seus achados descritos com precisão e analisados de forma a fundamentar cada conclusão. Este, deve ser entendido como uma comunicação técnico-científica, de natureza oficial, que tem como destinatário o juízo que solicitou a perícia. Lembra, também, de ser salientado, no laudo, que os resultados descritos são relativos àquele determinado momento do periciado, não podendo ser considerado permanente ou imutável.

Para Evangelista (2000, p. 46) o laudo deve esclarecer a existência do o nexa causal e a descrição do dano, bem como prognóstico, para que efetivamente alcance sua finalidade e sirva como prova processual. E reitera que no exame pericial e, especificamente, no laudo, resultante deve-se deixar claro a descrição das sequelas, a existência do nexa causal, com o fato descrito na exordial, a necessidade de tratamento com eventual duração do custo.

Por último, o laudo pericial deve conter uma conclusão onde o resultado da perícia deve ser apresentado. Este resultado deve considerar todos os procedimentos realizados durante a perícia, bem como estar fundamentado em referências teóricas. Possivelmente, é este tópico do laudo que traz as maiores preocupações e debates nas perícias em trabalho-saúde, visto que não há consenso sobre a necessidade de um posicionamento em relação ao objeto da demanda por parte dos profissionais da saúde, principalmente entre os próprios peritos.

Exemplificando, alguns destes, relatam não ser ético imprimir na conclusão expressões como “houve dano psicológico” ou “o reclamante possui determinada patologia”, pois estariam atuando como juízes, estariam decidindo a lide. Entretanto, o laudo pericial, em sua conclusão especificamente, deve se configurar como um instrumento que efetivamente forneça subsídios ao juiz, ainda que seja em termos de probabilidade, lhe indicando uma resposta à demanda judicial, sob pena de se tornar um

meio de prova dispendioso e inútil, afinal, para os magistrados esses são justamente os fatos médicos de competência do perito.

Ressalva-se apenas, que por vezes os processos periciais não chegam a conclusão alguma. Em se tratando de perícias em trabalho-saúde, estas podem não concluir qual foi a (con)causa de determinado fato, assim bem, se no caso em tela a perícia restar inconclusiva o perito não deve temer a indicação deste resultado, sob pena de estar agindo de forma antiética.

A finalização do laudo deve se dar com a impressão da data da emissão do laudo pericial, do local onde foi realizada a perícia, bem como a informação do número de inscrição do profissional em seu órgão de classe e a assinatura do mesmo. É necessário ressaltar aqui que o laudo pericial é um dos meios de prova estabelecido no direito, mas não vincula a decisão do magistrado a sua conclusão, preservando-se sempre o livre convencimento do juiz.

Contudo, não é raro o juiz aderir ao disposto pelo laudo pericial em se tratando de tema tão delicado quanto trabalho-saúde. Claro que os pareceres técnicos são via de regra apreciados pelo magistrado e suas interposições podem gerar inclusive a necessidade do perito prestar esclarecimentos em juízo. Entretanto, para Cambi (2006, p. 233), de fato, o laudo pericial não vincula o juiz, que pode completar as lacunas e até mesmo rejeitar os elementos constantes da perícia com base no seu próprio convencimento, resultando das observações críticas e quesitos periciais formulados pelos assistentes técnicos das partes e seus advogados.

Quanto à sua estrutura, portanto, um laudo pericial deve trazer em seu corpo, obrigatoriamente, as respostas aos quesitos formulados sob pena de declarar-se nula a perícia. Sobre os quesitos e suas respostas Rovinski (2008, p. 68) comenta:

Resposta aos quesitos: se houver quesitos, o profissional deve respondê-los de forma sintética e convincente, afirmando ou negando, não deixando nenhum quesito sem resposta. Não havendo dados para a resposta do quesito, ou quando o especialista não pode ser categórico, deve utilizar a expressão “sem elementos de convicção”. Quando houver quesitos mal formulados, estes também devem ser respondidos, utilizando-se expressões do tipo “prejudicado”, “sem elementos” ou “aguardo evolução”.

É lícito ainda a formulação de quesitos complementares, após a entrega do laudo pericial, no prazo de 5 (cinco) dias, visando a resolução de dúvidas persistentes sobre a matéria fática, bem como sobre as disposições trazidas pelo perito, como por exemplo a metodologia aplicada para o procedimento pericial. Não sendo suficientemente

esclarecidas as dúvidas das partes e do/da magistrado(a) por meio dos quesitos escritos, o perito judicial ainda pode ser convocado a prestar esclarecimentos em juízo, durante audiência de instrução e julgamento conforme dissemos.

Rovinski (2007, p. 65-66) então apresenta algumas propostas para a estrutura de um laudo, o qual ressalta, não deve tornar-se inflexível e mecanicista. Pauta-se no manual de elaboração de documentos, resolução nº 7/2003 do Conselho Federal de Psicologia (CFP) ao dispor que a estrutura básica de um laudo deve conter: (1) a identificação de quem elabora o laudo, do/da interessado(a) que fez o pedido, a finalidade da avaliação e constar data, hora e local em que a perícia foi realizada; (2) um preâmbulo onde o(a) perito(a) se qualifica, apresentando sucintamente seus/suas principais títulos e funções, bem como indica a autoridade que lhe atribui o cargo pericial e o processo ao qual se vincula; (3) descrição da demanda com informações referentes à problemática apresentada, as motivações, razões e expectativas que produziram o pedido do documento em questão; (4) procedimentos metodológicos, recursos e instrumentos utilizados para o exame pericial, à luz do referencial teórico-filosófico-epistêmico que os embasa; (5) registro dos fatos mais significativos que possam esclarecer ou orientar a ação do/da perito(a). Corresponde à anamnese profissional e coleta descritiva o mais fielmente possível ao descrito pelo/pela periciando(a); (6) descrição fiel, metódica e objetivamente de tudo o que foi observado pelo/pela perito(a) por meio da exposição minuciosa dos exames e técnicas empregadas; (7) análise dos dados produzidos resguardando as questões relativas ao sigilo das informações, somente relatando o que for necessário para o esclarecimento do encaminhamento; (8) discussão dos dados em que se aprofunda teoricamente o documento embasando-o a partir da literatura atualizada e especializada na área; (9) conclusões, em que se apresenta a síntese diagnóstica redigida com clareza, disposta ordenadamente com exposição do resultado pericial. O documento deve ser encerrado com a indicação do local, data de emissão, assinatura do/da perito(a) e seu número de inscrição em órgão representativo de classe profissional e; (10) resposta aos quesitos de forma sintética e convincente.

Brandimiller (1996, p. 95-118) também expõe seu entendimento das características, qualidades e aspectos redacionais utilizados para a confecção dos laudos periciais. Para o autor, um laudo deve conter: (a) padrão culto de linguagem evitando expressões do jargão jurídico e também do jargão profissional intrínseco à área de

formação do perito; (b) impessoalidade no tratamento dado à matéria em tela<sup>181</sup>; (c) padronização, visando características de forma e estruturas de documentos oficiais; (d) concisão, facilitando ao(a) magistrado(a) encontrar o essencial na redação apresentada; (e) inteligibilidade dos aspectos técnicos, tratando-se da qualidade fundamental para a eficácia da comunicação do trabalho pericial a seus destinatários; (f) estrutura, contendo capa, introdução, descrição da metodologia e dos procedimentos realizados, descrição dos resultados, análise e discussão destes, conclusões e respostas aos quesitos e; (g) formato e apresentação baseando-se em normas técnicas tais como a ABNT.

*“Coloco no laudo, análise pluridimensional do Le Guillant. Trajetória de vida, trajetória de trabalho e dados epidemiológicos e fatores de desgaste sobre à saúde da categoria” (psicóloga perita judicial de SP).*

Muller (2014, p. 168) ao realizar uma análise técnica de cerca de 47 laudos psicológicos quanto à estrutura, forma e conteúdo dos mesmos, e tendo como parâmetro a Resolução nº 7/2003 do CFP, aponta que 5 (cinco) destacam-se pela falta de inteligibilidade, dubiedade, o que tornou a leitura de difícil compreensão e em 6 (seis) ainda se denotou clareza mediana, dado que em alguns itens o conteúdo era nítido, noutros não. Dessa forma, em 11 (onze) laudos a autora não observou a clareza de que necessitam ocasionando no leitor, uma demanda de tempo na procura nos autos de informações faltantes, tornando a leitura desconexa. Em 3 (três) casos a capacidade de síntese foi mediana e em 4 (quatro) foram detectados textos prolixos o que recai na possibilidade de não ser lido integralmente.

Outros itens analisados pela autora (p. 172) em relação à linguagem escrita foram o uso de jargões profissionais, inconsistências, incorreções, incoerências técnicas e juízos de valor na redação dos laudos periciais. Tais problemáticas são apontadas pela autora como sendo as causas de grande parte das denúncias (35,65%) feitas ao Conselho Regional de Psicologia da 12ª Região (CRP/12) entre os anos de 2004 e 2001 decorrentes de problemas oriundos da perícia psicológica judicial e de outros processos de avaliação psicológica<sup>182</sup>. Tais representações derivam, na visão da autora, de falta de fundamentação e qualidade técnico-científica nos laudos psicológicos.

---

<sup>181</sup> Mendanha (2015, p. 192) lembra que não cabe ao perito, definir em seus laudos o que pode e o que não pode ser fungível, devendo limitar-se àquilo que consta nos autos. Também não lhes é autorizado, intrometer-se na tarefa hermenêutica, opinar sobre questões jurídicas, interpretando lei ou citando jurisprudência ou doutrina jurídica no referido documento, visto que estas são tarefas do/da juiz(a).

<sup>182</sup> Que não se limitam às perícias em trabalho-saúde somente.

No que tange nosso objeto de interesse, o nexa (con)causal, no estudo de Muller (2014, p. 187) entre o trabalho e o adoecimento mental foi observado em 23 laudos em que o psicólogo apontou a ocorrência de nexa (con)causal e em 12 casos seu entendimento foi pela inexistência de nexa. Em um caso, o documento era inconcluso. A autora realizou outra análise a partir desses posicionamentos para averiguar se na leitura do laudo observava-se a “comprovação” de sua conclusão. Verificou que em 21 laudos ou 42% dos trabalhos examinados o subscritor não conseguiu “convencer”, ou evidenciar sua conclusão e posicionamento técnico, três delas relativas a nexa causal, 12 de nexa (con)causal e em cinco casos nos quais a associação foi negada.

Buscamos no presente estudo realizar metodologia semelhante a partir de nosso universo de 20 (laudos) coletados no decorrer da pesquisa. Optamos por utilizar os processos que possuíam decisão monocrática, mas que haviam sido alvo de recurso e encontravam-se em processo de "andamento". No tocante à especialidade dos profissionais emissores dos laudos em questão, indica-se 1 (um médico que não indicou sua especialidade, 1 (um) médico psiquiatra, 2 (dois) médicos do trabalho e 1 (um) psicólogo o qual também não indicou sua especialidade.

Após o estudo dos laudos selecionados, foram formuladas 15 (quinze) categorias, quais sejam: (1) apresentação e qualificação profissional; (2) procedimentos iniciais; (3) impressões não fundamentadas; (4) descrição do primeiro encontro com o(a) periciando(a); (5) descrição do segundo encontro com o(a) periciando(a); (6) exames e testes; (7) diagnóstico; (8) descrição do diagnóstico; (9) diagnósticos associados; (10) indicação de prognóstico/tratamento; (11) finalização; (12) honorários periciais; (13) nexa causal; (14) quesitos do/da reclamante e; (15) quesitos do/da reclamado(a). Os resultados expressam-se na tabela do cruzamento entre as categorias formuladas e a formulação do laudo pericial por parte dos/das profissionais:

<b>Categoria x Laudo</b>	<b>Médico</b>	<b>Psiquiatra</b>	<b>Médico do Trabalho 1</b>	<b>Médico do Trabalho 2</b>	<b>Psicólogo</b>
<b>1. Apresentação e Qualificação Profissional</b>	X		X	X	X
<b>2. Procedimentos Iniciais</b>	X				X
<b>3. Impressões Não Fundamentadas</b>	X				X
<b>4. Descrição do 1º Encontro com o(a) Periciando(a)</b>	X	X		X	X
<b>5. Descrição do 2º Encontro com o(a) Periciando(a)</b>	X				
<b>6. Exames e Testes</b>	X	X		X	X
<b>7. Diagnóstico</b>	X	X		X	X
<b>8. Descrição do Diagnóstico</b>	X	X		X	X
<b>9. Diagnósticos Associados</b>	X				
<b>10. Indicação de Tratamento</b>	X	X			
<b>11. Finalização</b>	X	X	X	X	X
<b>12. Honorários Periciais</b>		X	X		
<b>13. Nexó (Con)causal</b>	X				
<b>14. Quesitos do Reclamante</b>		X	X	X	
<b>15. Quesitos do Reclamado</b>		X	X	X	

Fonte: Elaboração do autor.

Após o estudo dos laudos periciais acima e das categorias extraídas dos mesmos, portanto, percebeu-se que há a falta de uma estrutura e padronização pré-estabelecidas tal como defendido por Rovinski (2007) e Brandimiller (1996). Em nossos cruzamentos de referências bibliográficas jurídicas, bem como a partir do relato de magistrados sobre os quesitos dispostos por estes sobre o que deve compor um laudo, a partir do material colhido, percebeu-se que esses não satisfazem as questões capitais demandadas pelo judiciário, como por exemplo evidenciar (ou não) nexó (con)causal entre a patologia apresentada e a atividade laboral desenvolvida.

Quanto ao contexto francês, Sapanet et. al. (2016, p. 28) dizem que o perito deve informar em linguagem clara e compreensível suas conclusões e os elementos que contribuíram para o desenvolvimento dessa conclusão. O laudo pericial com seus elementos constituintes, sua discussão, sua conclusão deve aparecer como uma fotografia real do trabalhador adoecido que permitirá ao juiz ter uma ideia do dano sofrido por este, considerando seu próprio conhecimento jurídico.

Os autores então evidenciam (p. 28-29) os elementos que devem estar aparentes em qualquer laudo pericial realizado por um perito judicial francês(a), a saber: (1) o órgão ou instância pública que demanda a perícia; (2) a data em que foi demandada; (3) a data da perícia; (4) as partes presentes na perícia; (5) nomes, sobrenomes e data de nascimento das vítimas; (6) a data do acidente ou adoecimento; (7) seu modo de deslocamento para o(a) médico(a), para o hospital ou à clínica; (8) a duração da hospitalização ou do tempo permanecido na clínica; (9) a duração da incapacidade total ou parcial; (10) o retorno ao trabalho; (11) as intervenções cirúrgicas realizadas; (12) os cuidados médicos

particulares; (13) as complicações; (14) a reabilitação funcional; (15) a mudança de trabalho eventualmente; (16) a reabilitação profissional; (17) os antecedentes traumáticos e patológicos eventuais (estado anterior); (18) os cuidados médicos em curso, não relacionados ao acidente/adoecimento; (19) a discussão e as respostas sem ambiguidades aos quesitos feitos e apenas às estes e; (20) a assinatura do profissional.

*“Devo dizer [no laudo] os impactos das violências do trabalho em seu estado mental, se ele consegue trabalhar no mesmo local mudando de posto de trabalho ou se é melhor encontrar outro trabalho para ele noutra lugar”* (psicólogo francês perito judicial em Paris).

### 3.5.5 A figura dos assistentes técnicos e do contraditório na prova pericial

Procederemos na leitura do CPC sobre o que este nos diz quanto ao item que agora pretendemos desenvolver:

Art. 84. As despesas abrangem as custas dos atos do processo, a indenização de viagem, a remuneração do assistente técnico e a diária de testemunha.

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

Art. 361. As provas orais serão produzidas em audiência, ouvindo-se nesta ordem, preferencialmente:

I - o perito e os assistentes técnicos, que responderão aos quesitos de esclarecimentos requeridos no prazo e na forma do art. 477, caso não respondidos anteriormente por escrito;

Parágrafo único. Enquanto depuserem o perito, os assistentes técnicos, as partes e as testemunhas, não poderão os advogados e o Ministério Público intervir ou apartear, sem licença do juiz.

Art. 465. O juiz nomeará perito especializado no objeto da perícia e fixará de imediato o prazo para a entrega do laudo.

§ 1º Incumbe às partes, dentro de 15 (quinze) dias contados da intimação do despacho de nomeação do perito:

I - arguir o impedimento ou a suspeição do perito, se for o caso;

II - indicar assistente técnico;

III - apresentar quesitos.

§ 6º Quando tiver de realizar-se por carta, poder-se-á proceder à nomeação de perito e à indicação de assistentes técnicos no juízo ao qual se requisitar a perícia.

Art. 466. O perito cumprirá escrupulosamente o encargo que lhe foi cometido, independentemente de termo de compromisso.

§ 1º Os assistentes técnicos são de confiança da parte e não estão sujeitos a impedimento ou suspeição.

§ 2º O perito deve assegurar aos assistentes das partes o acesso e o acompanhamento das diligências e dos exames que realizar, com prévia comunicação, comprovada nos autos, com antecedência mínima de 5 (cinco) dias.

Art. 471. As partes podem, de comum acordo, escolher o perito, indicando-o mediante requerimento, desde que:

§ 1º As partes, ao escolher o perito, já devem indicar os respectivos assistentes técnicos para acompanhar a realização da perícia, que se realizará em data e local previamente anunciados.

§ 2º O perito e os assistentes técnicos devem entregar, respectivamente, laudo e pareceres em prazo fixado pelo juiz.

Art. 473. O laudo pericial deverá conter:

§ 3º Para o desempenho de sua função, o perito e os assistentes técnicos podem valer-se de todos os meios necessários, ouvindo testemunhas, obtendo informações, solicitando documentos que estejam em poder da parte, de terceiros ou em repartições públicas, bem como instruir o laudo com planilhas, mapas, plantas, desenhos, fotografias ou outros elementos necessários ao esclarecimento do objeto da perícia

Art. 475. Tratando-se de perícia complexa que abranja mais de uma área de conhecimento especializado, o juiz poderá nomear mais de um perito, e a parte, indicar mais de um assistente técnico.

Art. 477. O perito protocolará o laudo em juízo, no prazo fixado pelo juiz, pelo menos 20 (vinte) dias antes da audiência de instrução e julgamento.

§ 1º As partes serão intimadas para, querendo, manifestar-se sobre o laudo do perito do juízo no prazo comum de 15 (quinze) dias, podendo o assistente técnico de cada uma das partes, em igual prazo, apresentar seu respectivo parecer.

§ 2º O perito do juízo tem o dever de, no prazo de 15 (quinze) dias, esclarecer ponto:

I - sobre o qual exista divergência ou dúvida de qualquer das partes, do juiz ou do órgão do Ministério Público;

II - divergente apresentado no parecer do assistente técnico da parte.

§ 3º Se ainda houver necessidade de esclarecimentos, a parte requererá ao juiz que mande intimar o perito ou o assistente técnico a comparecer à audiência de instrução e julgamento, formulando, desde logo, as perguntas, sob forma de quesitos.

§ 4º O perito ou o assistente técnico será intimado por meio eletrônico, com pelo menos 10 (dez) dias de antecedência da audiência.

Art. 479. O juiz apreciará a prova pericial de acordo com o disposto no art. 371, indicando na sentença os motivos que o levaram a considerar ou a deixar de considerar as conclusões do laudo, levando em conta o método utilizado pelo perito.

Art. 480. O juiz determinará, de ofício ou a requerimento da parte, a realização de nova perícia quando a matéria não estiver suficientemente esclarecida.

§ 1º A segunda perícia tem por objeto os mesmos fatos sobre os quais recaiu a primeira e destina-se a corrigir eventual omissão ou inexatidão dos resultados a que esta conduziu.

§ 2º A segunda perícia rege-se pelas disposições estabelecidas para a primeira.

§ 3º A segunda perícia não substitui a primeira, cabendo ao juiz apreciar o valor de uma e de outra.

Enquanto o perito é o profissional indicado pelo juízo e tem seus honorários arbitrados por este, o assistente técnico é um profissional de confiança das partes e receberá diretamente delas seu pagamento. Tal profissional é admitido pelo ordenamento jurídico para que se respeite os princípios do contraditório e da ampla defesa, pois se o juiz precisa de alguém que o auxilie no entendimento da questão técnico/científica, as partes também não podem precisar para que possam se defender plenamente. Desta forma indica Bueno (2009, p. 305):

Para viabilizar que a prova pericial se desenvolva em amplo contraditório (...), o inciso I do § 1º do art. 421 [art. 456 do CPC/15] permite que as partes nomeiem “assistentes técnicos” que são profissionais, igualmente técnicos e especializados, que atuarão em seu favor para secundar a sua própria atuação processual com vistas a uma esmerada compreensão e análise do trabalho pericial [grifo nosso].

De acordo com Brandimiller (1996, 54), os profissionais indicados pelas partes como seus assistentes técnicos têm a função de consultores ou assessores das mesmas. Embora o trabalho do assistente técnico seja em princípio igual ao do perito, cabendo-lhe examinar e analisar a pessoa submetida à perícia, as funções são diferenciadas. Enquanto ao perito incumbe a responsabilidade de realizar as diligências que entenda necessárias para a elucidação da matéria que lhe foi submetida e de apresentar seu lado no prazo fixado pelo juízo. Sobre ele recai também a direção e condução das diligências periciais e as decisões sobre as mesmas. Em se deparando a perícia com obstáculos à realização do seu trabalho, cabe ao perito reportar-se ao juízo, informando e requerendo o necessário.

Já a indicação de assistente técnico é facultativa à parte incumbindo a esta diligência para que seu assistente técnico acompanhe os trabalhos periciais e apresente parecer técnico no prazo estabelecido tal como pressupõe o art. 477 do CPC. Embora o próprio CPC não sujeite o assistente técnico ao impedimento ou suspeição, este responde pelas distorções ou falsidades com relação aos fatos que apresenta em seu parecer, ficando sujeito às sanções legais ou profissionais cabíveis. O referido CPC é também omissivo no tocante à habilitação profissional dos assistentes das partes, referindo-se apenas à exigida do profissional nomeado perito pelo juízo.

Brandimiller (1996, p. 40-43) nos coloca que as funções do perito e dos assistentes técnicos e as relações entre eles podem ser, mas bem-entendidas a partir o *princípio do contraditório* que rege o sistema processual. Na produção das provas, tal como o é a

perícia, esse princípio assegura às partes o direito de se manifestar sobre as provas, de as contradizer e também, em particular, de discutir e questionar os argumentos e embasamentos técnicos em que se fundamentam as conclusões periciais ou dos assistentes técnicos.

Em se tratando das perícias em trabalho-saúde, estas apresentam aspectos particulares, relacionados com a própria natureza da matéria tratada, de forma tal que, defronta-se o perito com a necessidade de enquadrar tecnicamente o assunto em tela quanto aos danos sofridos pelo trabalhador e a evidenciação (ou não) de nexos (con)causal pois, nem sempre circunda-se de parâmetros legais, bem com as referências técnicas subsidiárias apresentam uma aplicação direta e inequívoca. Frequentemente tal análise está sujeito a certo grau de subjetividade por parte do perito. O que exige deste, além do bom senso e do olhar/escuta clínica apurados decorrentes de sua experiência profissional, valer-se de estudos técnicos e epidemiológicos especializados a serem pesquisados na literatura científica atualizada e especializada, apresentando os critérios que fundamentem seu laudo.

Sendo assim, as provas estão sujeitas à apresentação de contraprovas pela parte contrária, visando anular a prova produzida pelo lado oponente, nesse caso, a quem beneficiar o laudo pericial, que pode ser criticado em caráter técnico pelos assistentes técnicos das partes no que tange os conceitos e argumentos ofertados, ampliando assim a base conceitual sobre a qual o juiz formará seu convencimento e julgará a matéria.

*“Quando tem a presença do assistente técnico a entrevista, a anamnese, é mais rápida e eles às vezes tem uma posição mais pedante. Em alguns casos os advogados inventam doenças e que não tem nada a ver”* (psicóloga perita judicial de MG).

Não somente no tocante à habilitação, quanto também à ética que deve envolver a atuação deste profissional, Mendanha (2015, p. 143) expõe que, a partir de análise da Resolução nº 2.015/2013<sup>183</sup> do Conselho Federal de Medicina (CFM) bem como da Recomendação precedente nº 5/2014<sup>184</sup> que a complementa, o médico do trabalho pode

---

<sup>183</sup> Art. 12. “O médico da empresa, o médico responsável por qualquer programa de controle de saúde ocupacional de empresa e o médico participante do serviço especializado em Segurança e Medicina do Trabalho não podem atuar como peritos judiciais, securitários ou previdenciários nos casos que envolvam a firma contratante e/ou seus assistidos (atuais ou passados)” (CFM, 2013).

<sup>184</sup> “EMENTA: Recomendar que os médicos de empresas, quando atuarem como assistentes técnicos, ajam de acordo com a sua livre consciência, nos exatos termos dos princípios, direitos e vedações previstas no atual Código de Ética Médica” (CFM, 2014).

sim, atuar como assistente técnico para a empresa a qual presta/prestou serviços<sup>185</sup>. Contudo, apesar da permissividade legal e ética constatada, o autor faz ressalvas de que não este profissional não deva aceitar tal incumbência para que não se coloque em risco a credibilidade e a necessária imparcialidade que deve ter perante tanto ao empregador quanto ao trabalhador.

*“Fui assistente técnica em 2 ocasiões via sindicato dos [cita nome]. Numa das ocasiões, anexei meu parecer à petição inicial do advogado da parte do trabalhador. Na outra, fui nomeada assistente técnica pelo sindicato tardiamente então apenas marquei uma entrevista na casa do trabalhador. Que durou umas 3 horas”* (psicóloga perita judicial de MG).

*“Já fiz relatório de nexos para os servidores do [cita nome do sindicato] poderem levar ao [cita nome de órgão administrativo público]. Sou assessora em qualquer questão relacionada a saúde mental e trabalho no [cita nome de sindicato de trabalhadores]. Lá temos comitês de assédio moral, faço formação junto com a base, palestra em SIPAT, relatórios de nexos causal, atendimentos com trabalhadores auxiliando a entenderem sofrimentos no trabalho”* (psicóloga perita judicial em SP).

*“Tem a [cita nome de empresa], empresa dos irmãos [cita sobrenome] da USP. São psiquiatras, peritos judiciais e assistentes técnicos das empresas que assessoram. O [cita nome] que virou ministro do STF agora também assessora empresas, e o [cita outro nome] que escreveu aquele livro sobre perícias judiciais assessorava sindicatos em [cita cidade da grande SP], porém era perito a favor das empresas e caiu em desgraça política. Ele e o [cita outros dois nomes] faziam parte de um grupo no Ministério do Trabalho que queriam fazer assessoria pra empresas. Esse [cita novamente nome], do livro, hoje assessora hospitais em casos de erros médicos. Passou pro outro lado porque o movimento sindical em suas contradições rifou ele”* (advogado trabalhista/previdenciário de SP).

---

<sup>185</sup> “Tal fato é ocasionado pela possibilidade que um/uma profissional que atue enquanto perito(a) judicial possa atuar também como assistente técnico nomeado por uma parte, desde que em órgãos judiciários e processos distintos. Esta situação cria uma certa relação de promiscuidade entre tais profissionais, que por vezes alternam as funções de perito e assistente técnico em diferentes processos. Esta 'mescla' de tarefas facilita o esquema de corrupção e prejudica a imparcialidade do perito. Por vezes, as tratativas do assistente técnico com a empresa sobre a propina paga ao perito eram realizadas com a intermediação do advogado do interessado, que informava à empresa a possibilidade de corrupção ou não. Em alguns casos analisados, alguns advogados eram conhecedores do esquema de corrupção e dos assistentes técnicos e peritos que eram a ele adeptos, e tratavam das propinas com naturalidade. O assistente técnico também é o responsável por fazer a aproximação com o perito judicial e oferecer a propina. A investigação revelou que um dos assistentes técnicos conhecia diversos peritos adeptos ao esquema de corrupção e muitas vezes fez, em nome deles, a solicitação de propina às empresas. Nos casos em que as empresas aceitaram fazer o pagamento, os laudos periciais lhes foram favoráveis. Em outros, as empresas que recusaram a proposta tiveram laudos periciais prejudiciais. Houve, também, processos em que o perito judicial recusou as investidas do assistente técnico. O pagamento da vantagem indevida ao perito geralmente era feito em espécie, entregue pessoalmente pelo assistente técnico nomeado pelas empresas” - trecho do relatório do MPF sobre a “Operação Hipócritas”. Disponível em: <http://www.mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/noticias-sp/operacao-hipocritas-mpf-revela-fraudes-em-pericias-medicas-em-campinas-e-sao-paulo>. Acesso em: 1º jul 2016.

*“Já fiz assistência técnica para o trabalhador também [...]. Num caso quando a trabalhadora se confundiu no relato, o perito passou a fazer perguntas pra ela dando indícios que pesquisava sobre o estado mental dela. Aí eu interrompi dizendo que aquela era uma perícia ortopédica e não psiquiátrica”* (médico perito judicial de SP).

*“Só posso ser testemunha da empresa como empregado dela e não como médico”* (médico perito judicial do interior de SP).

Também ao discutir o Parecer CFM nº 50/2017 que trata da perícia médica em presença de assistente técnico não médico<sup>186</sup>, Mendanha (2018) aponta que, em suma, o referido documento conclui que: (1) é infração ética realizar perícia médica em presença de assistente técnico não médico<sup>187</sup>; (2) o médico perito do juízo não está impedido de vedar a participação de advogados das partes para acompanhar a perícia, quando se sentir pressionado, constrangido ou com sua liberdade profissional ameaçada; (3) a solicitação e a autorização expressas do trabalhador periciado para acompanhamento da perícia pelos advogados das partes deverão constar dos autos do processo, bem como, caso ocorra, a negativa do jurisperito, fundamentada; (4) o médico perito do juízo ao permitir a presença de advogado das partes durante o exame médico pericial vedará qualquer interferência dos mesmos no ato médico.

E o analisa suscitando algumas questões:

A) Se não é possível o médico discutir assuntos médicos e técnicos com profissionais não médicos, num exemplo onde o fisioterapeuta figure como perito, e o médico como assistente técnico, caso este/esta último participe da perícia, incorre também em infração ética? No caso narrado, deve então o médico declinar/recusar seu encargo enquanto assistente técnico? Para tal, o autor expressa que, se a fundamentação a ser usada for a do Parecer CFM nº 50/2017, a resposta para as duas perguntas, por coerência, é “sim”. Mas se a fundamentação for a literalidade do art. 466 do CPC (“o assistente técnico não está sujeito a impedimento ou suspeição”), a resposta para a segunda pergunta é “não, o médico não precisa declinar/recusar seu encargo como assistente técnico”.

<sup>186</sup> Em seu entendimento, Motta (2014, p. 16) por exemplo, diz que, se fosse vontade da lei – Civil ou Trabalhista – autorizar a presença de advogado ou de qualquer outro profissional não médico (fisioterapeuta, psicólogo, técnico de segurança e etc.) durante a avaliação pericial, não se justificaria as constantes determinações por parte dos magistrados, de perícia *médica*.

<sup>187</sup> Aqui o autor se atenta a discutir enquanto “não médicos” outros profissionais da saúde. Noutro momento, Mendanha (2015, p. 155-159) também aborda sobre o(a) advogado(a) poder ser acompanhante de uma perícia médica analisando a Lei nº 8.906/1994, especialmente no que tange o art. 7º sobre os direitos do advogado, e conclui que, em nenhum momento a referida lei faz a afirmação explícita de que tal profissional tenha o direito pleno de participar de todos os atos periciais. Ao contrário, de mesma hierarquia e de forma mais específica quanto ao tema e resolvendo qualquer provável antinomia, o CPC traz em seu art. 473, § 3º, que apenas ao assistente técnico é dado esse direito. Ao advogado, enquanto representante da parte que é, caberá caso queira, oportunamente solicitar esclarecimento do perito e do assistente técnico na forma de quesitos, conforme estabelece o art. 477, § 3º.

E prossegue:

B) Se a atuação de fisioterapeutas, por exemplo, na função de assistentes técnicos de uma perícia médica deve ser considerada como exercício ilegal da medicina, que por sua vez é tipificado como crime passivo de reclusão no art. 282 do Código Penal, o médico perito que não denuncia imediatamente esse/essa fisioterapeuta à polícia ou autoridade competente também não incorre em infração ética? Não seria esse silêncio um “acumpliciar-se (ou tornar-se cúmplice) com os que exercem ilegalmente a medicina”, nos termos do art. 10 do Código de Ética Médica? Não seria mais adequado que o Parecer CFM n. 50/2017, além de contraindicar a participação do perito médico, o instrísse a também denunciar o fisioterapeuta (por exemplo) imediatamente? Se a fundamentação a ser usada para responder essas perguntas for a interpretação do Parecer CFM n. 50/2017, creio que o médico que não denuncia um fisioterapeuta que reiteradamente se presta ao exercício ilegal da medicina torna-se cúmplice dele e, portanto, comete infração ética. Por outro lado, não há relatos no Brasil de fisioterapeutas que tenham sido julgados e apenados criminalmente por exercício ilegal da medicina por atuarem como peritos e/ou assistentes técnicos em perícias judiciais (independente do tema objeto da perícia). Essa constatação fatalmente me faz considerar que a Justiça Brasileira jamais estabeleceu que houvesse tipificação de exercício ilegal nos casos narrados (mesmo com vários processos versando sobre o tema). E se isso é verdade, não há o que ser denunciado pelo médico e, conseqüentemente, não há afronta ao art. 10 do Código de Ética quando o médico realiza perícia médica em presença de assistente técnico não médico.

Avança:

C) Extrapolando um pouco, se a atuação de fisioterapeuta (por exemplo) na função de perito nomeado pelo juiz para avaliar doença ocupacional e seu nexa com o trabalho deve ser considerada como exercício ilegal da medicina (um crime passivo de reclusão nos termos do art. 282 do Código Penal), nesses casos o juiz deve ser considerado o mandante do crime e ser condenado conjuntamente com o fisioterapeuta? Apesar de parecer absurda, essa questão apresenta-se coerente do ponto de vista jurídico caso consideremos a ocorrência do crime de exercício ilegal da medicina pelo fisioterapeuta que atua como perito.

E conclui:

Enfim, sem tirar o brilhantismo do Parecer CFM n. 50/2017, as respostas oficiais (do próprio CFM) para essas e outras questões, suscitadas com a própria leitura do documento, merecem ser feitas num momento futuro, após outra provocação da autarquia, para que não parem dúvidas sobre o tema, para que sejamos cada vez mais assertivos e nos desgastemos cada vez menos rumo aos objetivos que pretendemos como classe profissional.

Assim sendo, o autor entendo que um Parecer do CFM, qualquer que seja ele, não tem poder vinculativo, ou seja, de cumprimento obrigatório. Conquanto seja um

importante documento norteador de condutas, o mesmo se presta a responder uma consulta específica, normalmente feita sobre um caso concreto específico e não generalizável. Aponta que, diferente são as Resoluções do CFM, de modo que estas por sua vez, são de cumprimento obrigatório e qualificadoras do que venham ser as condutas éticas/antiéticas de atuação do profissional médico seja enquanto perito ou como assistente técnico.

*“Todos os assistentes técnicos que peguei até hoje são todos médicos. Geralmente psiquiatras ou médicos do trabalho”* (psicóloga perita judicial de MG).

*“Já estive com médicos [assistentes técnicos] que eram oftalmologistas para fazer avaliação de transtorno mental”* (psicóloga perita judicial no interior de SP).

*“Costumo ser cordial e gentil com os assistentes técnicos. Tiro o histórico [do/da trabalhador/a] e peço pra eles anotarem. Um bom perito escuta os assistentes técnicos, porém se não tiver limites eles podem acabar conduzindo a perícia”* (médico perito judicial de SP).

Rovinski (2008, p. 29) inclusive indica que a conduta do assistente técnico não deveria ser a de acompanhar a perícia, mas sim fazer uma análise do laudo após seu entranhamento nos autos processuais. Neste sentido comenta:

(...) ao avaliar as perícias do Sistema Judiciário Brasileiro, saliente a importância de respeitarem-se as premissas técnicas que priorizem o *setting* e a relação do periciado com o examinador. Para tanto, propõe que o trabalho do assistente técnico se restrinja à análise do exame pericial já realizado, discutindo em seu parecer, os procedimentos utilizados e os achados encontrados.

Entendemos, entretanto, que o acompanhamento do assistente técnico durante a perícia parece ser fundamental, já que só durante a aplicação de um teste ou mesmo do procedimento de um exame é que se pode perceber que os métodos e técnicas empregados fora o recomendado por algum manual específico. Ainda, apenas durante uma entrevista pode-se perceber se as perguntas utilizadas foram tendenciosas, se o trabalhador foi pressionado a admitir certo fato, e etc. Inclusive Brandimiller (1996, p. 86) expõe que a intervenção dos assistentes técnicos deve ter maior abrangência, na dependência da solicitação do advogado da parte que o contrata, como por exemplo, numa importante atuação na elaboração dos quesitos que serão apresentados à perícia.

Contudo, atendo-nos a esse parecer técnico que assistente técnico deve produzir, faz-se necessário que, no referido documento, as críticas necessárias observadas no exame e no laudo pericial, atenham-se aos fatos citados neste último por exemplo, sob pena de se produzir outro laudo que poderá confundir o juízo. Também deve o assistente técnico atinar-se para os prazos de entrega de seu parecer, visando o disposto no parágrafo 2º do art. 471 do CPC bem como nas regras específicas pertinentes à Justiça do Trabalho trazidas pela Lei nº 5.584/1970 em seu art. 3º, parágrafo único que destaca que “*permitir-se-á cada parte a indicação de assistente, cujo laudo terá que ser apresentado no mesmo prazo assinado para o perito, sob pena de ser desentranhado dos autos*”.

Assim, se atualmente, como discutimos no item anterior, o prazo é de 30 dias para a confecção e entrega do laudo pericial, da mesma forma, os assistentes técnicos terão os mesmos 30 dias para confeccionarem e entregarem seu parecer técnico. Quanto a forma deste parecer técnico a ser emitido enquanto expressão da manifestação do/da assistente técnico, o mesmo não necessita de uma estrutura padrão tal como o laudo pericial.

*“Ao final [da perícia] eu abro para o assistente técnico fazer perguntas. Após eu protocolar o meu laudo, os assistentes têm acesso para eles fazerem o deles”* (psicóloga perita judicial de BH).

*“A perícia se reveste de maior cuidado na comunicação durante a mesma. Porque você tem que se reportar ao juiz e às partes [...]. O assistente técnico das partes tem que constar nos autos. Eu atendo o assistente técnico depois que o periciando sai. Mas sé se for um colega ou alguém citado no processo.”* (médico perito aposentado do INSS e perito judicial no interior de SP).

*“Peço aos assistentes técnicos e advogados que apresentem RG’s e desliguem os celulares durante a perícia, assim como não me interrompam e aguardem o término da perícia para as questões. As perguntas dos assistentes técnicos são sempre para o trabalhador. Nesse momento sou apenas mediadora e guardo para que não haja desrespeito de nenhum lado. As perguntas por parte da empresa costumam ser mais agressivas, tendenciando a dizer que o trabalhador era dissimulado e que suas relações no trabalho eram todas negativas [...]. Os juízes entendem que o perito não pode ficar sozinho com o trabalhador. Então existe momentos em que tem um certo constrangimento do trabalhador em responder certas coisas ao perito, pois tem momentos em que chora e se expõe perante os assistentes técnicos [...]. Assistente técnico pode colocar questões no momento da perícia. No meu caso sempre ao término. Sempre as perguntas são para o trabalhador e não pra mim. Durante a perícia eu já tenho quesitos a responder e depois no momento da confecção do laudo posso ter quesitos complementares. Como considero minha avaliação extensa então sinto que contemplo os quesitos preliminares. Uma vez, da parte reclamada me questionaram assim: ‘Se o sujeito não é alcoolista você tem que me apresentar 3 referências bibliográficas. 3 nacionais e 3 internacionais’. E não há controle, eles podem colocar quantas perguntas eles quiserem. Já tive vezes em que tive que responder mais de 50 quesitos de uma única parte, e*

*você nem pode se recusar, tem que responder tudo [...]. É claro que o juiz sabe que o objetivo não é responder à pergunta, mas sim dar trabalho ao perito para ver se ele se perde na fundamentação”* (psicóloga perita judicial do interior de SP).

Quanto aos quesitos periciais citados na última fala, estes tratam-se, portanto, de questões formuladas pelas partes, reclamante e reclamado, ao perito judicial. Neste sentido coloca Chiovenda (2009, p. 1086) que é lícito às partes formularem aos peritos, no curso das operações, as observações que julguem de seu próprio interesse e das quais se deve fazer menção no laudo. Tal regra é disciplinada pelo art. 465 do CPC conforme já citado<sup>188</sup>.

Os quesitos constituem, segundo Brandimiller (1996, 86), o meio através do qual as partes orientam o trabalho pericial, delimitando os fatos e aspectos particulares a serem investigados pela perícia. Neste sentido a parte deve antecipar-se à perícia, estabelecendo o que é importante ser investigado e provado.

Entretanto, Silva (2014, p. 177) julga que há muitos destes deveras impertinentes, motivo pela qual pensa que o juiz pode limitar o número de quesitos a uma quantidade razoável, conforme o caso concreto, inclusive porque pode indeferir quesitos impertinentes de acordo com o art. 470, I, do CPC. Assim, para o autor, não é lógico e nem razoável que a parte fique questionando sobre dados que em nada contribuem para a verificação do dano e do nexa (con)causal e que o perito perca tempo considerável respondendo isso, para se evitar nulidade processual.

Assim, ainda cabe ao juiz avaliar os quesitos formulados pelas partes e/ou por seus assistentes técnicos, dispensando o perito de responder aqueles quesitos, os quais não considere, necessária a resposta para o seu bom entendimento da causa. De acordo com Alvim (2005, p. 490), a falta de pertinência dos quesitos pode se dar por questões fáticas, ou seja, o fato a ser provado não é relevante para a solução da demanda; ou por questão jurídica, ou seja, o ordenamento jurídico proibi tal meio de prova.

No contexto francês, em casos cíveis e penais, uma perícia é oponível a todas as partes visadas no processo e convocadas pelo perito, mesmo que não tenham constem nos autos. Se as partes não foram regularmente convocadas, as operações periciais são anuladas, porém, se nenhuma das partes invocar tal nulidade, o laudo pericial pode ser debatido de forma válida pelos assistentes técnicos.

---

<sup>188</sup> Além das partes, também é possibilitado ao juiz formular seus questionamentos e apresentá-los ao perito, para que este venha a dirimir as dúvidas por ocasião do Laudo pericial. Conforme dispõe o art. 470 do CPC.

*“Você tem que convocar também os assistentes técnicos, que, ou são médicos-conselheiros da CRRMP, ou são peritos também junto ao tribunal, mas nesse caso estão cumprindo um papel privado de ser um perito da parte e que podem dizer: ‘ok, estou de acordo’, ou então ‘não, isso não é possível’ quanto ao seu laudo. Os advogados inclusive podem escolher seus assistentes técnicos que configuram na lista dos peritos”* (psicólogo francês perito judicial em Paris).

### 3.5.6 Perito Médico ou Perito Técnico: quem então pode ser Perito Judicial?

Um ponto relevante diz respeito a possibilidade da atuação de outros profissionais da saúde como peritos na Justiça do Trabalho. O artigo 8º da CLT indica o CPC como sua fonte subsidiária quando necessário. No art. 149 há a seguinte redação:

Art. 149. São auxiliares da Justiça, além de outros cujas atribuições sejam determinadas pelas normas de organização judiciária, o escrivão, o chefe de secretaria, o oficial de justiça, o perito, o depositário, o administrador, o intérprete, o tradutor, o mediador, o conciliador judicial, o partidor, o distribuidor, o contabilista e o regulador de avarias.

Contudo, tal como vimos, enquanto a Lei nº 12.842/2013 do “Ato Médico” diz em seu Art. 4º, inciso XII que, dentre as “atividades privativas do médico”, está a realização de perícia médica, em contrapartida, o art. 156 do CPC, conforme já elucidado, aponta que o juiz será assistido por perito quando a prova do fato depender de conhecimento *técnico e científico*, e enfatiza no § 5º que “na localidade onde não houver inscrito no cadastro disponibilizado pelo tribunal, a nomeação do perito é de livre escolha pelo juiz e deverá recair sobre *profissional ou órgão técnico ou científico comprovadamente detentor do conhecimento necessário à realização da perícia*”. Nesse sentido, Mendanha (2015, p. 179) expõe que há um “empate” no critério hierárquico das leis, cabendo ao magistrado avaliar qual destas se faz a de maior especificidade para o assunto em tela, a saber “perícia judicial”. O que Wandelli (2018) discorda alegando que, como o CPC regula o processo, ele prevalece e, portanto, não há “empate”.

A Resolução 233/2016 do CNJ tal como já exposto no item 3.5.1 vem aprofundar a questão sobre a formação e competências necessárias a um perito judicial quando dispõe:

Art. 6º É vedada a nomeação de profissional ou de órgão que não esteja regularmente cadastrado, com exceção do disposto no art. 156, § 5º, do Código de Processo Civil.

Parágrafo único. O perito consensual, indicado pelas partes, na forma do art. 471 do CPC, fica sujeito às mesmas normas e deve reunir as mesmas qualificações exigidas do perito judicial.

Art. 10. Para prestação dos serviços de que trata esta Resolução, será nomeado profissional ou órgão detentor de conhecimento necessário à realização da perícia regularmente cadastrado e habilitado, nos termos do art. 8º desta Resolução.

Assim, apesar do vigor da lei do “Ato Médico”, ainda é bastante comum em vários lugares do Brasil a presença de profissionais de outras áreas da saúde realizando perícias judiciais em matéria, que em tese, deveriam ser atos privativos dos médicos, como por exemplo as perícias em que se apura nexos (con)causal de doenças relacionadas ao trabalho. Contudo, para Silva (2014, p. 157) nem o médico - nem mesmo o médico do trabalho - não tem assegurada por lei a exclusividade de realização de perícia judicial em casos de adoecimentos no trabalho. Ou seja, mesmo a Lei nº 12.842/2013 referente ao “Ato Médico” não muda nada a esse respeito no entendimento do autor.

Mendanha (2015, p. 180-181) considera que, de forma legítima, por outro lado os próprios médicos abrem mão da atividade pericial devida à baixa remuneração, de modo tal que, atualmente há uma grande dificuldade dos magistrados em conseguir nomear médicos para atuar como peritos devido, dentre outros fatores, a estes baixos honorários pagos, aliados à demora no recebimento destes o que faz com que o desestímulo e desinteresse médicos sejam aparentes.

Entretanto, mesmo que os magistrados sejam sensíveis aos baixos valores pagos no fazer pericial, a todos os profissionais que executam e não somente aos médicos, ao mesmo tempo que não têm autonomia legislativa e orçamentária para mudar esse cenário, precisam fazer a Justiça andar. Aplica-se então, uma adequação do “princípio da reserva do possível” no que tange a estes pagamentos dos honorários periciais.

*“Falta qualificação e melhor remuneração para os peritos. Como os juízes tem muitos processos e geralmente o orçamento também é curto, eles não nomeiam perícias multiprofissionais”* (juiz do trabalho de vara trabalhista no interior de SP).

Assim, Silva (2014, p. 160) defende que a perícia em trabalho-saúde deva ser multiprofissional, jamais realizada por um único profissional - ainda que médico -, sob

pena de se ter apenas a visão de uma parte do problema<sup>189</sup>, de acordo com o conhecimento técnico específico do profissional designado como perito.

*“Perito é nomeado por indicação e não mérito. Eu defendo que profissionais de outras áreas possam fazer perícias. Por exemplo, pra mim, um fonoaudiólogo entende muito mais de casos de disfonia funcional em casos de telemarketing ou com professores do que o médico otorrino por exemplo. Esses aí distorcem a perda auditiva por ruído dizendo ser bilateral, simétrica e etc. [...]. As escolas de medicina têm uma formação muito conservadora nessa matéria [adoecimentos relacionados ao trabalho]. Não temos conceitos bem definidos [de adoecimentos relacionados ao trabalho] no Brasil [...]. Nem todo ortopedista acredita que exista a fibromialgia por exemplo. Dizem que pra ocorrer tem que ter os 18 pontos positivos no corpo, porém compilando 10, 12 já se pode dar o diagnóstico de fibromialgia. Contudo, se exames laboratoriais forem negativos, e por exemplo disserem que é outra coisa, tipo tendinite, já se descarta o diagnóstico. Ou no mínimo se pensar que se tem LER/DORT, mais fibromialgia. Também o caso da tendonopatia do supraespinhoso... e com isso vão desfocando [...]. Perito tem que se reciclar. Tem profissionais que só fazem perícia aí perdem a vivência clínica, ficam ali só repetindo padrões, fica uma coisa mecânica, automática. É importante ter a sensibilidade da clínica. Por exemplo, protusão discal não é incapacitante pra eles, é o começo de uma hérnia discal. Tem casos que tem ou não sintomatologia”* (advogado trabalhista/previdenciário de SP).

O autor ressalta ainda que tão importante quanto a boa anamnese do trabalhador é também a anamnese do ambiente laboral em que este inseria-se.

*“O profissional de saúde não tem noção de saúde do trabalhador na universidade e não é por acaso. Na profissão do médico isso é gritante”* (médica perita exonerada do INSS no interior de SP).

Deste modo, diversas são as opções de formas de realização de uma perícia em trabalho-saúde que considerem o trabalhador em sua subjetividade e objetividade, como um ser inserido em um meio, tendo com esse uma relação dialética e de potência de saber e agir sobre sua realidade. Embora, como vimos, ainda que não tenhamos uma padronização das etapas periciais, como também não o temos da elaboração do laudo pericial, por se tratar de uma matéria complexa que envolve, incontestavelmente, conhecimento de inúmeras áreas especializadas em saúde do trabalhador, estamos de acordo com Silva (2014, p. 157-160) quando esse enfatiza que a perícia em trabalho-

---

<sup>189</sup> Daí que, para o autor (2014, p. 160), tão ou mais importante do que diagnosticar a doença elencada na CID-10 é verificar em que medida a organização do trabalho, com seus múltiplos aspectos - ambientes físico, químico, biológico, ergonômico e psicossocial -, contribuiu para o desfecho do resultado. Deste modo, o autor sugere a importância de se utilizar nas perícias em trabalho-saúde não somente a CID, mas também a CIF.

saúde deveria ser feita por dois, três ou mais profissionais, cada qual em sua área de atuação<sup>190</sup>.

*“Um perito ortopedista por exemplo não é um bom perito porque não entende do trabalho. Pra mim o mais indicado para fazer perícia trabalhista na verdade é o medico do trabalho. Eu mesmo fiz cursos de atualização em perícias”* (médico perito judicial do interior de SP).

O autor prossegue enfatizando que o importante é que não se perpetue a exclusividade da realização de perícia judicial por médico, tampouco por médico do trabalho, nesses casos. O médico, como perito, tem o dever de ir ao local de trabalho, como vimos, por força da Resolução CFM n. 1.488/98. Ainda que o Art. 2º e o Art. 10º desta resolução, exijam a vistoria do local de trabalho e o estudo da organização do trabalho, com a identificação dos riscos a que estava exposto o trabalhador periciado, muitos médicos se recusam a cumprir essa determinação, o que, para o autor, torna-se é motivo suficiente para a anulação de um laudo pericial.

*“Tem uma questão do ‘Ato Médico’ muito presente na perícia, então vai do juiz ter a sensibilidade de pensar que o psicólogo também pode ajudar nos casos. É importante resistir ao ‘Ato Médico’. Tenho tranquilidade plena que a minha formação e trajetória dão conta do que este trabalho precisa. Certa vez fui ser assistente técnica de uma trabalhadora e o médico perito me tirou da sala. Por entender que aquele era um ato só dele, um ato médico. Aí o que aconteceu? A perícia não aconteceu porque o advogado da trabalhadora disse que eu já havia formulado os quesitos e que estava nomeada no processo. Então assim... é uma área que também não permite um diálogo. Eu já estive como perita com assistente técnico médico acompanhando a minha perícia e eu não tive a mesma atitude. Pelo contrário. Participei de um evento na Escola Judicial do TRT-15 e notei que eu era a única psicóloga perita do evento num anfiteatro lotado. Todos os demais eram médicos”* (psicóloga perita judicial no interior de SP).

Rovinski (2007, p. 30-31) elucida que a atividade do psicólogo na função de perito judicial também fica legitimada através de seu órgão de classe – O Conselho Federal de Psicologia (CFP). No Decreto nº 53.464 de 21 de janeiro de 1964 que regulamenta a Lei 4.119, responsável pela criação da referida profissão no Brasil, já previa, entre outras situações a realização de perícias e emissão de pareceres sobre a matéria de Psicologia.

Igualmente em 1992, o CFP remeteu ao Ministério do Trabalho uma descrição mais completa das atividades que caracterizam o trabalho do psicólogo no Brasil, entre

---

<sup>190</sup> Art. 475. Tratando-se de perícia complexa que abranja mais de uma área de conhecimento especializado, o juiz poderá nomear mais de um perito, e a parte, indicar mais de um assistente técnico.

as quais se destaca, o item 5, que versa sobre “a atuação como perito judicial nas varas cíveis, criminais, justiça do trabalho, da família, da criança e do adolescente, elaborando laudos, pareceres e perícias a serem anexados aos processos” (CFP, 2005).

Portanto, ganha força o CPC quando deixa aberta a possibilidade de que o perito judicial seja de livre escolha do juiz, enquanto um profissional legalmente habilitado, e que proporcione à justiça, um laudo minucioso e completo quanto às condições do estado de saúde do trabalhador e trabalhadora, minimamente evidenciando nos casos de adoecimentos relacionados ao trabalho, o dano, o nexos, a incapacidade e o prognóstico. Não devendo então ter esse profissional, seu laudo invalidado ou sua nomeação impugnada somente por não se tratar de profissional médico. Isso é claro, delinear-se-á a partir do entendimento de cada magistrado sobre a questão e o grau de compreensão do mesmo sobre as hierarquizações (verticais ou horizontais) dentro das ciências da saúde.

Na França, mesmo que o título de perito seja um título protegido, reservado aos peritos judiciais, de fato, qualquer pessoa que tenha uma competência específica pode ser designada como perito: um juiz pode designar a pessoa de sua escolha. É um princípio, mas, além disso, existem regras, costumes e hábitos, pois, tal como dissemos, os tribunais franceses possuem as já mencionadas listas de peritos nos níveis regionais e nacional de que se utilizam em que, para que o perito se inscrevam nessas listas, basta que solicitem à corte de apelação de seu local de residência.

A autoridade judicial pode assim escolher um perito que não esteja inscrito em nenhuma lista. Este profissional será então obrigado a prestar juramento por escrito antes de proceder à perícia. Na medida em que um perito compõe uma lista, entende-se que ele/ela já realizou devidamente um juramento para realizar sua tarefa com todo o rigor e independência necessários. Tal fato deve ser considerado pelas partes interessadas como garantia de competência.

Assim o artigo 157 do Código do processo penal francês bem define a qualidade e a escolha do/da perito(a):

Art. 157 - Os peritos são escolhidos entre as pessoas físicas ou jurídicas que figuram em uma lista nacional estabelecida pelo gabinete da Corte de Cassação, ou em uma das listas elaboradas pelas cortes de apelação, o procurador geral dito.

Os procedimentos de cadastro e exclusão das listas são fixados por decreto do Conselho de Estado.

Em casos excepcionais, as jurisdições podem, por decisão fundamentada, escolher os peritos que não aparecem em nenhuma destas listas.

Contudo, o perito médico, ou psicólogo, ou fisioterapeuta, ou terapeuta ocupacional e etc. não incluído em uma lista tem as mesmas garantias na medida em que devem igualmente seguir e respeitar um código deontológico específico como também realizar um juramento que consagre a prática de sua profissão.

No Código do processo civil francês (art. 249, art. 256, art. 263), o(a) perito(a) é finalmente aquele que esclarece de maneira técnica por constatação, consulta ou perícia, o(a) juiz(a):

Art. 249 - O juiz pode cobrar a pessoa que ele indicou para fazer as constatações.

O constatante não deve dar nenhuma opinião sobre as consequências de fato ou de lei que possam resultar.

Art. 256 - Quando uma questão puramente técnica não exige investigações complexas, o juiz pode incumbir qualquer pessoa a lhe fornecer uma simples consulta sem comprometimentos.

Art. 263 - A perícia só se efetua no caso de constatações ou consultas que não forem suficientes para esclarecer o juiz.

Enfim, no entendimento de Sapanet et. al. (2016, p. 6), na França, médicos não especialistas, se tiverem conhecimento médico-legal confirmado por um diploma específico, podem realizar uma experiência, sobre a matéria que for. Na mesma linha, o psicólogo, o fisioterapeuta, o terapeuta ocupacional e etc. se tiver igualmente tiverem conhecimentos médico-legais, podem realizar perícias em território francês.

*“Aqui [na França] também há uma predominância de médicos que são solicitados para realizar perícias [judiciais]. Mas há perícias que são especificamente para psicólogos. Seja de traumatismos cranianos e os impactos psicológicos, e o traumatismo psíquico mesmo em si. Então a Corte, por meio do magistrado pode solicitar um perito psicólogo ou mesmo o próprio médico pode fazê-lo [...]. Então aqui você tem as perícias no âmbito judicial, Civil, quando se trata da pessoa que demanda uma ação ou Penal quando é o Estado que o faz. No caso da saúde no trabalho ainda há uma questão de qualificação penal, como as catástrofes ambientais causadas pelas organizações, então há diversas perícias a serem feitas no quesito saúde no trabalho. Toda perícia trata de uma avaliação e no caso para o psicólogo é para avaliar o que em relação ao trabalho foi prejudicial e gerou traumas na pessoa. Então há nomenclaturas, não sei se é a mesma coisa no Brasil, para avaliar os prejuízos em relação a esses traumas”* (psicólogo francês perito judicial em Paris).

### 3.5.7 Perícias Judiciais em Saúde Mental Relacionada ao Trabalho (SMRT)

*“Também peguei um caso de uma vendedora das [cita loja de departamentos] que recebia ameaças dos clientes. Foi assaltada uma vez em frente de casa, à noite, num dia de enchente voltando do trabalho. Aí o trabalho piorou seu quadro de Transtorno de Estresse Pós-Trauma. As colegas a chamavam de louca. Conseguiu auxílio adoecimento ficou afastada. Quando voltou foi demitida. Em seu caso o advogado, muito ruim inclusive, alegava no processo outras coisas como as metas de vendas das [cita novamente nome da loja de departamentos]” (psicóloga perita judicial em SP).*

No caso específico das perícias em Saúde Mental Relacionada ao Trabalho (SMRT), tem-se o entendimento de que a perícia é um modo de se fornecer provas para o juízo que analisa um caso concreto. Ela difere-se de outros meios de prova, principalmente por ser uma prova produzida por um especialista<sup>191</sup>. Ou seja, em relação a definição de perícia em SMRT, pode-se dizer que esta é uma apreciação dos fatos procedida por um especialista na área em questão<sup>192</sup>.

*“Diminuíram as perícias ao longo dos anos, mas as de transtornos mentais cresceram exponencialmente, sendo que por muitos anos eu não fiz perícias psiquiátricas, mesmo sendo psiquiatra, porque não haviam queixas desse tipo. Fazia muitas de ortopedia, hoje, devido à demanda, só faço psiquiátricas. Uns 6 casos por semana de transtornos mentais. Agora faço uns 4 casos. Antes tinha 1, 2 casos. Cerca de uns 15 anos atrás. Agora tem de 16 a 24 no mês” (médico perito judicial de SP).*

Nestes casos de perícias em SMRT, segundo Evangelista (2000, p. 52) a participação de um profissional *psi* tem centralizado na infortunística, onde sua tarefa tem sido fortemente marcada pela avaliação do dano psíquico (perturbação patológica da personalidade ou agravamento de desequilíbrios pré-existentes) através de ações ordinárias de indenização por danos morais, estabelecendo o nexos (con)causal entre o conflito e distúrbios de natureza essencialmente psicológica na vida do trabalhador e trabalhadora em sua conexão com o meio ambiente de trabalho.

*“Há desestruturações externas e internas [...]. Eu testo a memória, raciocínio, humor. Tem vezes que aplico o ‘Mini-mental’. Aquele teste de 1975 que tem*

<sup>191</sup>Geralmente são solicitadas perícias sobre decorrências psicológicas de acidentes, doenças relacionadas ao trabalho, nos casos em que há necessidade de afastamento temporário, aposentadoria ou que comprovem qualquer tipo de sofrimento psicológico relacionado ao trabalho (CRUZ E MACIEL, 2005, p.121).

<sup>192</sup>Na concepção genérica, podemos dizer que a perícia é o ‘exame de situações ou fatos relacionados a coisas e pessoas, praticado por especialista na matéria que lhe é submetida, com o objetivo de elucidar determinados aspectos técnico’ [...] À medida que é realizada por um *expert*, são utilizados conhecimentos científicos para explicar as causas de um fato (ROVINSKI, 2008, p. 19).

*escalas de avaliação de depressão. Esse aqui [demonstra a folha do teste]. Por exemplo, uso em muitos casos em que o periciando não consegue fazer constas simples e atinge determinados scores”* (médico perito aposentado do INSS e perito judicial no interior de SP).

*“Você encontra pessoas que mesmo com problemas na família continuam trabalhando, porém, uma mudança na organização do trabalho pode afetar a saúde mental delas.”* (médico perito judicial de SP)

De acordo com levantamento bibliográfico previamente realizado por nós, a perícia em casos de SMRT é composta basicamente por entrevistas com o trabalhador, busca de um diagnóstico por meio de exame clínico e visita ao ambiente de trabalho. Tais práticas, contudo têm se mostrado insuficientes para a arguição do nexa (con)causal e a indicação de novas metodologias vem sendo estudadas.

No sentido de ir além do modelo tradicional biomédico/psiquiátrico das perícias em SMRT, Lima (2005, p. 77) propõe cinco passos para a execução de uma perícia na área que efetivamente dê elementos para uma investigação de qualidade por parte do perito, quais sejam: (1) Verificar evidências epidemiológicas e pareá-las com achados estatísticos; (2) Permitir que o trabalhador traga dados referentes a sua história, a sua ontogênese, indicando inclusive, como ele entende sua patologia; (3) Verificar como se compreende ergonomicamente o trabalho real (não o prescrito), para isso é necessário proceder uma longa visita ao local de trabalho; (4) Grifar os mediadores entre a situação experienciada e o adoecimento; (5) Preencher as lacunas restantes com exames médicos e psicológicos.

Para Jacques (2007, p. 116-117) é necessário o estabelecimento do diagnóstico por meio de uma Anamnese Ocupacional, a qual deveria considerar, como itens básicos: (1) as atividades laborais; (2) os relacionamentos interpessoais nestas circunstâncias; (3) o domínio que o trabalhador possui das atividades que deve desempenhar; (4) as condições físicas em que o trabalho é desempenhado e; (5) o modo como o trabalho se organiza, ou seja, turnos, escalas, horários, duração das jornadas.

A autora coloca ainda, como itens complementares a serem considerados: (6) a identificação de cobranças psicoafetivas, mentais e físicas; (7) como os trabalhadores estimam os riscos; (8) formular a história clínica do trabalhador pareando com sua história de trabalho; (9) entre outros. Estes dados devem ser coletados por meio de entrevistas com o trabalhador, seus colegas de trabalho, seus familiares e observação do local de trabalho. Testes psicológicos e físicos devem ser aplicados quando da necessidade de aferição de função específica, como atenção ou memória.

Martins Júnior (2011, p. 499) propõe que a avaliação deve ser feita por meio de observação direta da atividade laboral e entrevistas semiestruturadas. No método proposto pelo autor, as principais técnicas utilizadas se dão pela observação do trabalho (atividade de trabalho) e a ação conversacional por meio da realização de entrevistas semiestruturadas com uma série de perguntas preestabelecidas, às quais se acrescentam verbalizações espontâneas e provocadas do entrevistado (ações conversacionais), estruturando-se o entendimento da situação de trabalho que se tornou cenário do acidente.

Utilizado como instrumento na saúde coletiva, porém que pode vir a ser adaptado à perícia em SMRT como método e técnica, o dispositivo História Vital do Trabalho (HVT) proposto por Suaya (2010) demonstra com evidências empíricas que o "recordar catártico" que afeta o trabalhador se liga a um "outrora" (eventos traumáticos puxados pela memória do trabalhador) que o faz reconhecer-se como sujeito trabalhador socialmente produtivo dotado de potência criadora.

Aplicando-se as etapas da dinâmica do HVT para as perícias, a adequação do instrumento se daria da seguinte forma: (1) apresentação da proposta e exploração das expectativas a respeito do encontro entre perito(a) e trabalhador(a); (2) e (3) Relato da trajetória laboral; (4) e (5) atualização do perfil de interesses, habilidades e destrezas implementando estratégias próprias do processo de orientação vocacional e ocupacional; (6) heteroavaliação, de forma que a imagem social é avaliada por meio de uma apresentação por escrito do periciando acerca de suas particularidades, inclinações, habilidades e destrezas. Procede a leitura e comentários visando o contraste entre a autoimagem e a imagem transmitida de forma que emerja um novo posicionamento subjetivo: reconhecimento e apropriação da identidade do sujeito produtivo; (7) autoavaliação escrita e construção do projeto futuro evidenciando coincidências e discrepâncias entre a autoimagem e a imagem obtida na heteroavaliação e; (8) avaliação interativa em entrevista individual-oral entre perito e periciando (trabalhador) seguida de fechamento do encontro.

Contudo, Maeno (2011, p. 149) afirma que, quando se trata de transtornos psíquicos, mais difícil e complexo se torna o processo de investigação dos aspectos que contribuem para o adoecimento.

*“Não há prova ou exame para se comprovar transtorno psiquiátrico”* (médico perito judicial em SC).

*“As próprias medicações têm muitos efeitos adversos que não são só as*

*doenças e comorbidades que vão aparecendo e desaparecendo, o próprio tratamento, a condição social de inserção daquela pessoa, um médico não vê isso” (médico perito judicial e de procuradoria regional do trabalho do interior de SP).*

Assim, na visão da autora, a (con)causa da linguagem jurídica pode ser facilmente compreendida dentro do raciocínio do bom médico, que inclui a multicausalidade na origem e agravamento de várias doenças. A autora em questão ainda expõe que (p. 150), além das discussões conceituais, frequentemente, ao analisar laudos periciais em SMRT, percebe-se que carecem de informações, revisão ampla de literatura, argumentos e justificativas. Ou seja, deveriam dar subsídios técnicos para o julgamento dos casos, mas com frequência não o fazem.

E prossegue, ancorando-se em Galucci Neto e Marchetti (2007, apud MAENO, 2011, p. 152) ao dizer que para os não especializados em psiquiatria, situação da maioria dos peritos, seja no âmbito do INSS, seja na esfera do judiciário, pode ocorrer uma confusão entre simulação<sup>193</sup> (atuação com motivos conscientes) e manifestações somatoformes e dissociativas, denominações nosológicas atuais do anteriormente conhecido comportamento histérico, termo famoso e mal compreendido, para o qual se admite a participação de mecanismos psicológicos inconscientes.

*“Teve uma vez que um assistente técnico que era reumatologista, ficava citando Freud pra dizer que tudo era histeria da pericianda” (psicóloga perita judicial em MG).*

*“A primeira perícia que fiz foi de um motorista de ônibus com Transtorno do Estresse Pós-Trauma depois de um assalto que sofreu com uma arma apontada na cabeça do cobrador. Nesse caso, um assistente técnico, médico, interrompia a toda hora berrando, perguntando coisas ao trabalhador incitando que ele estava mentindo e ficava também me tratando com desdém e ao trabalhador. Olha, mesmo que ele tivesse forçando os sintomas psicóticos, consideramos a violência que era o momento da perícia. Principalmente porque que ele já tinha sido acusado de mentiroso no INSS” (psicóloga perita judicial em SP).*

*Tem muitos peritos em São Paulo e região, mas poucos para transtornos mentais. Se pensar que tem 90 varas só na cidade de São Paulo e 11 em Campinas. É pré-requisito na justiça você ter apenas a especialização em medicina do trabalho. e às vezes pela falta de psiquiatras, você vê muito poucos nos bancos de cursos de especialização de medicina do trabalho. Aí os*

---

<sup>193</sup> Quanto a esse assunto, Maeno (2011, p. 153) inclusive cita o manual de condutas do setor de perícias médicas dos servidores de um município do estado de São Paulo, que classifica como simulação ambos os códigos, Z.76.5 (Simulação consciente) e F68.1 (Produção intencional ou invenção de sintomas ou incapacidades físicas ou psicológicas – transtorno fático), sem os devidos esclarecimentos conceituais, levando ao médico perito não psiquiatra a entender que se trata da mesma situação. Eis o puro trabalho *techné* em detrimento do trabalho *práxis*.

*juízes nomeiam outros profissionais, como por exemplo, não é difícil você ver ortopedistas fazendo perícias psiquiátricas” (médico perito judicial de SP).*

*“Minha formação é em endocrinologia e fiz pós-graduação pela fundação Unimed em parceria com a Faculdade Gama Filho em Perícia Médica. Tem módulos dos cursos de perícias médicas que falam sobre as especialidades. Por exemplo: ‘perícias em oftamologia’, ‘perícias em psiquiatria’ e etc. Diariamente eu faço perícias psiquiátricas. Depressões com psicoses, esquizofrenias, transtornos orgânicos. Tem casos mais evidentes como quando o periciado teve várias internações ou faz uso frequente de medicações. Tem que analisar a incidência de transtornos psiquiátricos nos diferentes tipos de trabalho e suas repercussões. A maior parte são transtornos depressivos ansioso leves e que ao meu ver não causam incapacidades permanentes. Uma vez fui assistente técnico de uma empresa e contestei o perito que disse que o periciando tinha uma demência moderada. Contestou porque eu soube que o periciando passou num concurso público da prefeitura de [cita cidade no interior de SP], postava fotos com skate e guitarra na internet e não vi cabimento alguém com esse diagnóstico fazer essas coisas [...]” (médico perito aposentado do INSS e atualmente perito judicial do interior de SP).*

As falas acima são extremamente ricas quanto ao ponto abordado neste item. A última trata-se de profissional que passou 30 anos de sua vida enquanto funcionário público do INSS exercendo o cargo de perito médico. É curioso como seu entendimento sobre incapacidade, adoecimento mental e nexos (con)causal em sua agora, prática de pericial em âmbito judicial, ou seja, noutro contexto quanto à contrato, jornada, remuneração e conteúdo de trabalho, se assemelha tanto aos dispostos e, conseqüentemente disseminados institucionalmente, conceitos das Diretrizes de Apoio Médico-Pericial em Psiquiatria do INSS.

Maeno (2011, p. 152) afirma inclusive que o peso dado ao alerta para a possibilidade de simulação de transtornos mentais por parte dos segurados nas referidas Diretrizes, foi muito maior do que a possibilidade de nexos de (con)causalidade entre o adoecimento mental e o trabalho, como previsto no anexo II do Decreto nº 3.048/99. Há, portanto, conseqüências práticas diretas no cotidiano desses profissionais no âmbito da Previdência Social, transpassado também à esfera jurídica quando da dupla atuação.

Nosso interesse em pesquisar no presente estudo tanto as formas de ser das perícias previdenciárias quanto judiciais se dá porque, de fato, em dado momento do movimento do concreto real, ambas as esferas, por mais distintas em seus escopos e estruturas, hora mesclam-se simbioticamente.

A dificuldade acerca das origens do adoecimento mental do trabalhador também nos salta aos olhos. De acordo com Abreu (2005, p. 58), na maioria das vezes, o nexos (con)causal é reconhecido com base na probabilidade, em que é aferido através da

descrição da doença, pois, conforme aponta Oliveira (2008, p.137-138), nem a ciência jurídica ou as da saúde trabalham com exatidão rigorosa dos fatos como ocorre nos domínios das ciências exatas.

Assim, a verificação da existência de nexos (con)causal entre a patologia mental apresentada pelo trabalhador e o trabalho que este desempenhava é um dos principais objetivos, se não o objetivo maior da perícia judicial na seara trabalhista em se tratando de SMRT. Entretanto, reforça-se que a comprovação deste liame que une a conduta do trabalhador e da trabalhadora e de seu empregador e a patologia mental apresentada nem sempre é de fácil comprovação podendo inclusive resultar em sanções ao perito judicial<sup>194</sup>.

Assim, no que tange as etapas da perícia judicial em SMRT para averiguação de nexos (con)causal entre trabalho e adoecimento mental, pode-se contemplar entrevistas e avaliações que sejam capazes de demonstrar se as condições psicológicas do trabalhador ou da trabalhadora se alteraram após o(s) evento(s) traumático(s) e se essa alteração foi fruto de um evento em si, ou de um conjunto de eventos numa dinâmica global de processo de trabalho, e quais suas decorrências, configurando-se a existência, ou não, de nexos (con)causal.

*“Quero, nas perícias, afirmar a clínica psicossocial amparada pela psicologia crítica” (psicóloga perita judicial de SP).*

Assim, entende-se que a qualificação do perito, com olhar habilitado para as questões atuais em saúde do trabalhador, para além da exposição de sua especialidade, seja parte essencial para tal evidenciação. Reforça-se que ainda assim há uma constante insuficiência no que tangem às falhas da formação fragmentada destes profissionais, com lacunas epistêmicas que os/ fazem partir do modelo biomédico, centrados no corpo e na doença e não na realidade vivida pela pessoa examinada. Pautam-se, então, no uso ideológico de uma retórica técnica calcada em suposta autonomia do trabalho para defender um ponto de vista preexistente, que zela, às vezes, por interesses diretos de fins econômicos, e por outras, simula uma neutralidade onde há, na verdade, um conhecimento orientado por um pertencimento de classe social.

---

<sup>194</sup> O art. 158 do CPC diz que o perito que, por dolo ou culpa, prestar informações inverídicas responderá pelos prejuízos que causar à parte e ficará inabilitado para atuar em outras perícias no prazo de 2 (dois) a 5 (cinco) anos, independentemente das demais sanções previstas em lei, devendo o juiz comunicar o fato ao respectivo órgão de classe para adoção das medidas que entender cabíveis.

Berlinguer (1988, p. 38) aponta que o ponto fundamental reside em que, se faz necessário agir contra as doenças e não contra o doente. Tratar da doença em cada doente. Somente os doentes. Pois, mesmo que a saúde seja um bem coletivo, que diz respeito a toda a sociedade, não anula as características individuais e subjetivas da doença. Pelo contrário, para o autor, a dimensão social dos fenômenos de saúde/doença é o somatório, a síntese das necessidades, exigências e condições particulares de cada homem e mulher. Assim, o trabalhador adoecido, é, antes de tudo, uma pessoa que necessita de atenções particulares e de tratamento.

Para o autor em questão, a pessoa que sofre mentalmente não é de fato alguém que tenha culpa para ser punida com a negligência ou com a penitência. Entretanto o sofrimento nem sempre é dor. A doença é constantemente perda do poder físico ou mental, relativos à dignidade humana, ao invés de capacidade física, fato que se traduz na prepotência dos sadios, e que acentua a desigualdade social. Assim, doença a nosso ver é sofrimento. Não é culpa, nem privilégio.

*“O trabalho é só uma fonte de risco e agravo, e que, portanto, em certa medida quanto menos trabalho, melhor, ou o trabalho, ao revés, é um recurso, uma condição de possibilidade da saúde?”* (juiz do trabalho do PR).

Berlinguer (1988, p. 44-46) descreve que para o indivíduo existem, em síntese, quatro dimensões do fenômeno do adoecimento: (1) *Estar* doente, isto é apresentar alterações em decorrência da doença nas funções corporais, mentais e sociais. Nesse sentido, a desigualdade entre os povos, classes e indivíduos consiste sobretudo na maior ou menor probabilidade de adoecer e depois restabelecer-se, sendo, a percepção da própria doença também influenciada pela cultura, trabalho e riqueza produzida/absorvida<sup>195</sup>; (2) *Sentir-se* doente, ligado com frequência à percepção do próprio organismo. Nas pessoas que pertencem às classes populares é constantemente escassa a cultura somática enquanto nas classes abastadas existe maior costume de ouvir os sinais do próprio corpo<sup>196</sup>. Um dos resultados é que a doença acontece frequentemente

---

<sup>195</sup> Uma pesquisa sobre vários sintomas desenvolvida há algum tempo nos Estados Unidos, para controlar se as pessoas afetadas acreditavam necessitar ou não de tratamento médico, encontrou respostas as mais variadas. Alguns fenômenos (como a dor nas costas ou o emagrecimento) são considerados nas classes mais pobres como quase normais; mas até os sinais que fazem supor uma doença grave, como o sangue nas fezes e na urina, ou os nódulos provavelmente tumorais do seio e do abdômen, não eram reconhecidos com frequência como suficientemente graves para necessitar de tratamento (BERLINGUER, 1988, p. 44-45).

<sup>196</sup> Que, ao nosso ver, traduz-se na desigualdade de acesso à Saúde (serviços, exames, consultas, procedimento, investigações e etc.).

de improviso nos primeiros, e de forma mais grave, porque não enfrentada a tempo; (3) *Identificar* a doença, com base nos conhecimentos adquiridos na época e conhecidos do indivíduo. Os sinais são, às vezes, sufocados, com mais ou menos consciência porque se acredita o máximo possível que se esteja bem para se dar conta da existência material cotidiana, ocasionando o *presenteísmo* no trabalho por exemplo; (4) *Poder estar* doente em que se valem as discriminações sociais. Ou seja, o poder estar doente depende tanto do tipo de doença quanto do tipo de trabalho: uma leve bronquite pode ser indiferente para o operário e para o diretor da empresa, e impedir, por sua vez, a atividade de um cantor ou de um orador. A artrose pode ser desagradável para um empregado mais inaceitável para um carregador.

*“Eu costumo dizer para os meus alunos que tem o Homo sapiens e o Homo pobris (sic). O Homo sapiens, se doente, pode e deve se acamar, cuidar de si, dar atenção à sua doença e ainda assim conviver com ela da melhor maneira possível. Por exemplo, buscando alegrias enquanto resiste a uma depressão. O Homo pobris não. Ele não sente dores. Se caso perca um dedo prensado numa máquina, ele ainda possui outros 9 para dar conta do trabalho e não há sofrimento subjetivo envolvido em se perder um membro do corpo. Se adoecido com episódios depressivos e for flagrado tentando tocar a vida, é julgado que deveria estar trabalhando, que poderia ser produtivo (sic)”* (psicóloga perita judicial de SP).

*“Teve um caso de uma pessoa uma vez que não pode relatar um impacto ambiental/ocupacional porque não tinha créditos no celular, isso é um dado social”* (médico perito judicial de procuradoria regional do trabalho do interior de SP).

Minardi (2010, p. 137) por exemplo nos relata que o entendimento equivocado do fenômeno do assédio moral por parte de advogados e assistentes técnicos tem levado a uma avalanche de casos à Justiça do Trabalho, geralmente representando, em verdade, hipóteses de dano psíquico isolado (ato único), ou mero desgosto e “corpo mole” do trabalhador ou da trabalhadora com ordens cobradas de forma mais acintosa, ocasionando numa banalização deste fenômeno<sup>197</sup>.

*“Era um caso em 2013 em que um trabalhador de uma empresa multinacional. Ele era pastor também. Foi acusado de roubo e ele alegou adoecimento mental após perseguição na empresa”* (psicóloga perita judicial em SP).

---

<sup>197</sup> Quanto ao exposto, faz-se importante a leitura do capítulo "O que não é Assédio" do livro de Marie-France Hirigoyen intitulado ""Mal-Estar no Trabalho: Redefinindo o Assédio Moral" (2010) em que a autora difere o termo de outras violências psicológicas ocorridas no interior do ambiente laboral.

Tais casos de assédio moral, por exemplo, exigem do perito a compreensão de um estilo de agressão que é justamente variável de acordo com os meios socioculturais e setores profissionais segundo Hirigoyen (2010, p. 18). A autora relata que nos setores de produção por exemplo, a violência é mais direta, verbal ou física. Quanto mais se sobe na hierarquia e na escala sociocultural, mais as agressões são sofisticadas, perversas e difíceis de se caracterizar enquanto verdadeiramente um assédio moral e de se evidenciar o nexo (con)causal entre este assédio sofrido e a possível patologia desenvolvida pelo assediado.

*“O assédio moral é uma das maiores causas que chegam na justiça. As vezes as pessoas são assediadas até por e-mail e isso acaba virando prova”* (médico perito judicial de SP).

*Uma vez peguei uma perícia de uma dentista que processou a OS [Organização Social] que a contratava pra trabalhar em UBS [Unidade Básica de Saúde] por assédio moral. E uma outra de uma terceirizada que trabalhava na cozinha do HC”* (psicóloga perita judicial de SP).

*“Nunca atuei em saúde mental e trabalho em perícias judiciais. Somente em 1 caso de assédio moral na [cita empresa do ramo energético] quando ela estava privatizando”* (médico perito judicial do interior de SP).

É nesse sentido que o sistema jurídico-sanitário vem tentando encontrar definições para fenômenos tais como o assédio moral e suas consequências decorrentes na saúde mental do trabalhador e da trabalhadora assediados, livres o quanto possível de qualquer subjetividade e descontextualizado do conflito capital-trabalho para que sejam classificados penalmente como processos violentos e de forma a incorporar tal entendimento à norma.

Freitas, Heloani & Barreto (2011, p. 73) pensam que falar das consequências de um assédio moral na saúde mental do(a) trabalhador(a) assediado implica pensar nos danos psíquicos que podem apresentar-se como angústia e ansiedade, transtornando a existência pois, o que se visa é atingir o outro, desestabilizá-lo, explorando sua psicologia, com intenção claramente perversa:

*"(...) isso porque o modo de viver, sentir e pensar a existência anterior e posterior à violência sofrida atua de forma a potencializar ou não a recuperação do indivíduo. Quando ocorre o contrário, o indivíduo mantém, e mesmo aprofunda, os pensamentos tristes e recorrentes, apesar do esforço manifesto de se livrar deles e se curar. as emoções podem ser tanto a expressão de potência de agir como a de padecer. Seu movimento de afirmação e negação é*

constante, expressando ideias adequadas ou inadequadas e propiciando a passagem da saúde à doença." (FREITAS, HELOANI & BARRETO, 2011, p. 73)

Vemos, portanto, neste exemplo do assédio moral que estamos tomando de assalto, que as consequências para o trabalhador assediado são inúmeras. Minardi (2010, p. 140) aponta que a doutrina jurídica e a literatura médica apresentam vários prejuízos à pessoa agredida. Ferreira (2004, p. 69) frisa que as consequências geradas pelo assédio moral não se limitam à saúde do trabalhador vitimizado. Segundo a autora, os resultados atingem também a esfera social da vida do empregado, além das consequências econômicas do fenômeno sobre o empregado, a empresa e sociedade.

*“Um periciando que trabalhava com manutenção de aviões passou Ih contando sua história de trabalho. Antes tinha sido metalúrgico. Tinha um orgulho muito grande de sua história de trabalho. Sofreu assédio moral e adquiriu uma depressão. Ela conta que também a diabetes e a pressão dele sofreram alterações. Ele contava com muito orgulho, trabalhava na [cita empresa no ramo de aviações], lembro que ele falava da filha dele que olhava pro céu quando via um avião e dizia ‘papai que fez voar’. Esse caso o trabalhador se especializou muito na área. Quando chegou no caso do assédio ele mudou de postura. Não conseguia falar sobre isso. O chefe do seu turno noturno, que ele não gostava de trabalhar a noite, zombava das idas dele ao hospital pra ver a diabetes e a pressão. Inclusive ele descobriu a diabetes nessa época” (psicóloga perita judicial em SP).*

Ou seja, não é o olhar biomédico que irá evidenciar o nexos (com)causal entre o fenômeno do assédio moral e possíveis consequências psíquicas na saúde mental do trabalhador assediado. Para se compreender fenômeno tão complexo e que abrange diversas instâncias, somente considerando a categoria *processo de trabalho*, bem como as formas de ser da gestão capitalista intraempresas pautada no primado do econômico é que um perito poderá discorrer sobre a existência de nexos ou não.

*“Tem vezes que a parte da empresa pega um fato isolado e coloca como sendo a verdade. Por exemplo: se o sujeito bebia no trabalho é porque o pai era alcoolista também. Eu busco entender isso aliado à outras esferas como por exemplo ritmo intenso de produtividade no trabalho e etc., mas principalmente vou tentar desconstruir a ideia de que o alcoolismo é genético. E ainda por cima quando pergunto sobre a frequência do uso do álcool e etc. vai se ver que às vezes o trabalhador possuía apenas 1 item da avaliação de alcoolismo no trabalho que eu faço [...]. Fico pensando no que um médico perito do INSS consegue avaliar de funcionamento emocional, psíquico, capacidade funcional e residual em apenas 15, 20 minutos numa jornada de 8h” (psicóloga perita judicial do interior de SP).*

Gaulejac (2007, p. 224-225) nos diz que, quando o assédio, o estresse, a depressão ou mesmo o sofrimento psíquico se desenvolve, é a própria gestão da organização, seja ela pública ou privada, que deve ser questionada pois, na maioria dos casos, a agressão psicológica pode não ser dirigido somente a uma pessoa em particular, mas toda uma situação conjuntural. Ou seja, uma organização pode pôr em ação práticas gerenciais que favorecem o assédio, as relações de violência, de exclusão, de ostracismo.

Freitas, Heloani & Barreto (2011, p. 77) atentam que a maior dificuldade no que concerne a uma penalização jurídica em casos de abuso por parte da gestão do trabalho se dá justamente por sua "invisibilidade" e, portanto, o alto grau de subjetividade envolvido na questão obscurecendo a obtenção do nexo (con)causal<sup>198</sup>. Porém, alguns países já se encontram em maior avanço no que tange criação de leis visando uma criminalização da prática de assédio moral no trabalho por exemplo. É o caso de Portugal, Itália, Suíça, Bélgica, França<sup>199</sup>, Chile, Uruguai e Noruega.

Na França, por exemplo, tanto o assédio moral quanto o sexual são enquadrados no Código do Trabalho. Essas duas formas de assédio dão lugar a um contencioso abundante nas jurisdições do país.

De acordo com o artigo L. 1152-1 do Código do Trabalho francês: "nenhum trabalhador deve ser submetido a atos repetidos de assédio moral que tenham por objeto ou por efeito uma deterioração de suas condições de trabalho susceptíveis de afetar os seus direitos e dignidade, de alterar sua saúde física ou mental ou prejudicar seu futuro profissional". Também por aplicação do Código do Trabalho francês, "nenhum trabalhador deve ser submetido a: 1º atos de assédio sexual, consistindo em observações ou comportamentos sexuais repetitivos que constituam numa violação de sua dignidade por causa do seu caráter degradante ou humilhante, ou contra uma situação intimidante, hostil ou ofensiva; 2º atos assimilados ao assédio sexual, consistindo em qualquer forma de pressão grave, mesmo não repetida, exercida para o propósito real ou aparente de obter um ato de natureza sexual, que seja para procurar o benefício do perpetrador dos fatos ou em benefício de um terceiro" (Código do Trabalho, art. 1153-1).

---

<sup>198</sup> "Isso porque tais humilhações são, geralmente, perpetradas 'com luvas', ou seja, sem deixar as digitais do agressor." (FREITAS, HELOANI & BARRETO, 2011, p. 77).

<sup>199</sup> Referências jurisprudenciais francesas: Cass. Soc., 21 jun 2006: Bull. Civ. V, nº 223. Cass. Soc., 29 jun 2011, nº 09-70.902. Cass. Soc., 1º jun 2016, nº 14-19. 702.

Assim, o Código do Trabalho francês proíbe que um trabalhador, uma pessoa em formação ou mesmo um estagiário seja sancionado, demitido ou sujeito a medidas discriminatórias, diretas ou indiretas, particularmente nas áreas de remuneração, treinamento, reclassificação, colocação, qualificação, classificação, avanço profissional, transferência ou renovação do contrato por sofrer ou recusar-se a sofrer repetidos atos de assédio moral ou por ter testemunhado tais atos ou relatando-os (art. L. 1152-2). O mesmo acontece com o assédio sexual (art. L. 1153-2 e art. L. 1153-3). O(a) empregador(a) deve tomar todas as providências necessárias para evitar atos de assédio moral e sexual. O código trabalhista francês exige que ele/ela aplique sanções a qualquer empregado(a) que tenha se envolvido em assédio.

O empregador francês está vinculado aos seus trabalhadores e trabalhadoras por uma obrigação de seguridade de resultado em relação à proteção da saúde e segurança destes, em particular em matéria de assédio moral, e a ausência de culpa por sua parte não pode exonerá-lo de sua responsabilidade. Sua responsabilidade é comprometida mesmo quando ele não for o autor dos atos<sup>200</sup>.

No contexto brasileiro, Tercioti (2013, p. 56) relata que, por exemplo, a prática do assédio moral é passível de punição apenas em algumas leis estaduais e municipais de forma tal que não há uma legislação que ampare os servidores públicos federais e mesmo os trabalhadores da iniciativa privada. A autora prossegue apontando que, para além da falta de regulamentação, os diferentes regimes trabalhistas que vigoram em nosso país tornam-se um agravante nessa questão haja visto que iremos lidar com trabalhadores sob regime celetista, outros estatutários, sem falar nos trabalhadores de contratos parciais, temporários, PJ's e etc. Se se faz dificultosa o enquadramento de tais categorias para fins previdenciários em nosso país, o que dirá quanto a legislações específicas que protejam o trabalhador de um assédio moral e/ou outras violências psicológicas em seus contextos laborais.

O Projeto de Lei do Senado (PLS 121/09) que visa alterar o Regime Jurídico Único do funcionalismo público federal (Lei 8.112/91) para punir, inclusive, com demissão, a prática do assédio moral no ambiente de trabalho teve sua tramitação encerrada ao ser aprovada pela Comissão de Constituição e Justiça do Senado Federal e

---

<sup>200</sup> Entretanto, recentemente o Supremo Tribunal francês afastou a responsabilidade de um/uma empregador(a) que justificava ter tomado todas as medidas preventivas previstas pelo Código do Trabalho e que, informado da existência de fatos susceptíveis de constituir o assédio moral, tomou medidas imediatas para detê-lo (Cass. soc., 1º jun 2016, nº 14-19.702).

remetida à Câmara dos Deputados, onde encontra-se parado desde 2 de dezembro de 2014. No ano de 2006, a Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo (ALESP) chegou a decretar a Lei nº 12.250 de 9 de fevereiro de 2006 nos termos do artigo 28, §8º, da Constituição do Estado, que veda o assédio moral no âmbito da administração pública estadual direta, indireta e fundações públicas, submetendo o servidor a procedimentos repetitivos que impliquem em violação de sua dignidade ou, por qualquer forma, que o sujeitem a condições de trabalho humilhantes ou degradantes. Nota-se que ambas as referidas Leis, tanto federal quanto estadual, que nos utilizamos de exemplos, não abrangem a iniciativa privada. Contudo, no ano de 2007, o então governador do Estado de São Paulo, José Serra, entrou com uma Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIN nº 3980 em 23/10/2007), contra a legitimidade da Lei 12.250/06, atualmente parada no Supremo Tribunal Federal (STF).

Contudo, mesmo que haja leis nacionais que vedem a prática de violências psicológicas no trabalho promovendo o desgaste dos trabalhadores e trabalhadoras, ou ainda se tornem jurisprudência para se prever sanções disciplinares, tal fato não assegura que a prática de tais violências, tais como o exemplo do assédio moral que nos utilizamos, será impedida ou mesmo extinta, devido às subnotificações, ou mesmo pela falta de fiscalização ou inoperância burocrática do Estado na apuração dos fatos. Afinal, a violência, em suas diversas faces, é da essência do sistema do capital.

Gaulejac (2007, p. 224) aponta que o reconhecimento legal da violência é sim de um progresso notável, no entanto, uma lei tende a focar em comportamentos singulares e em procedimentos perversos que certamente existem e que convém condenar. Todavia, ao fazê-lo, oculta também as causas profundas das referidas violências contribuindo para a individualização do problema e minimizando as consequências na saúde mental ocasionada por pressões que estão em curso no mundo do trabalho atual.

### *3.6 Perícias no Ministério Público do Trabalho: ações coletivas, prevenções e a vigilância fiscalizadora*

O Ministério Público do Trabalho surgiu como órgão oficiante junto à Justiça do Trabalho, pertencendo ao Poder Executivo até a Constituição de 1937. Seu papel até então restringia-se à seara processual, com a emissão de pareceres na Justiça do Trabalho até 1988. A partir da atual Constituição Federal, e especialmente com o surgimento das Leis nº 7.347/85, 8.078/90 e da Lei Complementar nº 75/93, passou a ter atribuição para promover ações na Justiça do Trabalho em face de empregadores que descumprem a legislação trabalhista.

De acordo com Souza (2016, p. 25), as investigações periciais no âmbito do MPT são feitas através de procedimentos que podem ser do tipo inquérito civil, que demandam um maior tempo para colheita de provas das infrações trabalhistas, ou procedimentos preparatórios, com menor duração temporal, utilizados em geral para fiscalizações menos aprofundadas. O objetivo, segundo o autor, é investigar a materialidade dos fatos, potenciais ou efetivamente lesivos a direitos transindividuais, identificando os responsáveis pela sua prática.

Tal investigação ministerial permite a notificação de testemunhas para serem ouvidas, a convocação da empresa para apresentar documentos, a requisição de documentos aos órgãos públicos, a solicitação de ações fiscais aos auditores-fiscais do trabalho, a realização de inspeções pelos procuradores ou peritos nos estabelecimentos, entre outros mecanismos inseridos no rol dos poderes investigativos do Ministério Público, constantes do art. 8º da Lei Complementar nº. 75/93.

Diante de infrações comprovadas às normas trabalhistas, praticadas por empresas, associações ou órgãos públicos, institucionaliza-se o conflito social, e três possibilidades válidas e legais se abrem como forma de resolução junto ao MPT: (1) ajuizamento de ação civil pública contra o infrator; (2) assinatura de termo de ajuste de conduta e; (3) arquivamento do procedimento. Se a instituição concluir, porém, que tais infrações constituem uma lesão coletiva aos trabalhadores, apenas a via do ajuste de conduta ou da ação civil pública se apresentam.

A ação civil pública, com resultado bom ou ruim para a coletividade, exige redação de petição inicial, audiência(s), réplica, eventual produção de provas periciais e inspeções, e/ou recursos. Quem controla estes prazos processuais não é o procurador, tal como se dá com o TAC, mas o Poder Judiciário. Souza (2016, p. 85), discorda que a ação

civil pública seja o caminho mais fácil, pois o tempo e o modo do processo de negociação do TAC são inteiramente controlados pelo Ministério Público, ao passo que a ação civil é totalmente controlada pelo Poder Judiciário, com seus ritos e prazos próprios.

O infográfico abaixo, retirado das redes sociais do próprio MPT exemplifica o fluxograma da atuação do órgão na seara trabalhista:



Fonte: Facebook do Ministério Público do Trabalho (MPT). Disponível em:

<https://www.facebook.com/mpt.br/>. Acesso em: 3 fev 2017.

*“De 1978 a 1984 cheguei a fazer 2 mil perícias de insalubridade. Fui auditor fiscal do trabalho até 2012. De 2012 até hoje estou como perito atuando pro MPT [Ministério Público do Trabalho] e já fiz mais de 50 perícias em ergonomia [...]. Funciona assim: o procurador do trabalho faz uma ação civil pública para a empresa que não cumpre TAC [Termo de Ajuste de Conduta] e o juiz [do trabalho] nomeia o perito. Aí são perícias mais longas que as da Justiça do Trabalho geralmente. Duram uns 6 meses, mais ou menos, e chego a fazer umas 2, 3 por ano [...]. Faço perícias pelo Brasil todo. Onde for nomeado” (médico e engenheiro perito judicial do MPT do RS).*

A Fiscalização do Trabalho (Ministério do Trabalho), do Ministério Público do Trabalho e a Justiça do Trabalho podem cumprir papel relevante na redução da subnotificação dos adoecimentos relacionados ao trabalho tal como já discutido aqui.

Por exemplo, Dutra e Filgueiras (2014, p.13) quando explanam sobre o adoecimento na atividade de teleatendimento relatam que há uma “intenção deliberada e progressiva” de ocultamento das doenças por parte das empresas. Segundo os autores, ao não emitir a CAT, as empresas se beneficiam de várias formas: deixam de recolher FGTS, não há correção no pagamento da alíquota em folha de pagamento do seguro acidente (SAT), ajuda a maquiar os dados concernentes à inadequação de seus processos produtivos às normas de saúde e segurança, evitam a estabilidade acidentária dos/das trabalhadores(as) obtendo maior flexibilidade na dispensa, dificulta a produção de provas para as ações individuais de trabalhadores requerendo estabilidade ou dano reparatório das empresas, bem como para as ações civis públicas (ACP) do Ministério Público do Trabalho (MPT) e eventuais ações regressivas da Advocacia da União (AGU) para ressarcimento do erário (REIS, 2017, p. 370-371).

*“Peguei mais casos de teleatendimento e motoristas de ônibus nas perícias que fiz” (psicóloga perita judicial em MG).*

Filgueiras (2017, p. 154) nos diz então que para qualquer alteração significativa na direção da vigilância fiscalizadora, tanto no padrão das análises de acidentes e adoecimentos, quanto na postura das empresas no que tange ao cumprimento das normas, contudo, são necessárias ações coordenadas do Estado. E que, para tal, já existem instituições e instrumentos jurídicos com significativa capacidade de impacto na postura adotada pelas empresas.

Entretanto, Dutra (2017, p. 240) aponta que ainda são insuficientes as interferências da Fiscalização do Trabalho (Ministério do Trabalho), do MPT, como também das organizações coletivas dos trabalhadores, pois o foco deve recair na modificação dos padrões de gestão do trabalho o que, não sendo feito, tende a reduzir as possibilidades de prevenção do adoecimento relacionado ao trabalho, multiplicando, dessa forma, as demandas por reparação dos danos já criados, que cada vez mais sobrecarregam o Poder Judiciário conforme visto no subitem anterior.

Nesse sentido, Souza (2016, p. 135-136) inclusive denota que a análise de documentos ou inspeções no ambiente de trabalho para fins de vigilância e fiscalização das condições e da organização de trabalho que geralmente é feita pelo próprio MPT,

através dos seus analistas periciais ou procuradores, como forma de demonstrar o descumprimento de um TAC, se mostra incapaz, de, somente por meio de seus auditores-fiscais, em fiscalizar os referidos ajustes. O que tem levado o MPT a autorizar fiscalizações pelos sindicatos, como se vê a partir do Termo de Ajuste de Conduta firmado no Inquérito civil de nº. 155.2013 (XLVIII). O autor aponta que os sindicatos dos trabalhadores, apesar de sua patente parcialidade e falta de qualificação para este mister, tais como órgãos como os CERESTs, vigilância sanitária, delegacias de polícia civil, conselhos tutelares e outros também foram acionados, alternativamente, para fiscalizar a respeito dos TACs. E, uma vez estes sendo desrespeitados, também contando com os referidos órgãos para a realização de perícias em ações civis públicas.

*“Eu trabalhava com assistência e vigilância no CRSTs. Aí quando o MPT demandava um perito, engenheiro ou médico, para as ações civis públicas, eu ia enquanto CRST, como assistente técnica. Então os próprios peritos passaram a pedir ao Procurador para me nomear como assistente deles. Foi a partir de 2002 que começou a realizar esses trabalhos. Em 2004 a prefeitura [de São Paulo] instituiu o Código Sanitário Municipal e nomeou os técnicos do CRST como autoridades sanitárias. Esse código foi adaptado do código do Estado. [...]. No fim dos anos 90 os sindicatos abandonaram um pouco as parcerias com o CRST. Então a prefeitura assumiu 100% da investigação de acidentes graves, fatais e ocorridos com menores. Mas óbvio que não tinham pernas para isso. Éramos apenas 7 autoridades sanitárias para dar conta da zona norte toda. Então acabávamos deixando de lado as doenças pra dar conta das investigações demandadas pela prefeitura como vigilância sanitária e as demandas do MPT [...] O Ministério do Trabalho não serve de nada. O Ministério da Saúde e o MPT são mais maleáveis. O MPT é ainda mais estruturado.”* (terapeuta ocupacional perita judicial do MPT)

Um estudo protagonizado e realizado por Lima, Barbosa, Mendes e Patta (2014) relata investigação do referido grupo sobre assédio moral em trabalhadores e trabalhadoras acometidos por LER/DORT realizada durante perícia judicial de uma ação coletiva de trabalhadores de uma instituição bancária. No estudo em questão, uma equipe de perícia multidisciplinar foi nomeada pelo Juiz do Trabalho responsável pela ação e foi composta por uma química, especialista em gestão da segurança e saúde no trabalho; uma psicóloga, especialista em ergonomia e; dois médicos do trabalho. Toda a atividade pericial foi acompanhada pela Procuradora e Assistente Técnica do Ministério Público do Trabalho, bem como por Assistentes Técnicos da empresa.

Os procedimentos para análise das alegações apresentadas e os parâmetros/indicadores utilizados pela equipe multiprofissional no estudo em questão envolveu: (1) análise documental; (2) visitas à locais de trabalho da empresa; (3)

entrevistas com trabalhadores em reabilitação, integrantes da equipe de saúde ocupacional, supervisores e gerentes da empresa e líderes sindicais da categoria. Os indicadores formulados envolveram o levantamento de pontos relativos à organização e gestão do trabalho e aspectos referentes às relações interpessoais e subjetividade.

Os resultados encontrados no referido estudo permitiram considerar que na instituição bancária analisada ocorreram situações compatíveis com assédio moral e que o ambiente de trabalho é propício a ocorrências de assédio moral devido justamente aos sistemas de gestão e organizacionais adotados.

Assim, temos com as perícias no Ministério Público do Trabalho, uma prática um com vistas à prevenção devido ao fato de que, as ações são de interesse da coletividade trabalhadora podendo-se tornar jurisprudenciais. Abaixo veremos o relato de um de nossos entrevistados quanto as metodologias e os envolvimento multiprofissionais e interdisciplinares das perícias realizadas pelo MPT:

“Trabalhador tem que ser parte ativa e lutadora junto. Particpei de perícia de uma ação civil pública contra a [cita nome de empresa do ramo de fabricação de telhas de fibrocimento] e depois do famoso caso [cita nome de empresa petrolífera e outra do ramo químico] da procuradoria do trabalho. Caso de impacto ambiental impactando na saúde dos trabalhadores que durou 6 anos e é um caso de apropriação dos conhecimentos do que se passa no campo da saúde do trabalhador por parte dos trabalhadores. Esse caso foi uma análise coletiva *com* os trabalhadores até também para eles explicarem como tinham sido os fatos. Dessa investigação inclusive saiu o meu mestrado. Da ação indenizatória de 200 milhões os trabalhadores queriam utilizar uma parte para continuar os estudos sobre casos semelhantes e auxiliar outros trabalhadores de outras empresas, do ramo do mercúrio, da indústria química, organoclorado, amianto, por exemplo, porém mudou a diretoria lá do MPT e eles decidiram sozinhos o que fazer com o dinheiro. Fiquei indignado pensando no porque eu estava ajudando essa gente. Foi o maior caso da Justiça do Trabalho. Gerou 600, 700 milhões de reais entre sentença, danos morais e verba para atendimento de saúde para os trabalhadores e a família para o resto da vida. Essa perícia foi feita com uma boa metodologia de inquérito civil, passando por diversas instituições, como o ministério da saúde, governo do Estado de São Paulo e o próprio MPT. Pessoal do Judiciário, universidades estrangeiras de um lado, e de outro, uma construção de macro teórico referencial de não discussão de nexos causal porque se abriu mão da perícia médica e do nexos causal como referencial de se indenizar. Se tem responsabilidade na área ambiental a gente chama isso de responsabilidade objetiva, independente de se ter dolo ou culpa. É algo inerente à Eco 92 e de outros regimes ambientais. Então você tem a internalização dos custos. Por exemplo, se você produz sujo, você que ponha a limpeza em seus custos, sua planilha, seu preço e não coloque isso para à sociedade. É o princípio do poluidor-pagador ou da prevenção. Ou seja: sabe-se que determinada coisa causa um problema e há essa certeza, então se indeniza. No poluidor-pagador é a possibilidade isenta de certeza ou quase-certeza. Empresa e estado não podem negligenciar evitar que aconteça a exposição às custas da sociedade para ver se dá ou não problema. A juíza [cita nome] que, determinou que não teria perícias e nexos causal sendo que justamente o que as empresas queriam era colocar do ponto de vista biomédico para desvincular que determinados sintomas tenham a ver com os produtos

utilizados no trabalho. Isso porque no começo a gente pensava ser apenas 6 substâncias, depois descobrimos mais de 70 e isso as pessoas inalando, comendo, tomando banho com tudo isso e etc. No princípio poluidor-pagador também se inverte o ônus da prova de modo que a empresa também tem que negar que não nada tem a ver com o dano ambiental. Houve uma perícia que então focou foi na exposição das pessoas aos riscos da toxicidade. Então pensamos: ‘houve o risco? Essas doenças podem estar acontecendo ou relacionadas ao que ocorreu?’ Nesse caso não é necessário médicos provando nada e mudou totalmente o andamento do caso. O TRT [Tribunal Regional do Trabalho] aceitou e o TST [Tribunal Superior do Trabalho] ameaçou transformar em jurisprudência. Mesmo assim, as perícias desse caso Shell foram realizadas por uma médica e ela mesmo deu nexos causais, o que fez com que os assistentes técnicos acusassem ela de não saber fazer perícias porque ela fazia de um jeito diferente do deles” (médico perito judicial de procuradoria regional do trabalho no interior de SP).

Assim, de acordo com Souza (2016, p. 27), o Ministério Público do Trabalho, é um órgão que não titulariza os direitos transindividuais, mas age em nome da coletividade como se tivesse uma outorga de poderes, competindo-lhe defender os interesses sociais, sem que renuncie direitos indenizatórios personalíssimos da sociedade, por lesões ao ordenamento jurídico trabalhista. O elemento de distinção, pois, entre a atuação do MPT e a de um trabalhador individualmente prejudicado com vistas à abertura de ações na Justiça do Trabalho, vem a ser justamente a amplitude da repercussão do agir ministerial, não focando sua conduta em casos específicos. O órgão intervém quando há uma tipificação de ilícitos que atingem um grupo de trabalhadores ou trabalhadoras ou mesmo toda a sociedade, ou seja, os interesses metaindividuais<sup>201</sup>.

O interesse público, categoria cujo conceito é juridicamente indeterminado, é, portanto, a condição que desencadeia o agir das perícias preventivo-investigativas do MPT, dependendo, porém, do caso concreto, de modo tal que, entende-se que todo ato ilícito praticado contra uma pessoa física, como um trabalhador que engendra dano moral, é transponível quando se tratar também da coletividade trabalhadora. Tal sanção, decorre da necessidade de indenizar-se moralmente a coletividade prejudicada, sendo consensual entre juristas a possibilidade de indenização coletiva da sociedade atingida pelo prejuízo moral na esfera trabalhista, também intitulado de dano social.

---

<sup>201</sup> Os direitos metaindividuais, na seara trabalhista, de acordo com o autor (2016, p. 28) são consequência direta da existência de normas trabalhistas, muitas delas com assento constitucional. Dar efetividade a estes direitos metaindividuais laborais é o principal objeto de preocupação das instituições que defendem o Direito do Trabalho, como a Justiça do Trabalho, o Ministério do Trabalho e o Ministério Público do Trabalho, inclusive porque o cumprimento de normas trabalhistas básicas atende não apenas ao interesse dos trabalhadores, mas também ao interesse de todo o sistema capitalista que, justamente para reproduzir-se, precisa contar com mecanismos concorrenciais.

## CAPÍTULO 4. VASCULHANDO A CAIXA-PRETA DAS PERÍCIAS

*“Não é a consciência dos homens que determina o seu ser; ao contrário, é o seu ser social que determina a sua consciência” (MARX, 2008, 47).*

Partindo de nosso referencial teórico-metodológico que embasa esse estudo, no decorrer deste capítulo pretendemos desvelar o campo das perícias em trabalho-saúde tal como se encontram na realidade concreta. Teremos como objetivo descrever como se estrutura e em quais preceitos se alicerça para se constituir na forma como o encontramos hoje no mundo real, em diálogo e contraponto com o ideal; analisar sua função política no sistema jurídico-sanitário superestrutural do capital, com nossa atenção especialmente voltada à realidade brasileira, visando responder algumas perguntas: "Para quem serve?" "A quem serve?" "Cumpre sua função social?" e; compreender sua dinâmica de funcionamento enquanto um processo, levando-nos a responder a outras questões, tais como: "De que forma serve?" ou então, "Convêm a quem servem?"

Para tal, propomo-nos então a abrir a caixa-preta das perícias. Desvelar o que se passa em seu interior com vistas à uma desobnulação perene no campo científico sobre o tema em tarefa hercúlea de se explicitar seu conteúdo crítico e caráter fetichizado.

### 4.1 *A problemática do nexa causal*

Uma das mais importantes tarefas que se apresenta hoje à classe trabalhadora no campo das perícias em trabalho-saúde reside no estabelecimento do nexa causal entre certas condições laborais e a emergência de adoecimentos pelo trabalho que comumente a incapacita para a realização de tarefas tanto na esfera da produção quanto da reprodução social. Este nos parece então ser um problema crucial no campo das perícias em trabalho-saúde e o qual pretendemos discorrer ao longo deste trabalho. Contudo, o que vem a ser nexa causal? Procederemos numa análise bibliográfica de autores oriundos tanto das áreas do direito e da medicina do trabalho, quanto do campo da Saúde do Trabalhador e da epidemiologia social para compreender seu significado a partir da forma como é encontrado hoje no mundo das perícias em trabalho-saúde, como no modo como o

compreendemos como “ideal”.

A investigação do nexu causal tal como posto hoje nas questões relativas às perícias em trabalho-saúde - e que ainda pouco se tem propriedade para estabelecê-lo - é definido por Monteiro e Bertagni (2005, p. 14-15) como puramente constituinte da relação causa-efeito entre um evento e seu resultado. Chamam a atenção para a não utilização, enquanto sinônimos, dos termos "nexu causal" e "nexu etiológico" pois o primeiro trataria da concasualidade e os casos de agravamento, ao passo que o segundo é o que origina ou desencadeia o dano laboral sendo, portanto, mais restrito<sup>202</sup>.

Silva (2014, p. 146) denuncia que, alguns peritos, quando da anamnese (entrevista, análise) e confecção de seus laudos, buscam encontrar apenas o nexu etiológico, ou seja, a causa única do adoecimento laboral ao passo que, no campo jurídico, para que uma perturbação funcional de um trabalhador venha a ser caracterizada como "do trabalho" é preciso que se prove o referido "nexu causal". A lei quer dizer então que entre o evento (acidente ou doença) e a morte, perda ou redução, haja uma cadeia de causa e efeito<sup>203</sup>. O autor entende que o nexu causal deve visar então uma cadeia de causalidade: (1) entre o trabalho executado e o adoecimento; (2) entre o adoecimento do trabalho e a perturbação de qualquer das funções do organismo humano, inclusive a mental; (3) entre a perturbação funcional e a incapacidade laborativa, total ou parcial<sup>204</sup>.

Esta teoria da multicausalidade apresentada pelo autor tem sido de extrema valia para a consolidação da medicina contemporânea, alicerçada nos primados do positivismo. É útil ao médico, quando em sua prática singular com o doente, busca associar males e causas para estabelecer o diagnóstico e também serve ao trabalhador, quando na situação,

---

<sup>202</sup> Compreendemos que “nexu causal” é gênero, ao passo que “nexu etiológico” é espécie.

<sup>203</sup> Todo nexu é em alguma medida, presumido. Há uma plausibilidade em se compreender que, na existência de um risco, há também um dano compatível a este. Ora, se os adoecimentos/acidentes são então inevitáveis e inerentes ao processo produtivo capitalista, de fato, qualquer forma de gestão do trabalho é válida para o capital.

<sup>204</sup> O mesmo (2014, p. 149) dá grande importância para que haja cursos de capacitação voltados para os peritos para que possam bem conhecer a dinâmica do processo de trabalho, a finalidade da Justiça especializada e, na área técnica que lhes é própria, os reais contornos dos institutos nexu de causalidade e concausa, sob a ótica da teoria da multicausalidade, de forma que, somente assim, terão condições de se afastar da cultura vigente de exclusão do nexu causal - por falta de nexu direto ou etiológico - e de considerar praticamente todas as doenças adquiridas pelos trabalhadores como sendo degenerativas. Para nós, tal foco nos cursos de capacitação ainda nos parece insuficiente e deveras ingênuo. Dariam conta os cursos de formação/capacitação do déficit epistêmico das determinantes estruturais dos peritos que levam à negação da tutela da saúde no trabalho? De que maneira estes não reatariam o discurso de capacidade técnica em que este profissional se apegaria ao saber-fazer formalizado e cristalizado da referida capacitação? Desse modo, compreendemos também que a relação entre fatores e sintomas é marcada não por causalidade mecânica (causa-efeito) e este é o grande déficit epistêmico da área pericial em trabalho-saúde como um todo, visto que o corpo não reage como força passiva. A reação é singular porque o corpo reage ativamente e por isso o foco deve ser no entendimento/mudança da categoria *processo de trabalho* bem como na organização deste.

procura restabelecer sua saúde e assegurar prerrogativas trabalhistas, previdenciárias e de cidadão adoecido do trabalho, fazendo-o com base no direito moderno, igualmente positivista<sup>205</sup>, que exige a comprovação da causalidade ou concausalidade do trabalho com a doença. Pode embasar algumas intervenções técnicas sobre as condições, ambientes e, até, sobre a organização e relações de trabalho, com alguma eficácia, sempre pontual.

Contudo, ao passo que a teoria da multicausalidade é, sem qualquer dúvida, eficaz, é também limitada a nosso ver. Sua insuficiência para explicar essa ou qualquer adoecimento relacionado ao trabalho não está no que ela, dentro da lógica formal, permite explicar, mas no que acaba ocultando. Talvez a postura teórica mais correta na problemática desta discussão sobre o nexos causal de acordo com Codo (1988, p. 9) seja a de ao menos se eliminar o modelo da múltipla causação por reduzir-se ao binômio vida particular/vida no trabalho, ou mesmo o já defasado modelo simplista de mera atribuição causa-efeito ao se traçar a Etiologia patológica.

Ora, Fávero (1940, p. 29) já afirmava há tempos não existir uma causalidade única na produção dos adoecimentos e que, portanto, não se deveria buscar uma etiologia única ou na formação da doença. A perícia a seu ver deveria reunir diversas informações, quais sejam: (a) compreender que o trabalhador, embora predisposto a qualquer doença, na ocasião do agravo trabalhava eficientemente e não estava em iminência de um adoecimento; (b) verificar se o processo de trabalho exigiu ou motivou circunstâncias passíveis de se produzir o adoecimento mesmo que remotamente; (c) a doença pode ter, de fato, o seu nexos causal com a organização do trabalho, não sendo uma simples coincidência de local e tempo, seu aparecimento.

Em consonância, a hipótese de Ribeiro (1997, p. 88) é de que o adoecimento do trabalho não resulta de qualquer defeito ontogenético ou de caracteres depreciativos, de natureza biológica ou psíquica, mas objetivamente da organização do trabalho<sup>206</sup>. Para ele, existe uma dimensão social, que é mais abrangente na determinação das doenças relacionadas ao trabalho, e que esta contém outras duas, habitualmente referidas como fatores. São elas: (1) a internalidade do processo e organização do trabalho, que o autor

---

<sup>205</sup> O que significa dizer que, por sua função na esfera da superestrutura, está aliado ao poder político e econômico dominante afim de impor as normas jurídicas como forma de regulação societária.

<sup>206</sup> Não é acidental que adoçam mais ou quase exclusivamente homens e mulheres que realizam o trabalho concreto, que se situam no nível hierárquico inferior das organizações, isto é, os mais subordinados (RIBEIRO, 1997, p. 92).

chama de *dimensão do trabalho*, e; (2) do modo de cada um sentir e refletir o mundo, que designa de *dimensão individual*. Essas duas dimensões são inclusive indissociáveis<sup>207</sup>.

Ou seja, para o autor (1997, p. 92), se uns adoecem no ambiente laboral, enquanto outros não, embora todos estejam sujeitos, em tese, ao mesmo processo de trabalho, é porque têm uma sensibilidade diferente e sentem a subordinação ao trabalho com mais rigor. Logo, a impropriedade do adoecimento não estaria na pessoa humana que trabalha, posto que lhe é externa, mas assim mesmo na organização do trabalho. Dada à subordinação de classe, social e histórica por não encontrarem outra forma de expressar a violência do trabalho, senão com o próprio corpo, o adoecimento denuncia a organização patológica do trabalho<sup>208</sup>.

Embora Wandelli (2015, p. 212) nos diga que jamais se pode prever com certeza de que forma o processo biológico responde aos fatores do meio ambiente organizacional, compreendendo justamente que são diferentes os recursos de resistência de cada trabalhador(a), é possível traçar, de forma demonstrável, a acentuação das cargas de trabalho da formação de nexos etiológicos entre as práticas gerenciais e os agravos à saúde e autonomia dos trabalhadores e trabalhadoras.

Nesse sentido, o autor afirma ser indispensável a tutela do meio ambiente organizacional do trabalho à luz dos princípios de prevenção e precaução, frente à expressa determinação do art. 7º, XXII da CF/1988 de redução dos riscos inerentes ao trabalho. Assim, tais princípios introduziriam uma presunção denexo causal entre as cargas de trabalho e o desgaste imediato sobre a saúde das pessoas quando ela ocorre.

Logo, se a gestão praticou ou mesmo disseminou atos suscetíveis de causar um dano, ou se esse fato aconteceu dentro de sua jurisdição, sobre ela deve recair o ônus de provar que, apesar das condições de trabalho dispostas, não há nexocausal entre trabalho-adoecimento<sup>209</sup>. Noronha (2003, p. 630) quando discorre sobre a causalidade adequada

---

<sup>207</sup> Lima (2003, p. 90) nos diz que o psiquiatra francês Louis Le Guillant (1984) propunha algo parecido, quando por exemplo tentou apreender o fenômeno da Saúde Mental & Trabalho a partir de suas dimensões objetivas e subjetivas, coletivas e singulares, evitando cair num sociologismo ou num psicologismo, vieses que identificou em sua época, porém que ainda permanecem nas produções teóricas contemporâneas.

<sup>208</sup> Filgueiras (2017) descreve o conflito discursivo em torno de três objetivos táticos: (1) ocultar as cargas de trabalho e o nexocomo o desgaste, apresentando a organização como segura; (2) individualização: o foco da saúde do trabalhador é deslocado da esfera organizacional para o corpo e a conduta do trabalhador e; (3) confrontação direta luta para obstruir a elaboração, aprimoramento e implementação das novas formas de tutela (como por exemplo o trabalho feito nos bastidores da Previdência Social para se desconstruir e fazer emendas à Medida Provisória sobre o NTEP).

<sup>209</sup> Ora não se trata de uma presunção legal, ou seja, não é determinada por uma norma jurídica específica, mas sim meramente *de fato*, simples ou natural, e nem por isso deixa de ser extremamente relevante pois tem por base o movimento do concreto real.

negativa<sup>210</sup>, reafirma que quando ficam comprovadas que formas patológicas gerenciais de organização do trabalho são inerentes ao processo produtivo e que estas foram determinantes ao adoecimento, deve-se indubitavelmente ficar presumido o nexo causal entre o trabalho e a doença do(a) trabalhador(a).

Para Wandelli (2015, p.213) quando este cita os arts. 5º, XXXV, 7º, XXII, 225 e 200, VIII, da CF/1988, pontua que então o principal objeto de tutela não deve ser a indenização do adoecimento, mas a transformação da organização do trabalho, para remover as cargas de trabalho atuais sobre o ambiente de trabalho e evitar o desgaste.

O autor prossegue dizendo que, em matéria de responsabilidade civil, a consideração do meio ambiente organizacional à luz do direito ambiental introduz também, como corolário do princípio poluidor pagador, uma regra geral de responsabilidade objetiva do empregador, na forma do art. 225, § 3º, da Constituição e art. 14, § 1º, da Lei 6.938/81. E que, nos casos em que não houver qualquer fundamento para a imputação do nexo de imputação objetiva, como no caso de acidentes típicos com causalidade circunstancial e localizada, aí sim se pode cogitar de responsabilidade subjetiva, de que trata o art. 7º, XXVIII da CF/1988, podendo-se utilizar a técnica de inversão do ônus probatório com culpabilidade presumida.

Ora, não se trata então de se remediar após o desgaste ter sido efetivamente concretizado, mas sim, de se eliminar práticas que, pela simples previsibilidade já são injurídicas. Logo, a eliminação de tais as cargas de trabalho, neste caso, mediante a não adoção dessas práticas de gestão é medida prioritária. Parece tarefa simplista, contudo não o é. Pois a Saúde Pública não possui clamor nas organizações. Dificilmente a Saúde Pública adentra a propriedade privada, ou seja, o espaço interno das empresas, para se problematizar tais questões do ponto de vista prevencionista.

Logo, uma organização constitui-se como um espaço privado, e não um espaço de cidadania. Passa então a ser compreendido enquanto lugar do exercício do Direito de Propriedade (*jus utendi e abutendi* do proprietário). Quando há por exemplo, greve de trabalhadores e trabalhadoras, prontamente é arrojada ação possessória como forma de se defender, justamente, a posse, garantindo o mantimento da propriedade privada do(s) capitalista(s). Quais são, portanto, as condições de exercício enquanto profissional de saúde, para o Médico do Trabalho que atua no interior das organizações, nesse cenário? E ao perito enquanto, muitas vezes, agente público e profissional privado ao mesmo

---

<sup>210</sup> Países como França (Art. 1151 do Código Civil) e Itália (Art. 1223 do Código Civil) também adotam a teoria da causalidade adequada.

tempo?

Pensamos que, caberia a esses profissionais, primeiramente a tarefa de problematizar os atuais modelos de produção capitalistas refletindo sobre os elementos essenciais que definem a inserção social dos indivíduos que são determinados pelas condições do meio ambiente de trabalho regido pelas atuais formas de gestão e organização do trabalho de tipo toyotista/pós-fordista, que hoje figuram no mundo do trabalho. Se compreendido dessa forma, os percalços burocráticos-institucionais encontrados pelos trabalhadores em vistas à obtenção do nexos causal nos dias de hoje seriam minimamente atenuados.

As falas de duas entrevistadas nossas ilustram o exposto até o momento:

*“Não fica claro na perícia inicial se o nexos é exclusivo do trabalho ou se é multifatorial. A não ser que é um caso muito bem fundamentado pelo médico assistente. Não basta a pericianda contar, tem que apresentar uma série de provas”* (médica perita do INSS do interior do PR).

*“Fazendo visitas ao local de trabalho senti mais firmeza na hora de dar a canetada no laudo sobre se há nexos ou não, se tem incapacidade e se esta é temporária ou não”* (psicóloga perita judicial de SP).

Desse modo, também pensamos que, tal como o fora por exemplo a luta dos trabalhadores brasileiros para que suas Lesões por Esforços Repetitivos (LER) fossem reconhecidas como tendo um nexos de causalidade com seu trabalho<sup>211</sup> nos anos 1980/1990 (RIBEIRO, 1997), hoje, a questão que ainda se coloca como pauta de reivindicações de luta para a classe trabalhadora no campo jurídico-sanitário é a busca por instrumentos semelhantes ao da epidemiologia social para se elucidar nexos causal

---

<sup>211</sup> "De fato, no final da década de 1980 e principalmente na década de 1990 ganharam visibilidade em todo o país, as várias formas de expressão clínica do desgaste musculoesquelético dos trabalhadores de diversos ramos de atividade, decorrentes do aprofundamento da exploração da força de trabalho, que implicaram a intensificação do trabalho e aumento de produtividade, por meio de estabelecimento de metas crescentes e diminuição do contingente de trabalhadores, aliados à exigência de execução de movimentos repetitivos, principalmente dos membros superiores, para o desempenho da atividade de trabalho. Tiveram destaque entre os adoecidos os trabalhadores das mais atividades de trabalho, desde os que trabalhavam em linhas de montagem nos diversos ramos econômicos, os das indústrias alimentícias, os das áreas de serviços, como bancários, digitadores e mais tarde os teleoperadores, e os das áreas de comércio. (BRASIL, 2012). Por força inicialmente da mobilização dos digitadores do Banco do Brasil do Rio Grande do Sul na década de 1980, em novembro de 1986, foi publicada a primeira normatização por parte do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), reconhecendo as tenossinovites como doença do trabalho, desde que ocorressem em determinadas atividades laborais, entre as quais, pianistas, digitadores, mecanógrafos, lavadeiras, caixas, costureiras (MAENO, 2016, no prelo).

entre adoecimento e trabalho visto, como dissemos, que passa por problemas coletivos e da gestão do trabalho, ao passo que comumente são tratados como um questão individual.

Laurell & Noriega (1989, p. 99) inclusive já discutiam o assunto e, propunham ainda nos anos 1980, por exemplo, uma alteração na nomenclatura do termo "nexo causal" por "nexo biopsíquico da coletividade trabalhadora" ou simplesmente "nexo biopsíquico humano", de forma a dar maior ênfase à necessidade de se entender a saúde-doença não somente como um processo biopsíquico<sup>212</sup>, mas antes de tudo como um processo social e histórico determinado pela base material de uma sociedade.

Com isso, enxergavam na categoria *processo de trabalho* adotada do materialismo histórico, enquanto materialização do processo de valorização aliado à divisão social do trabalho, como a categoria que deveria ser central na análise da produção social do nexos biopsíquico humano pois é a combinação entre o desgaste e a reprodução que determina a constituição das formas históricas específicas biopsíquicas humanas. Estas, por sua vez, são o substrato geral que determinam a geração de uma constelação característica de doenças particulares, conhecidas com o *perfil patológico* de um grupo social. Ao desvendarem o perfil patológico próprio de um determinado grupo social, os autores enfatizavam a existência de um caráter especificamente coletivo dos adoecimentos de certos grupos profissionais.

Desse modo, as formas de investigação, prevenção e assistência à saúde do trabalhador e da trabalhadora deveriam “pensar o avesso” do modelo da medicina tradicional de análise biomédica individual de um indivíduo quando do raciocínio sobre nexos causal entre trabalho-adoecimento. Precisariam então buscar decantar as particularidades de cada processo de trabalho concreto e extrair as características gerais das cargas e do desgaste das diferentes etapas e subetapas típicas do processo de produção capitalista. Dessa forma, à medida que se sabe que tipo de processo de trabalho está presente num centro de trabalho, pode-se predizer quais são as principais cargas e os traços gerais do padrão de desgaste.

A questão não é tão simples quanto parece. A dificuldade de se estabelecer o caráter da relação entre o processo social e o processo saúde-doença se dá porque temos, por um lado, o processo social e, por outro, o processo biológico sem que seja

---

<sup>212</sup> O que nos desvela um entendimento de nexos causal enquanto subsunção do biológico ao social ou de produção social das formas biológicas humanas. Saúde-doença enquanto processo social. Ou seja, um retorno às posições teleológicas primárias lukascianas que caracterizam o metabolismo homem x natureza na transformação da segunda pelo primeiro através da mediação do trabalho.

imediatamente visível como um se transforma no outro. Na verdade, Laurell (1982, p. 15) exemplificava a questão ao dizer que, enfrentamos um “caixa-negra”, no qual o social entra de um lado e o biológico sai de outro, sem que se saiba o que ocorre dentro dela. Porém entendia que a explicação causal social do processo saúde-doença reside na máxima de que a exceção não pode ser encarada como a regra. Ou seja, se um trabalhador adoece de enfermidade em nada relacionada com o processo de trabalho em que está inserido, este deve ser compreendido como exceção frente à coletividade<sup>213</sup>, de forma que esta sim por sua vez, deve ser a regra<sup>214</sup>. Ou seja, tal exceção, portanto, não deve invalidar a regra.

Assim, abordar toda a problemática do processo saúde-doença compreendendo nexos causais entre trabalho-adoecimento enquanto fenômeno coletivo e como fato social ao invés de se estabelecer a doença como processo particular, é assumir que, o padrão social de desgaste e reprodução biológica relativo à doença, não se expressam em entidades patológicas específicas, mas sim no perfil patológico, que é uma gama ampla de padecimentos específicos mais ou menos bem definidos.

Tal entendimento é expresso na concepção de saúde pública no Brasil desde a CF/1988. Inclusive, justamente pensando em se definir o perfil patológico de morbimortalidade dos trabalhadores é que se tem, no ano de 2001, o Ministério da Saúde brasileiro apresentando princípios norteadores para o diagnóstico de padecimentos específicos e de evidencição de nexos causais das doenças relacionadas ao trabalho através da Portaria 1.339/99 (Ministério da Saúde, 2001). O aludido documento toma como referência o Decreto 3048/99 (MPAS, 1999) com suas alterações, em que o estabelecimento do nexo causal entre a doença e a atividade atual ou pregressa do trabalhador representa o ponto de partida para o diagnóstico e a terapêutica corretos, para as ações de vigilância e para o registro das informações. É hoje, este, um importante instrumento que serve como manual de procedimentos a serem seguidos pelos profissionais da saúde na evidencição de nexos causais entre trabalho-adoecimento.

---

<sup>213</sup> Quanto ao exposto, Wandelli (2015, p. 200) enxerga a questão pelo ponto de vista da Psicodinâmica do Trabalho, ao dizer que, de fato, as relações entre as restrições advindas das condições de trabalho e a saúde das pessoas não pode ser compreendida à luz de um modelo mecânico de causalidade, pois sempre se interpõem, aí, a reação singular da corporeidade, as estratégias individuais e coletivas de defesa, que se colocam como força ativa frente às restrições, muitas vezes causando, com isso, problemas maiores. Não se pode então prever exatamente de que forma as singularidades reagem às pressões da organização do trabalho, em termos de estratégias individuais e coletivas de defesa ou mesmo em termos de sintomas psíquicos ou somáticos. Contudo, o essencial é que se podem antever quais as contingências organizativas que aumentam os riscos, em termos de saúde e autonomia, para os trabalhadores.

<sup>214</sup> O que ocorre atualmente, no entanto é que, no sistema estrutural das perícias, tal problemática do nexo causal é ideologicamente vista de forma contrária à disposta por Laurell & Noriega.

“Juízes pedem para ver se tem agravo, se tem nexo e se há incapacidade. Eu me utilizo do manual do Ministério e da CIF” (psicóloga perita judicial de SP)

Santos Júnior e Cherem (2013, p. 276) destacam alguns pontos importantes sobre o processo de elaboração do manual supracitado. Do ponto de vista conceitual, apontam que a comissão de especialistas que fora designada para realizar o trabalho, muitos destes remanescentes dos movimentos da reforma sanitária dos anos 1980, preferiu trabalhar com a compreensão ampla de “doenças relacionados com o trabalho”, o que na visão dos autores permitiu a superação da confusa denominação ou – talvez – sutil diferença entre “doenças profissionais” e “doenças do trabalho”, presente na conceituação legal da Lei 8.213/91. Conseqüentemente, estão incluídas na lista elaborada pelo menos três categorias de doenças que, segundo a classificação proposta por Schilling (1984) abrangeriam:

Grupo I: doenças em que **o trabalho é causa necessária**, tipificadas pelas “doenças profissionais” *strictu sensu* e pelas intoxicações profissionais agudas;  
Grupo II: doenças em que **o trabalho pode ser um fator de risco**, contributivo, mas não necessário, o que é exemplificado por todas as doenças “comuns”, mais frequentes ou mais precoces em determinados grupos ocupacionais, sendo que, portanto, o nexos causal é de natureza eminentemente epidemiológica. Por exemplo: a hipertensão arterial e as neoplasias malignas em determinados grupos ocupacionais ou profissões;  
Grupo III: doenças em que **o trabalho é provocador de um distúrbio latente, ou agravador de doença já estabelecida ou pré-existente**, ou seja, concausa, tipificadas pelas doenças alérgicas de pele e respiratórias e pelos distúrbios mentais, em determinados grupos ocupacionais ou profissões.

**Quadro I. Classificação das Doenças Segundo sua Relação com o Trabalho**

<b>Categoria</b>	<b>Exemplos</b>
I – Trabalho como causa necessária	Intoxicação por chumbo Silicose Doenças profissionais legalmente reconhecidas
II – Trabalho como fator contributivo, mas não necessário	Doença coronariana Doenças do aparelho locomotor Câncer Varizes dos membros inferiores
III – Trabalho como desencadeante de um distúrbio latente, ou agravador de doença já estabelecida	Bronquite Crônica Dermatite de contato alérgica Asma Doenças Mentais

Fonte: Ministério da Saúde do Brasil. Quadro II – Classificação das doenças segundo sua relação com o

trabalho (adaptado de Schilling, 1984). A investigação das relações saúde-trabalho, o estabelecimento do nexos causal da doença com o trabalho e as ações decorrente. In: *Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001, p. 28.

Os autores prosseguem dizendo que, com a efetivação deste avançado empreendimento, um salto de qualidade conceitual e operacional no que se refere à possibilidade do correto diagnóstico das doenças que se relacionam etiologicamente com o trabalho pelo Sistema Único de Saúde (SUS), foi dado a partir do estabelecimento do nexos causal entre doença e o trabalho em pessoas economicamente ativas.

*“O nexos causal ainda é nebuloso quanto à SMRT mas melhorou com o manual do Ministério” (terapeuta ocupacional de SP perita do MPT).*

Em nossa experiência francesa de estágio doutoral pudemos conferir iniciativa semelhante. Na França, como na maioria dos países ocidentais, uma patologia só pode ser definida como uma doença profissional com base em critérios específicos pois o subconhecimento do nexos causal das doenças laborais também se dá devido às dificuldades de codificação<sup>215</sup>. Portanto, um conjunto de tabelas, denominadas *Tableaux des Maladies Professionnelles* (Tabelas das Doenças Profissionais)<sup>216</sup>, define a lista<sup>217</sup> de patologias que podem ser reconhecidas como doenças relacionadas ao trabalho e é voltada principalmente aos trabalhadores do setor privado (semelhante aos nossos celetistas, de

---

<sup>215</sup> Na França, uma comissão consultiva, a Comissão Especializada de Doenças Profissionais, é responsável pela melhoria da assistência às doenças de origem profissional, particularmente criando ou revisando "tabelas" sobre doenças profissionais, que definem as patologias a se indenizar e enunciar as condições em que possam surgir. Esta assembleia, criada por um decreto ministerial em 1984, é uma das seis comissões especializadas do Conselho Superior de Prevenção de Riscos Profissionais, órgão consultivo do Ministério do Trabalho. A composição do Comitê de Doenças Profissionais é semelhante à do Conselho Superior e semelhante à dos órgãos consultivos encontrados em todos os ministérios: é composto por treze membros que representam departamentos ministeriais e organismos públicos; cinco representantes dos trabalhadores, nomeados com base em confederações sindicais que se beneficiam de uma presunção de representatividade a nível nacional; cinco representantes dos empregadores, nomeados da mesma forma (com exceção de um representante de empresas públicas nomeado pelo Ministro da Economia), e; finalmente, um número de pessoas ditas "qualificadas" escolhidas entre os especialistas que se sentam no Conselho Superior.

<sup>216</sup> As referidas tabelas estão disponíveis para consulta em < <http://www.inrs.fr/publications/bdd/mp.html>>.

<sup>217</sup> As *Tableaux...* são promulgadas sob a forma de decretos no Conselho de Estado e aparecem no Código de Seguridade Social francês. Após serem discutidas na Comissão Especializada das Doenças Profissionais, são encaminhados pela Direção das Relações do Trabalho para a Direção da Seguridade Social, que depois os envia, para parecer, à Comissão de Acidentes do Trabalho-Doenças Profissionais da *Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés* (CNAMTS), ao Comitê Interministerial de Coordenação em Matéria de Seguridade Social e, finalmente, à seção social do Conselho de Estado. De acordo com a pesquisa de Déplaud (2005, p. 711), as tabelas de doenças profissionais, tal como promulgadas, são geralmente idênticas ao projeto adotado pela Comissão Especializada das Doenças Profissionais sem sofrer quaisquer modificações ao longo do caminho.

vínculo formal de trabalho)<sup>218219</sup>. As doenças profissionais são, portanto, uma categoria específica de doenças, codificadas pela lei francesa<sup>220</sup> que, longe de ser o resultado de considerações científicas, são muito mais objeto de lutas e tensões entre representantes sindicais e patronais<sup>221222</sup>.

A lei que originou as *Tableaux...* de 27 de outubro de 1919, estende o conceito de “doenças de origem profissional” da lei de 9 de abril de 1898 sobre acidentes de trabalho, que define as doenças relacionadas ao trabalho como doenças profissionais com “condições agudas ou crônicas, referenciadas nas tabelas anexados à Lei citada, quando atingem trabalhadores geralmente envolvidos com trabalhos industriais correspondentes”. Contudo, a redação atual da lei é diferente, mas a referência às *Tableaux...* permanece: de acordo com o artigo L. 461-1 do Código da Seguridade Social francês, “é presumido como sendo de origem profissional todas as doenças designadas numa tabela de doenças relacionadas ao trabalho e contraída nas condições mencionadas nesta tabela”.

Cada uma dessas tabelas tem um título, que indica a categoria de patologias de que se trata e três colunas: (1) A primeira coluna envolve a designação da doença, isto é, os sinais clínicos necessários para que sejam atestados por via médica; (2) A segunda especifica um período de espera, ou seja, o período máximo entre o reconhecimento da

---

<sup>218</sup> Até o surgimento de um regime de reparação dito “complementar” em 1993, apenas as patologias listadas nessas tabelas poderiam ser reconhecidas como doenças ocupacionais entre a categoria de assalariados. Consequentemente, não se pode rigorosamente chamar “doenças profissionais” somente as patologias listadas na tabela, ou aquelas que foram reconhecidas como de origem profissional no quadro do regime complementar.

<sup>219</sup> As tabelas são aplicáveis aos empregados abrangidos pelo sistema geral de segurança social (semelhante ao nosso RGPS), ou seja, em *termos gerais*, ao “setor privado”. Os trabalhadores do regime agrícola são objeto de uma lista específica de tabelas, muitas vezes transpostas do regime geral. Quanto aos funcionários públicos, eles se beneficiam das tabelas de doenças profissionais do regime geral, porém, possuem um regime de reparação suplementar (PLANTEY, 2001, p. 655-665).

<sup>220</sup> A mais recente revisão/ampliação das *Tableaux des Maladies Professionnelles* datam de 5 de maio de 2017 com o Decreto 2017-812 que cria as tabelas 52-BIS e 99 e altera as tabelas 57 e 79 do regime geral.

<sup>221</sup> A Comissão Especializada de Doenças Profissionais, responsável pela criação e revisão da *Tableaux des Maladies Professionnelles* é estruturado por uma divisão muito marcada entre os representantes das organizações de empregadores e os das centrais sindicais, de tal forma que a codificação das doenças profissionais depende mais dos compromissos e acordos os quais as duas partes definem em consenso do que com considerações científicas. A presença majoritária de médicos na referida Comissão e, portanto, a incorporação de lógicas específicas do campo médico no interior desta instância, seria favorável ao surgimento de uma discussão racional e fundamentada, isto é, de uma discussão em que se busca apreciar, de acordo com regras comuns, o valor dos argumentos de um e de outros. No entanto, vê-se que lá (como cá) a oposição dos delegados patronais e dos representantes sindicais é marcada por discussões que se dão justamente no âmbito do saber médico-legal.

<sup>222</sup> A Comissão Especializada de Doenças Profissionais enfrenta, portanto, dois regimes de argumentação médica, um baseado em conhecimentos clínicos, e o outro sobre o conhecimento prático das condições de trabalho, que estão longe de se beneficiar da mesma legitimidade dentro e fora do campo médico. A presença de muitos médicos nesta Comissão e a necessidade de argumentar cientificamente não alteram fundamentalmente o equilíbrio de poder, mas sim tendem a reforçá-lo (DÉPLAUDE, 2005, p. 709).

condição e a data em que o trabalhador deixou de estar exposto ao risco. Esta coluna também pode incluir, dependendo da doença, uma duração mínima de exposição ao risco e; (3) a terceira coluna possui uma lista limitativa ou indicativa dos tipos de trabalho suscetíveis de causar tais doenças, afins de se evidenciar onexo causal:

**Quadro II. Título:** afirma o dano e eventualmente o tipo de doença.

<b>Designação da Doença</b>	<b>Tempo de Espera/Cuidado</b>	<b>Lista indicativa ou limitativa de Trabalhos</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nome da doença;</li> <li>• Sintomas;</li> <li>• Critérios de evolução;</li> <li>• Critérios de gravidade;</li> <li>• Exames exigidos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tempo entre o fim da exposição ao risco e constatação médica dos primeiros sintomas;</li> <li>• Duração mínima da exposição ao risco (válido somente para algumas tabelas).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Em todos os casos, a exposição ao risco deve ser comprovada pelo segurado, na prática através de perícia feita pela Seguridade Social.</li> </ul>

Fonte: Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS). *Structure des tableaux et des commentaires*. Disponível em: <<http://www.inrs.fr/publications/bdd/mp/aideConsultation>>. Acesso em 19 de jun de 2017.

Assim, no sistema francês é uma doença relacionada ao trabalho todas as doenças que satisfaçam as condições que figuram em uma das *Tableaux*.... Não cabe ao médico generalista ou mesmo especialista que irá consultar o trabalhador ou a trabalhadora dizer se a patologia que os acomete é de origem profissional ou não. De acordo com Déplaude (2005, p. 713) este profissional deve simplesmente verificar se o trabalhador ou a trabalhadora possuem as características clínicas listadas na tabela e, em seguida, preencher o atestado médico que o trabalhador ou a trabalhadora devam ser inclusos na "declaração de doença profissional" que ele envia à *Caisse Primaire d'Assurance Maladie* (CPAM).

Compete em seguida a um médico-conselheiro do CPAM controlar se as outras duas condições (Tempo de Espera/Cuidado e Lista indicativa ou limitativa de Trabalhos)

são respeitadas. Se este for o caso, a patologia sofrida pelo trabalhador ou trabalhadora é então presumida como de origem laboral. Esse dispositivo prevê, portanto, uma assistência automática aos trabalhadores, a menos que suas declarações de doenças profissionais não sejam contestadas pela CPAM ou pelo empregador. O que, de fato, segundo Thébaud-Mony (1991, p. 70-78) é extremamente comum, muitas vezes tornando o reconhecimento das doenças profissionais um verdadeiro “caminho das pedras” para os trabalhadores franceses. Vê-se que a dificuldade pela obtenção do nexo causal repete-se também nos países ditos desenvolvidos independente dos direitos conquistados historicamente pela classe trabalhadora.

Demonstra-se que não somente no Brasil, como na França e em outros países, os vínculos entre o trabalho e o adoecimento vêm ganhando visibilidade crescente e estabelecer o nexo causal entre saúde/doença com a atividade dos trabalhadores torna-se uma questão decisiva, afetando a vida de muitas pessoas hoje acometidas de agravos à sua saúde em decorrência de seu trabalho e que sofrem por ainda atualmente não saber a quem recorrer e como fazer valer os seus direitos. Seria o perito essa figura a quem o trabalhador deve recorrer para "dar luz" ao nexo causal entre o adoecimento e seu trabalho? Ora, se for possível a esse profissional compreender a categoria *processo de trabalho* pode ser que sim. No formato como se encontram as formas de se fazer perícias no mundo concreto e real, dizemos, portanto, que não.

Partindo então do entendimento da importância da preocupação crescente em se estabelecer nexo causal entre trabalho-doença afim de avançarmos nessa questão no campo das perícias em trabalho-saúde, reafirma-se ainda hoje o imperativo de uma investigação diagnóstica que faça parte do cotidiano dos peritos tal qual Ramazzini (2000) há mais de três séculos já apregoava. Sobre a necessidade de, na cabeceira da cama de qualquer indivíduo, perguntar-lhe onde trabalha para saber se na fonte de seu sustento não se encontrava a causa de sua enfermidade.

Contudo, promover essa ruptura profunda no interior do pensamento jurídico-sanitário cujo postulado fundamental ainda é sobre o caráter a-histórico da biologia humana, é onde nos parece ainda residir as dificuldades quando estamos no território das doenças relacionadas ao trabalho<sup>223</sup>, pois o que um nexo causal oculta na verdade, como dissemos, é justamente uma gama de fatores que envolvem a organização do trabalho em

---

<sup>223</sup> São ainda confusos e mal determinados por exemplo os nexos causais de qualquer doença mental. Contudo, pode um laudo/diagnóstico nesse campo não ser passível de erros em se tratando do aspecto subjetivo inerente a essa atividade?

si e seu papel nos adoecimentos laborais. Que por sua vez, oculta outros tantos problemas tais como a culpabilização da vítima<sup>224</sup>, sua redução de capacidade laborativa e incapacidade parcial, seu prognóstico (este, tema caro aos peritos inclusive), bem como tratamento<sup>225</sup> e reabilitação.

De acordo com Gaulejac (2007, p. 226), uma política prevencionista séria nunca deveria abrir mão de levar em conta o contexto organizacional que comumente faz emergir os adoecimentos que encontramos no seio da sociedade. Bem como também o papel do Estado em lidar com tais questões.

Ora, se justamente o Estado é a forma de mediação do conflito capital-trabalho pendendo aos interesses do primeiro, as conquistas efetivadas no cerne deste, bem como no interior do sistema jurídico-sanitário superestrutural, não devem ser raciocinadas como fins últimas, mas sim, a sociedade civil deve dar respostas à barbárie do capital por meio de seus atores sociais, quais sejam, trabalhadores, intelectuais de classe e servidores públicos que atuam justamente no interior das esferas jurídico-sanitárias e que vão além dos ditames dos próprios espaços burocraticamente cristalizados em que estão inseridos.

Somente a experiência dos trabalhadores, surgida de sua inserção específica na sociedade e enquanto atores que vivenciam e experenciam o processo de valorização do valor na carne, é que nos permite chegar a uma compreensão dos nexos de causalidade entre adoecimento-trabalho. E a única transformação efetiva é aquela que surge da ação direta baseada nessa experiência, sintetizada tanto na experiência particular de determinado grupo de trabalhadores como nas condições gerais da classe num movimento dialético entre o particular e o universal.

Portanto, a questão que se coloca se dá sobre a capacidade coletiva dos trabalhadores em colocarem para si problemas complexos, e articular estratégias de

---

<sup>224</sup> Em seu estudo sobre a LER na categoria bancária, Ribeiro (1997, p. 90) relata que o caminho mais fácil para o administrador é responsabilizar o subordinado adoecido, vendo no fato de adoecer, uma forma disfarçada de insubordinação. É um modo de invalidar suas queixas e necessidades, antecipando-se ao aparecimento de outros casos e queixas similares. Para o autor, invalidar pessoas que têm sofrimento, sempre solitário, e que lidam com medos, ameaças e perdas, não é difícil. Mais fácil ainda se é mulher. Vai da insinuação pouco sutil de estar ou ser nervosa, ao xingamento escrachado de estar louca. As LER são ditas manifestações psicológicas, significando uma debilidade intrínseca do adoecido, logo sua auto culpabilidade. E como no referido estudo, os adoecidos, em sua maioria, são mulheres, as LER passam a ser coisa de mulher, expressão carregada de preconceito que mal disfarça a estratégia de inibir a revelação da doença por parte dos homens.

<sup>225</sup> A empresa, a prática médica na forma em que está organizada, a previdência social e o próprio adoecido, por razões diferentes resistem ao afastamento e buscam o rápido retorno ao trabalho. Os médicos, particularmente, não insistem muito nesse ponto, sobretudo, porque as resistências são grandes e institucionais. Escudam-se, para justificar esse lavar de mãos, na legislação da previdência social que confere grande poder discricionário aos seus peritos, orientados para sempre duvidar do vínculo de qualquer doença com o trabalho, invocando a fragilidade ou inconsistência de “provas” (RIBEIRO, 1997, p. 91).

transformação, de forma que as lutas por sua saúde no trabalho devem se desenvolver somente parcial e inicialmente no terreno imposto pela esfera jurídico-sanitária. É importante fazermos esse esclarecimento, visto que o entendimento denexo causal tal como o encontrado no campo jurídico-sanitário atualmente, estabelece a “doença” como processo particular ou derivado de conceitos como o de “risco” que diz respeito a soma dos “perigos” de um ambiente de trabalho. É preciso ir além dessa visão limitada de que as patologias do trabalho são derivadas unicamente de riscos físicos, químicos, biológicos, ergonômicos e de acidentes.

Logo, se nos distanciarmos dessa visão limitada e já superada de Saúde Ocupacional poderemos caminhar no sentido proposto por Lima (2005, p. 78) quando esta aborda um ponto chave exercício de estabelecimento donexo causal entre trabalho-saúde: a necessidade de se criar equipes interdisciplinares para realizar diagnósticos, propor medidas preventivas ou soluções nos ambientes de trabalho que permitam verificar com tenacidade os nexos causais entre os problemas de saúde e o exercício das atividades laborais.

Contudo, ainda observamos a predominância do discurso biologizante impregnado da concepção de Saúde Ocupacional no trabalho dos peritos quando da elucidação donexo causal e na individualização de questões relativas aos adoecimentos do trabalho bem como numa redundância das técnicas e na instrumentalização das leis.

*“Pela profissão e o que ela faz já consigo identificar o nexo. Tem que pensar também que mesmo que o trabalhador use EPI não é garantia de 100% [...] me baseio em protocolos e leis [para evidenciar nexo]”* (médico perito do INSS do interior de SP).

*“Havia uma dificuldade do trabalhador conseguir um laudo com nexo no CRST ou mesmo na rede [pública de saúde]. Ele precisava ser encaminhado a um psiquiatra na rede para receber esse laudo com nexo, e ser medicado, para poder levar no INSS. Só assim o perito do INSS aceitava e deferia o benefício”* (terapeuta ocupacional aposentada de um CRST em SP e perita do MPT).

*“Um médico do trabalho que eu conheço trabalhava num grande hospital particular de São Paulo e lá ele chegava a colocar no prontuário do paciente o nexo causal, mas não colocava nos seus lados”* (médico do trabalho de um Cerest da grande SP).

*“Benefício: Auxílio-doença; História: Torneiro mecânico, 49 anos, refere que faz uso de álcool desde os 20 anos de idade tendo sido internado em 19/06/2013 porque estava bebendo muito e queria se desintoxicar [...] traz receitas de Diazepam+Carbamazepina+Tiamina assinadas pelo mesmo*

facultativo na mesma data. Cita ser esta a 4ª internação; Exame Físico: BEG, corado, cita estar abstêmio desde 19/07/2013. Esposa diz que frequenta grupo na empresa. Sem tremores. Cita ser casado e não ter filhos. Memória e crítica preservadas, sem alterações de senso-percepção, sem polarização de humor. Cuidado pessoal adequado, sem tremores de extremidades; Data do Exame: 19/07/2013; Início da Doença: 09/12/1985; Início da Incapacidade: 29/05/2013; Cessaçãõ do Benefício: 31/07/2013 CID: F10.2 – Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool – síndrome de dependência; Considerações: Inapto; Justificativa para o não enquadramento no NTEP: Não há evidências/indícios de exposição a risco ergonômico (biomecânico e outros); Acidente do Trabalho: Não; Auxílio Acidente: Não; Resultado: Existe incapacidade laborativa. ” (Laudo Médico Pericial do INSS PR de 26/08/2014).

“Hoje o médico da empresa, o perito e o sindicato tão tudo ligado. Tem muito lugar que não tão abrindo CAT e tem gente da empresa que tá chegando lá e pedindo pra não abrir mesmo. Porque seria pra empresa ou sindicato abrir, mas não tão abrindo porque? Porque eles sabem que se você pegar um B91 [benefício acidentário], te dá estabilidade de 1 ano e a empresa tem que te pagar tudo o que ela paga pra qualquer funcionário lá dentro. E o B31 [benefício previdenciário] é como uma unha encravada. E eles tão é... tem uns [médicos] nos Cerests por aí, um em São Bernardo que não sei o que aconteceu ele sumiu de lá. Tem um na Mooca, a mesma coisa. Eles [empresa] tão pressionando os caras pros caras não dar a CAT pra nenhum funcionário. Porque? Porque tá uma corja aí entre eles [...] a gente pula prum lado, pula pro outro, todos nós somos pai de família, então, poxa... eu no meu caso todo estourado. Problema no ombro, joelho, cabeça, tudo. Tem lugar que dava antes [a CAT] aí ou ele deixa de existir ou o pessoal fica pressionando colocando um monte de dificuldade pra você não conseguir a CAT [...] no meu caso não tem como negar que tenha sido lá, porque eu to com o tendão rompido. Então, nesse meu trabalho lá eu faço preparação de kit de freio do caminhão. Então eu trabalho numa bancada puxando rolos de tecalon, então eu faço esse movimento aqui [demonstra o movimento do trabalho de um lado para o outro]. É uma bancada numerada e eles pegam uma planilha como essa e você vai montar o caminhão. Tem caminhão que é 12 metros, 14, 6... aí digamos aqui: [demonstra] aqui tem a bancada, é como se eu tivesse aqui, aqui tem a estufa com o rolo tecalon, aí eu vou pegar o rolo tecalon e vou fazer esse movimento aqui [demonstra movimento de rotação dos braços acima dos ombros], nessa, foi onde estourou o tendão. Aí o que acontece, a empresa quis se safar. De que maneira? Como eles sempre quer tirar o deles da reta, então a gente tem que fazer alguma coisa, não pra se dar bem, mas pra cuidar da gente. Então em 2015 eu senti umas dores, aí pedi uma ressonância pro médico dentro da firma. Nessa ressonância constou tendão rompido, e aí o tempo foi passando e lá... lá dentro é corrido. Dentro de empresa de caminhão meu, você não para! Aí até pra ir no banheiro, você tem problema pra ir no banheiro. Sobrecarregado. Na hora que você vai fazer uma coisa te dizem “não a linha não pode parar”, a “linha tá rodando” e isso e aquilo... e tem que de todas as formas, trabalhar. Embora as outras áreas paravam, nós não [...] nós lá da bancada não parava. Chicote [faz com os dedos o estalar de um chicote]. Aí nessa época eu trabalhava à noite (das 15h às 24h) e a gente era mais cobrado, mesmo em menos pessoas, para produzir mais caminhões do que a parte da manhã [...] aí como eu te falei, fiz a ressonância e to todo moído, todo moído. Sem falar que eu fiz uma cirurgia no joelho a pouco mais de 1 ano atrás. Porque nessa, a gente ficava nesse movimento pra lá e pra cá e a gente ficava pisando tipo em cima de uma borracha pra não ter tanto impacto com o chão, chão duro. Só que nessas viradas às vezes travava o pé, aí esse tendão aqui [demonstra perna direita]rompeu o ligamento, tive que fazer cirurgia. Aí beleza só que aí a empresa se safou disso aqui porque quando eu entrei lá eu falei [no exame admissional], e ficou no meu histórico lá dentro, que, como eu

tinha alegado que meu esporte era futebol, eles [médico da empresa] alegaram, saíram fora da história do joelho. Mas do ombro não. Aí o tempo foi passando, certo dia eu em casa afastado, recebi um telegrama da empresa dizendo “certo dia você passa lá pra fazer seu encerramento de contrato”. E eu carteira assinada. Aí a área ficou defasada e recebi outro telegrama pra voltar a trabalhar. Aí fui, aquela correria... to afastado até hoje [2017]. Aí rolou uns PDVs lá e eu não aderi. Meu irmão pegou, faltava 2 anos pra ele se aposentar, e não conseguiu aposentar. E nisso aí tinha uma cláusula no contrato dizendo que você não podia mais por a empresa no pau. E eu em casa afastado. Tava com ressonância de 2015 e entrei na empresa em 2011. A gente vê que sai até nos noticiários aqui que quem trabalha nessa área não tem como não ter se estourado, então como eles diz que não tem nexô? E a empresa não quer saber, quando você chega lá no horário o chefe tá aqui batendo no seu ombro sorridente. A hora que você chega com um atestado o cara já te olha de cara feia [...] com o benefício deles [INSS] eu não pego nem a metade do meu salário. Ainda bem que minha esposa trabalha também. E eu faço tratamento da coluna, dos ombros, do joelho e pra cabeça também. Alguns medicamentos aí, do ombro e outros que eles me passam eu nem tomo porque me faz passar mal. Tomo só o Paroxetina todo dia pra cabeça. E ainda faço acunpuntura e fisioterapia. Aí a fisioterapeuta já falava pra mim “Se você continuar nisso aí [trabalho] só vai piorar”. E chegou num ponto que eu ia num supermercado, a mulher me entrega uma sacolinha de 5kg e eu nem dormia à noite de tanta dor. A bursite ela corre aqui por dentro de você e te faz ficar dando soco no ar involuntário. Sem falar na coluna, nos dois ombros. Os médicos querem me dar injeções forte e eu não tomo porque passo mal. Aí eu to no que a fisioterapeuta fala mesmo. Fazendo uma porção de exercícios. Porque daqui a pouco eu não vou dar conta de andar com essa pasta. 42 anos! Só depois de passar por duas perícias [no INSS] e correndo atrás de muita informação que eu consegui o B91. Só que tenho que ficar recorrendo toda vez. E dessa última perícia aí digamos que eu contei com a sorte, porque ela tava marcada pra um dia, só que nesse dia eu ainda não tinha conseguido passar pelo médico [assistente/particular], aí fui lá no INSS e falei: “Olha eu não tenho como passar por perícia porque eu to despreparado”. Aí me responderam: “Ah se vira aí”. É nessas pegada aí. Eles não querem nem saber se você tem o relatório pra passar lá ou não. Aí eu argumentei: “Poxa, mas eu to todo quebrado, não tenho condição de voltar a trabalhar, se eu for passar por perícia desse jeito, ele vai me colocar pra trabalhar. Como que eu vou trabalhar? Tenho problema nos dois ombros, na coluna, tal...”. Aí chamaram a... digamos que fosse, alguma coisa lá dentro, aí ela chegou pra mim e disse “Olha a gente aqui não pode fazer isso até porque vocês tem que marcar isso pelo 135. Mas eu vou fazer o seguinte pra você: eu vou deixar aqui na agenda do médico perito. Você consegue esse relatório em 3 dias?”. Eu falei: “Eu não sei se eu vou conseguir, mas vou tentar”. Aí como as coisas né... Deus me ajudou, eu consegui. Aí sabe o que que aconteceu? Naquele dia era para eu ter passado pelo perito que eu imagino que é também contratado da firma. E 3 dias depois eu fui passar e foi com outro perito. Aí que que aconteceu? O perito tava tão perdido que não sabia nem onde tava. [Reproduz a fala do perito]: “Poxa quem é você mesmo? É o que? É o que?”. Aí achou meu papel lá e disse: “Ué você tá a 1 ano parado, não voltou ainda por quê?”. Aí começou a olhar meus relatórios, me olhando com cara feia, começou a escrever e disse: “Beleza você sabe como funciona né? Olha lá na internet depois pra ver o resultado”. Eu acredito que talvez, talvez não, Deus é testemunha, que foi por isso que eu consegui mais tempo. Porque nessa última eu consegui mais que 5 meses afastado. E das outras eu só consegui 1 mês. Já fiz várias perícias [...] a empresa com a qual eu trabalho, já se falaram, não posso falar com certeza, mas que a empresa montou uma sala dentro do INSS com perito dela. Ou seja, os caras lá da empresa já vão tudo direcionado com ele. Pra eles fazer o que quer. E nos meus relatórios pedia pra eu ser encaminhado pra reabilitação mais o médico [da empresa] não assinava, aí eu ficava pra lá [empresa] e pra cá [INSS] tentando como Jesus Cristo que

*disse: “Insiste em bater que uma hora dá!”. Eu não consegui fazer essa reabilitação, mas meu benefício agora vai até o ano que vem [2018] mas só por causa disso aí que eu te falei [troca de peritos]. [...] os médicos que você passa tem que ser guerreiro pra fazer o laudo, porque os peritos aí nem olha. Aí eu consegui uma procuração pra ter meus laudo pra ver o que que os peritos escrevem. Aí tá lá: “paciente sobe na maca normalmente”, “paciente anda normalmente” [risos irônicos]. Aí eles lançaram só esse M75.1 [síndrome do manguito rotador] aí, mas Deus me ajude pra que eu consiga encaixar [nexo] também esse M51.0 [transtornos de discos lombares e de outros discos intervertebrais com mielopatia] da coluna e o F20.4 [depressão pós-esquizofrênica] da cabeça” (trabalhador montador de máquinas, motores e acessórios de empresa automobilística da grande SP).*

Assim, afim de procedermos numa maior compreensão dos diferentes aspectos que envolvem a prática da perícia no Brasil calcadas em tal visão ideológica, interessamos entender por exemplo, qual o perfil, as atividades laborais pertinentes ao perito em suas várias instâncias, o que este especialista produz, sob qual condição produz e principalmente, para quem produz. Acredita-se que o movimento constante entre decompor o processo global do trabalho pericial em suas partes constitutivas e recompô-lo depurando os elementos secundários se faz extremamente necessário. Desse modo, buscaremos expor, em breve análise, o que as teses da literatura médica e jurídica, o movimento do real e nossa antítese teórica-metodológica sintetizam sobre o campo pericial em nosso país.

#### 4.2 Perícia: produto e processo de trabalho

Conforme vimos na introdução desse estudo, a classe dominante, força esta interessada na manutenção do processo social, através da mediação do Estado, se apodera do poder de decisão e influência sobre as consequências práticas da vida social como o de se determinar, por exemplo, o processo saúde-doença. Nesse subitem procederemos numa investigação do processo de trabalho dos peritos em trabalho-saúde e do laudo pericial enquanto produto dessa técnica, visando a um diálogo entre a literatura do direito e da medicina hegemônica e nosso método dialético de análise.

Dessa forma, vê-se que, as obras especializadas sobre o tema das perícias disponíveis na literatura, costumam dar maior destaque às áreas criminais (perícias de responsabilidade penal por exemplo) e às cíveis, com avaliação da capacidade civil, dando pouca ênfase para as questões que envolvem o campo da Saúde do Trabalhador e

consequentemente do processo de adoecimento pelo trabalho. Na área da saúde especificamente, encontram-se definições que vão na confluência de que a perícia tanto consiste no exame de pessoas, - ou cadáveres -, com a finalidade de avaliar lesões, causas, quantificar sequelas e disfunções para fins de indenização, quanto mensurar comprometimento da capacidade laborativa em trabalhadores, ou atestar capacidade/incapacidade para determinada atividade, numa clara adesão à visão da Saúde Ocupacional<sup>226</sup>.

Alcântara (2006, p.87) define a prática médico-pericial como sendo: “(...) a capacidade teórica e prática para empregar, com talento, determinado campo do conhecimento, alcançando sempre os mesmos resultados”. Nakano, Rodrigues Filho e Santos (2007, p.33) nesse mesmo sentido entendem que a perícia é uma sindicância de natureza médica que visa a esclarecer fatos que interessam em um procedimento judicial, administrativo-estatal ou mesmo privado. Consideram um elemento de prova fundamental quando as normas (penais, civis, administrativa, etc.) exigem conhecimentos médicos para serem executadas. Na visão dos autores a perícia trata de ramo da Medicina Legal em que os ensinamentos técnicos e científicos especiais são ministrados nas especializações da área em questão e suficientes para a emissão de pareceres. Brandimiller (1996, p. 25) descreve que a perícia é o exame das situações ou fatos relacionados a coisas e pessoas, praticado por *especialista* na matéria que lhe é submetida, com o objetivo de elucidar determinados aspectos técnicos.

Uma perícia deve então contribuir para demonstrar a existência ou não de um fato que está em análise atuando na direção da formação de uma convicção sob o olhar de um julgador, seja a Justiça, a Previdência ou demais órgãos periciais. Mas de qual pressuposto parte para conceber seu parecer tido como verdadeiro e irrefutável nos âmbitos em que se faz presente?

Ora, todo o caráter classista enraizado no sistema jurídico-sanitário superestrutural não advém do mero interesse de uma classe. Esse sistema atua na esfera da ideologia pretendendo-se um reflexo o mais adequado possível da realidade. Por entoar-se como capaz de captar e traduzir o processo saúde-doença nivelando-o em padrões universais biomédicos, é que, as perícias fornecem a quem lhe demanda, de forma

---

<sup>226</sup> Hoje o médico da fábrica julga a aptidão para o trabalho e seleciona a força-trabalho; (...) o médico legista determina quem é inválido e quem pode continuar no trabalho, etc. A sociedade confia aos médicos, funções que antes eram fruto de mecanismos <<espontâneos>> de seleção (BERLINGUER, 1978, P. 153-154).

fetichizada e subreptícia, uma reprodução de base consistente e estruturada das relações mercantis. Tal processo se dá na mesma medida em que se afirma de maneira sistemática e autossuficiente, como apartado das condições materiais e objetivas que dão vida a esse sistema.

A perícia é hoje, em geral, um ato médico com contexto e finalidades social e historicamente determinadas, como também delimitadas, conforme vimos nos capítulos 1 e 2 deste estudo. É realizada por requisição formal de instituição pública ou privada, ou de pessoa jurídica. Seus resultados são apresentados através de *parecer* sucinto, apenas com respostas a quesitos previamente formulados, ou de *laudo técnico*<sup>227</sup> com exposição detalhada dos elementos investigados, sua análise e fundamentação das conclusões, além da resposta aos quesitos previamente formulados (BRADIMILLER, 1996, p. 26).

É, então, um processo de trabalho, de *trabalho abstrato* nos ditames marxista, que se concretiza na maioria das vezes na produção desta peça ou relatório com características formais, intrínsecas e extrínsecas, denominada *laudo pericial*. Tal peça contém o resultado materializado, fundamentado científica ou tecnicamente, de procedimentos utilizados para constatação, prova ou demonstração conclusiva sobre a 'veracidade' do estado do objeto sobre o qual recaíram as atenções do perito. Ou seja, tal como as demais mercadorias derivadas das formas capitalistas de produção, o laudo pericial também assume uma forma-mercadoria fetichizada resultante do caráter social peculiar da sociedade produtora de mercadorias.

Tão logo o laudo pericial torna-se uma mercadoria, ganha um valor de troca a ser consumido pela Justiça, pela Previdência Social e/ou demais órgãos administrativos. Como bem nos relembra Marx (2013, p. 295), reflete a quem dele se fará uso, - magistrados e órgãos públicos e privados de saúde/previdenciários -, os caracteres sociais próprios do trabalho pericial enquanto caracteres objetivos dos próprios produtos deste trabalho (o laudo pericial), como propriedades sociais que são naturais a essas coisas e, por isso, reflete também a relação social dos produtores (peritos-magistrados-órgãos públicos) com o trabalho total (o sistema jurídico-sanitário) como uma relação social

---

<sup>227</sup> Por exemplo, de acordo com o Manual de Perícia Oficial em Saúde do Servidor Público Federal (2017) este dita que os elementos apurados no exame médico-pericial deverão "ser registrados em prontuário, com linguagem clara, objetiva e adequada. O laudo pericial compõe peça legal que servirá de base a todo o processo e, portanto, não poderá conter: a) insuficiência e imprecisão nos dados; b.) incoerência entre os dados semióticos encontrados e o diagnóstico firmado; c) indecisão, prejudicando o julgamento da conclusão; d) espaços em branco ou traços. Quando nada for encontrado, deverão ser usadas expressões que traduzam a ausência de anormalidade; e. diagnósticos, exceto os que a lei determina que sejam especificados."

entre os objetos (laudo-litígio), existente à margem de quem os produziu. Nesse caso, quem os produz insere-se no que denominamos *questão pericial sistêmica* composta por seus agentes: Justiça/Previdência Social/Órgãos administrativos públicos ou privados (quem demanda), Profissões ligadas à área da saúde (quem produz) arraigado na lógica jurídico-sanitária (condições, organização e processo que determinam o que se produz).

Entendendo que justamente a instância última do trabalho pericial deva ser precisamente produzir tal prova por meio do laudo pericial. França (2000) diz que a prova não é outra coisa senão o elemento que visa corroborar um fato ou não. Desse modo, tem a perícia a faculdade de contribuir com a revelação da existência (ou da não) de um fato suposto, - por exemplo o nexo causal entre determinada patologia e o trabalho e/ou a incapacidade laborativa -, possibilitando ao magistrado e/ou aos demais órgãos previdenciários e administrativos públicos e privados, a oportunidade de se aperceber de uma 'verdade' e de formar sua convicção.

Contudo, se a abordagem biologizante do processo saúde-doença enquanto expressão ideológica que continua forte nas escolas, no meio acadêmico e corporativo entre os profissionais da saúde, a despeito do esforço de pesquisadores em ampliar o olhar para além das células, tal prova já é produzida imbuída de significados que irão delinear esse conceito ultrapassado de saúde o qual Justiça, Previdência Social e demais órgãos administrativos públicos e privados irão se ancorar e reproduzir. Em outras palavras, é como se os conflitos essenciais de classe, sob o prisma biologizante da saúde estivessem ocultados na instrumentalização do laudo pericial respaldado sempre em preceitos jurídico-normativos:

*“A perícia médica requer provas. Coloco [no laudo] se a pessoa vem sendo assistida, peço um relatório do agravamento da doença mental por exemplo, exames de atenção, memória, afeto, aparência, o tradicional para transtornos mentais”* (médico perito do INSS região oeste de SP).

*“Tem trabalhador que chega com atestado/laudo com 10 CIDs e eu só posso por [no laudo] um que o SABI permite. Um principal e um segundo facultativo. O SABI tem limite de caracteres pra gente escrever [o laudo]. Cabe só a história ocupacional, data do adoecimento, data da incapacidade essas coisas. Quanto maior e mais extenso for o laudo que o trabalhador trouxer do médico assistente, mais falso parece [...] médico assistente não tem precisa dizer sobre incapacidade. Isso é papel do perito”* (médico perito do INSS região leste de SP).

*“Nesses casos [saúde mental] levo em conta a origem do tratamento. Histórico de medicamentos, tratamento multiprofissional, se frequenta CAPS, conduta*

*social do paciente. O verdadeiro paciente psiquiátrico não tenta burlar. Há certas malandragens que se descobre e se tem parâmetros para colocar [no laudo] e ver o que não está errado. Se o paciente chega dopado na perícia eu consigo notar. Sei que ninguém vive desse jeito a não ser que esteja internado. Essas doenças não começam do nada” (médico perito do INSS da Grande SP).*

*“O médico não deveria falar sobre incapacidade no laudo, mas fala. [...] A gente tende a dar o laudo pro trabalhador para poder receber proventos. Eu mesmo só pegava causas em que a empresa tinha culpa para poder receber os R\$500,00” (médico perito judicial do interior de SP).*

*“Médicos que se dispõem a ser peritos integralmente fazem cerca de 40 perícias/mês. Muitos vendem os laudos para as empresas pois se o trabalhador perder podem receber apenas R\$600,00 [...] ganham em média de 3 a 4 mil reais para serem técnicos de empresas. Quando o laudo é favorável ao trabalhador, a empresa já logo entra em acordo e quando há acordo muito provavelmente o perito ganha menos também [...] as decisões sobre os benefícios são calcadas num subjetivismo muito grande. É o entendimento de cada perito. Perito não tem que julgar, tem que dizer se há doença, incapacidade e sequela e se tudo isso tem nexos com o trabalho” (médico de Santa Catarina, foi perito do INSS por 6 anos no SIASS e 4 como perito judicial).*

*“História: Voltou ao trabalho por 1 semana e depois não foi mais. Faz tratamento que informa uso de Risperidona 2mg à noite por CID F22.0 [Transtorno delirante]. Exame Físico: Entrou só. Verborrêico. Refere que quer sair da firma. Lúcido, orientado, memória e crítica preservada, ritmo de pensamento acelerado, sem sinais psicóticos, higiene pessoal boa e arrumado. Data Exame: 04/06/2008. Início da Doença: 14/05/2007. Considerações: não há incapacidade. Acidente do Trabalho: Não. Auxílio Acidente: Não. Resultado: Não existe capacidade laborativa” (laudo médico pericial de INSS PR).*

*“História: Embalador, deficiência mental leve, refere que ao iniciar uso de Risperidona para tratamento complementar de convulsões em Dez de 2009 apresentou braquicardia e hipotensão que melhoraram com retirada do medicamento e uso de Depakote 250mg e Exodus 20mg ao dia, F31.9 [Transtorno afetivo bipolar não especificado] + F79 [Retardo mental não especificado]. Tem forame oval perveo mas hemodinamismo sem repercussões clínicas conforme médico [assistente]. Exame físico: Informando bem, tem aparência gentil, sorrindo, pouco infantil, refere que está animado para retornar ao trabalho. Nega convulsões desde início de 2010. Data Exame: 18/02/2010. Início da Doença: 01/12/2009. Início da Incapacidade: 11/12/2009. Cessaçã do Benefício: 18/02/2010. Considerações: Atualmente capaz. Acidente do Trabalho: Não. Auxílio Acidente: Não. Resultado: Existe incapacidade laborativa” (laudo médico pericial de INSS PR).*

*“O exame clínico foi realizado no dia 01/06/2009, às 15h horas na sede da Reclamada [...] seu labor consistia em pegar lâminas de madeira e passar cola, montando as placas no carrinho, que quando enchia, era levado a uma distância de mais ou menos 5 metros e então carregado pela empilhadeira. Após algum tempo passou a sentir dor nas costas. Procurou médico da saúde pública do município que o afastou por lombalgia, recebendo benefício do INSS de julho de 2005 a janeiro de 2006 [...]. Retornou na mesma função, realizando rodízio. Trabalhou por 8 meses, até ser demitido em 18/09/2006,*

*com dor. No exame físico apresenta calosidade palmar em ambas as mãos, escoliose e dor a apalpação da musculatura paravertebral. Deambula normalmente, senta e levanta com desenvoltura. Teste de Hoover positivo [teste para se verificar simulação] [...]. Quem pode ter lombalgia? A lombalgia é um problema extremamente comum [...] Como se manifesta a lombalgia? Entre 65% e 80% da população mundial desenvolve dorsalgia em alguma etapa de suas vidas [...] desenvolvem dor decorrente de uso excessivo das estruturas dorsais [...]. A dorsalgia pode ser influenciada por deficiência ou má qualidade crônicas do sono, fadiga, falta de exercícios e fatores psicossociais [...]. A lombalgia também pode ser causada por esforços repetitivos, excesso de peso, pequenos traumas, condicionamento físico inadequado, erro postural, posição não ergonômica no trabalho (essa é a causa mais frequente para a torção e distensão dos músculos e ligamentos que causam a lombalgia [...]). Como pode ser o tratamento da lombalgia? [...] na grande maioria dos casos os pacientes apresentam dorsalgia em virtude de um problema mecânico que não pode ser identificado [...] Retorno às atividades profissionais e de recreação usuais tão logo seja possível. Resposta aos quesitos: [Foram realizados] exames periódicos e demissional, estando o autor apto em todos [...]. Hoje está apto para o trabalho [...]. Não trabalhava agachado ou com os ombros arcados, mas a posição em que trabalha e a força para deslocar o carrinho até a empilhadeira podem provocar dor. Conclusão: O Autor apresentou Lombalgia, permanecendo afastado do trabalho para tratamento adequado. O rodízio que os funcionários realizam evitam que ocorra repetitividade. Refere que não trabalha há quase 3 anos e as dores persistem, o que leva a crer que outras causas podem provocar os sintomas. A presença de calos palmares sugerem que o autor não está sem trabalhar e o exame físico sugere simulação. Diante do exposto acima, pode-se concluir que: (1) O Autor apresentou lombalgia, motivo que gerou seu afastamento; (2) Recebeu tratamento médico; (3) Não apresenta sequelas; (4) Lombalgia é uma doença multifatorial e não posso afirmar existir nexos causais e; (5) Sua capacidade laborativa atual é plena” (médico perito judicial vinculado à Vara do Trabalho no PR com especializações em Cirurgia do Aparelho Digestivo e Cirurgia Geral).*

*“Uma vez estive como assistente técnico do trabalhador e tinha lá um perito novato. Fazia um bom exame clínico ortopédico até, porém nem os laudos emitia pois não sabia fazer. Juiz o multou em R\$300,00 por cada laudo não entregue” (médico perito judicial e docente universitário de SP).*

*“Os laudos lá do professor [cita o nome] da Faculdade de Medicina [USP] são muito vagabundos e precários. Não que ele não saiba, porém ele acha que pelo o que ele recebe, pouco, ele dá o arroz com feijão mesmo. É duro sustentar um laudo dele para ganhar causa. Tem outro também, é adepto da Medicina Nishi. Nunca seus laudos têm nexos com o trabalho. É patronal” (advogado trabalhista de SP).*

Os enxertos acima expõem um déficit epistêmico por parte dos peritos em não se compreender a categoria *processo de trabalho*, assim como os processos organizacionais. Também não parecem estar a par da literatura recente e atualizada bem como os dados epidemiológicos que hoje auxiliam em se visualizar o nexos causal entre adoecimento-trabalho focando a confecção de seus laudos em métodos investigativos provenientes da

visão biomédica em que há uma primazia pelo olhar investigativo à queixa em detrimento da escuta clínica para se formular hipóteses diagnósticas.

Por outro lado, também encontramos laudos, estes, oriundos exclusivamente da esfera judicial, que evidenciando onexo causal ou não, busca-se ir além do modelo biomédico, mesmo por vezes se apropriando dos instrumentos metodológicos desse a fim de dá-los nova significação/interpretação, como também justamente encontrando percalços de seu enraizamento histórico, solidificado enquanto ‘verdade’ científica incontestável no campo da saúde:

*“Coloco no laudo seguindo o modelo de análise pluridimensional do Le Guillant: trajetória de vida/trajetória de trabalho e dados epidemiológicos/fatores de desgaste à saúde da categoria [...] como a CID é ‘ato médico, coloco no laudo algo como ‘sintomas compatíveis com...’ e a CID ‘risos]” (psicóloga perita judicial e docente universitária de SP).*

*“Essa perícia [trabalhador que realizava manutenção de aviões] tinha nexoe como era uma ‘psicose ligada ao trabalho’ mas tinha também ‘transtorno do estado pós-traumático ligado ao trabalho’, daí foi um malabarismo pra colocar no laudo. E como não pode dar um diagnóstico com CID, porque é coisa de médico, colocava ‘sintomas compatíveis com...’ [...]a fala do trabalhador é sempre prioridade na perícia, mais do que a ida ao local de trabalho inclusive, porque é difícil compreender a organização do trabalho [...]fazia busca da história de vida, de trabalho e a literatura. Anexava o laudo ao processo e depois não via mais o resultado. Tentava consultar online mas nunca conseguia checar [...] Nos laudos evidenciava nexo causal. Acho difícil falar em incapacidade porque não há como prever que o trabalhador possa ficar incapaz para outros trabalhos. Tem que se ter cuidado ao dar um veredicto ao trabalhador que ele é incapaz de trabalhar. Pra mim é a mesma coisa: ‘Tem como saber se um criminoso será reincidente?’ ‘É uma questão delicada” (psicóloga perita judicial e assessora de um sindicato de SP).*

*“Eu já peticiono pedindo os documentos de saúde do trabalhador [...] peço pra eles levarem os atestados, medicações e carteira de trabalho. Sou minuciosa em escrever a história pregressa e os trabalhos anteriores. Colho a história de vida e a do trabalho de trás pra frente. Tipo: ‘qual foi o último trabalho e o primeiro sintoma do adoecimento’. A construção do nexoe o final do laudo, o mais complexo. Em alguns laudos havia sim um adoecimento, mas não havia nexoe. Meu primeiro laudo tinha nexoe, 36 páginas. O segundo não tinha nexoe, 15 páginas, e o 3º ainda não fiz porque estou em dúvida” (psicóloga perita judicial de MG).*

*“Após ter que ficar respondendo quesito, que no meu entendimento mais atrapalham o andamento do processo, e também ficar ouvindo dos advogados que o meu laudo não era prova porque não sou médica, passei a usar um teste, a ‘Escala Fatorial de Socialização’, que não é pra mim e sim pra agradecer advogado. O teste é autoaplicável, o próprio trabalhador preenche e depois eu anexo o score ao laudo. Como na maior parte das vezes os assistentes técnicos são os próprios advogados, eles não têm conhecimento de teste psicológico então eu vedo que eles vejam. O que coloco no laudo é, por exemplo, ‘que a testagem psicológica indicou não haver antecedentes*

psiquiátricos' [...] tem também um momento no laudo de uso de dados epidemiológicos, e o referencial teórico que vou usar. Preciso me ater à linguagem pra não ficar no 'psicologicês' e usar de uma escrita que o juiz e os advogados irão compreender. Inclusive a resolução do CFP [017/2012] pede que haja uma linguagem clara às partes participantes [...] durante a perícia eu já tenho quesitos a responder e depois no momento de fazer o laudo pode ter quesitos complementares. Como sei que minha avaliação é extensa, então eu sinto que eu contemplo os quesitos preliminares no laudo” (psicóloga perita judicial de Varas do Trabalho do interior de SP).

“Perícia realizada em 03/02/2004 no consultório do próprio médico iniciando-se às 09:04h e com término às 09:51h. Histórico da Doença: Em 1981 começou a sentir dores em dedos da mão direita, contínua, procurou auxílio médico que receitou relaxante muscular, mas as dores foram piorando em 1986 com irradiação para antebraço direito (permaneceu 2 meses afastada pelo INSS). Retornou para outra função como conferencista, na qual precisava realizar digitação também até 1991. Realizava tratamentos eventuais com medicamentos e fisioterapia. Em 1991 foi mudada de função para escriturária, mas persistiram as dores que se tornaram difusas (cervical, ombros e antebraços) com diminuição da força muscular e parestesias. Desde 06/2002 está afastada do trabalho pelo INSS. Sintomas Atuais: Apresenta dores difusas principalmente em região cervical, ombros e braços (mais intenso em membro superior direito). Usa diariamente amitriptilina, analgésicos e antiinflamatórios com alívio parcial. Também realiza 3 sessões de fisioterapia semanalmente [...] Protocolo de Exame Pericial: Após a goniometria onde se compara exame encontrado na Autora em relação ao normal, nota-se déficit importante de abdução e elevação de ombro direito [...] A Autora apresenta quadro clínico compatível com tendinite em supra espinhoso bilateral e epicondilite lateral bilateral associada a fibromialgia [...]. Resposta aos quesitos: 28 – A autora está atualmente em auxílio doença, portanto não apta ao trabalho. Considerando as lesões encontradas no exame físico, o tempo decorrido de doença, inúmeros assistentes médicos consultados e realizações de fisioterapia sempre com piora progressiva, há uma incapacidade funcional definitiva. Conclusões: Trata-se do caso de uma bancária que durante 12 anos trabalhou como digitadora e após foi mudada de função para escriturária que apresentou lesões em membros superiores e coluna cervico-dorsal evoluindo para fibromialgia em caráter progressivo e com incapacidade ocupacional (segundo CAT emitida em 18/06/2002). As características principais das DORT, segundo a literatura, são de acometer diferentes partes dos membros superiores, associar a movimentos repetitivos ou a sobrecarga muscular estática, possuir diferentes fases clínicas e estar presente em várias ocupações diferentes [...]. Portanto neste caso há umnexo direto que demonstra a intimidade entre o processo de trabalho e as lesões (epicondilite e tendinite supra espinhoso) e nexo indireto (fibromialgia) que é estabelecido quando há ocorrência de um fato conseqüente a outro de relação causal já evidenciado em tese” (laudo técnico de perícia em patologia do trabalho, emitido por médico perito judicial do PR com residência em reumatologia e com especialização em saúde e medicina do trabalho em 27/02/2004).

“O trabalho na empresa reclamada: D. foi admitido na reclamada em 01 dezembro de 2012, como vigilante, prestando serviço terceirizado para [cita nome de loja de departamentos]. Para exercer tal função, realizou curso técnico de vigilante. Trabalhava armado, vigiando a portaria do centro de distribuições da contratante, em escala de 12 horas de serviço por 36 de descanso, sendo seu horário de trabalho de 07:00h as 19:00h. Relata que em algumas ocasiões, cerca de duas vezes ao mês, em decorrência de falta de funcionários dobrava o plantão, trabalhando 24 horas seguidas. Durante o trabalho D. fazia ronda pelos arredores do galpão da contratante e trabalhava

com mais três colegas, um vigilante e dois porteiros, que compunham uma equipe fixa. Morava perto do local de trabalho e fazia o descolamento casa/trabalho/casa a pé. **3.5.1 Sequestro:** No dia 17 de julho de 2013, D. passou por um sequestro no trajeto trabalho-casa. Nesse dia, afirma que deixou seu posto na troca com o colega de trabalho, que chegara mais cedo, cerca de 30 minutos antes do fim do expediente e saiu da empresa contratante, a pé, em destino a sua casa por volta das 06:30h. Foi abordado por sujeitos, ainda próximo as redondezas do galpão da [cita nome de loja de departamentos], que o colocaram dentro de um carro e o encapuzaram. D. relata que foi mantido refém por cerca de uma hora, período em que os sequestradores negociavam por telefone se o matariam. D., foi solto na cidade de [cita o nome de cidade no interior de MG] por volta das 07:50h, não tendo sofrido violência física e nem tendo seus bens pessoais roubados. Contudo, relata ter passado por tortura psicológica, que incluía ameaças de morte caso registrasse o sequestro em boletim de ocorrência policial. D. infere que os sequestradores estavam relacionados ao saque de carga de um caminhão de mercadorias da [cita nome da referida loja de departamentos novamente] que ocorrera no mesmo dia. **Surgimento dos sintomas e afastamento:** Após o episódio, logo ao ser solto, D. relata que se sentiu desesperado, nervoso, exaltado, teve dores de cabeça, taquicardia, crises de choro e sensação de fraqueza nas pernas. Após alguns minutos em choque telefonou a um amigo que o buscou em [cita o nome de cidade do interior de MG]. Relata ter passado por momentos de muita tensão até a chegada do amigo, com muito receio do retorno dos sequestradores. Apesar de resistir a realizar o registro do ocorrido na polícia por medo dos assaltantes, foi encaminhado pelo colega à delegacia, onde registrou boletim de ocorrência (constante às páginas 6 e 7 dos autos) e foi levado ao hospital (relatório às págs. 51 dos autos), onde foi medicado com calmantes, segundo relata. A partir do dia seguinte, D. passou a sentir incapaz de sair sozinho de casa. Durante a primeira semana teve várias crises de choro. Os sintomas foram se agravando e D. passou a sentir medo constante, paranoia, receio de novos assaltos, pesadelos recorrentes com cenas de assaltos, perseguição e espancamentos e lembranças frequentes do episódio [...]. Foi encaminhado ao INSS e recebeu auxílio-doença durante o período de 30 de agosto a 30 de setembro de 2013, conforme documento constante às páginas 08 dos autos. **3.5.3 Demissão:** Após voltar do afastamento previdenciário, em novembro de 2013, D. não se sentia apto a fazer porte de arma de fogo. Apesar de suas recusas e da contraindicação médica de que trabalhasse armado, D. relata que os seus pedidos não foram atendidos e foi pressionado pela reclamada a continuar portando arma em seu posto de trabalho [...]. Foi demitido, sem justa causa, em 02/12/2013. **Síntese do Exame Psíquico:** Estava bem apresentado, com vestimentas normais e cuidados com o corpo aparentemente conservados. Estava, também, consciente da situação na qual se encontrava, orientado no tempo e espaço, bem como apresentava boa orientação autopsíquica (reconhece fatos como seus, sabe quem é) e alopsíquica (reconhece os fatos fora do eu, no ambiente). Não apresentou ao longo de sua fala problemas de concentração e estava normovigil, ou seja, não apresentou problemas de atenção. Memória preservada, com concatenação de fatos. Apresentou bom vocabulário e bom encadeamento lógico de ideias. Sem presença ou relatos de alterações sensoperceptivas (alucinações). Através de sua fala percebe-se o curso e forma do pensamento preservados, sem sinais de delírios. Apresentou linguagem normal. Apresentou, ainda, humor hipotímico (baixa de humor). Apresentou-se hipobúlico (vontade rebaixada). Psicomotricidade conservada. E pragmatismo, ou seja, capacidade de executar atividades rotineiras, prejudicado. **4. Análises Conclusivas:** Considerando a hipótese diagnóstica de CID 10 F 43.1 [Estado de “stress” pós-traumático]; Considerando o surgimento de transtorno de estresse pós-traumático após o acidente de trabalho compatível com o que é descrito no Manual de Doenças Relacionadas ao Trabalho do Ministério da Saúde (ANEXO); Considerando o histórico familiar negativo acerca das enfermidades e a ausência de fatores traumáticos

*fora da esfera laboral; Considerando a alteração na qualidade de vida e na saúde psíquica do reclamante após o acidente de trabalho; Considerando as provas anexadas aos autos e as avaliações técnicas periciais; Conclui-se que há nexo de causalidade entre a enfermidade do Sr. D. S. S. e o acidente de trabalho ocorrido durante o pacto laboral com a [cita nome da empresa terceirizada pela loja de departamentos]” (laudo pericial de psicóloga perita judicial e mestre em Psicologia de MG).*

Vê-se que da produção dos laudos supracitados, daqueles que caracterizam e os que não caracterizam nexo entre trabalho-saúde, que as contradições do *processo de trabalho* do perito estão impressas a seu lado pericial, este enquanto *forma-mercadoria*. Há por um lado, *trabalho concreto*, expresso nas características qualitativas dos laudos que se supõe o saber-fazer de cada perito, traduzido em sua abordagem teórico-metodológica e sua visão ideológico-conceitual sobre o processo saúde-doença e que lhe gera *valores de uso*; como também *trabalho abstrato*, observado nos atributos quantitativos do mesmo, tais como o dispêndio de energia física e intelectual, ao se lidar com as adversidades inerentes às condições de trabalho outorgando-lhe *valores de troca* a outrem, a saber, a Previdência Social e/ou da Justiça do Trabalho, para que estes os consumam<sup>228</sup>.

Então, ao sistema jurídico-sanitário, - em sua aparência -, apartado dos conflitos vitais de classe e, - em essência -, ao mesmo tempo em que não faz sentido algum sem estes, por relacionar-se de forma simbiótica com a base econômica e, portanto, com a forma-mercadoria, é que fetichiza o *valor de uso* de um laudo, preservando o *trabalho concreto* do perito enquanto um saber-fazer científico dito especializado necessário à sua legitimação social, porém interpondo-o e subordinando ao que realmente lhe interessa: o *valor de troca* deste. Na medida mesma em que tal sistema se propõe a manter a norma, a relação entre classes, muito embora conflituosa, é fator inclusive necessário para que este sistema se retroalimente.

---

<sup>228</sup> Ao recorrermos à discussão acerca das formas de vigência do *trabalho imaterial*, concordamos com a interpretação de Antunes (2009, p. 129-130) que oferece uma reelaboração do significado do conceito em questão, quando discute a centralidade do trabalho nos dias atuais, colocando-o como uma *tendência no mundo produtivo da organização capitalista moderna* em interação com as formas de trabalho material. E essa articulação tanto para o autor, quanto para nós, nos parece decisiva para que uma apreensão mais aproximada do mundo produtivo seja efetivada. O que importa é que, seja pelo exercício laborativo *manual*, seja pelo intelectual/*imaterial*, ambos, entretanto, controlados pelo sistema de metabolismo societal do capital, a *alienação (Entfremdung) do trabalho* encontra-se em sua essência, preservada. Ainda que fenomenicamente minimizado pela redução da separação entre a elaboração e a execução, como é o caso do perito, a subjetividade que emerge no espaço produtivo da clínica/consultório é a expressão de uma *existência inautêntica e estranhada* nos ditames de Tertulian (1993).

Noutras palavras, se podemos considerar o *trabalho* como elemento fundante da sociabilidade humana, temos que considerar também que, no modo de produção capitalista ele tornou-se fetichizado, assalariado, alienado e mero meio de subsistência, sendo, portanto, mercadoria igualmente consumível pelo capital e suas instituições que o suportam. Com o processo de trabalho do perito não é diferente. Enquanto trabalho intelectual que participa do processo de criação de valores encontra-se também sob a regência do fetichismo da mercadoria e da lógica da cooperação, ao passo que, seria ilusório pensar que se trata de trabalho intelectual dotado de sentido e autodeterminação, pois é antes um *trabalho intelectual/abstrato*<sup>229</sup>.

Contudo, há nesse fazer, afirmações e negações dos sentidos do trabalho. Se o estranhamento permanece no *trabalho intelectual abstrato*, tal fenômeno, entendido como expressão contraditória no capitalismo, como *processo*, é também expressão de luta e resistência. Ou seja, enquanto possui um sentido positivo resguardado no saber-tácito do perito que é ao mesmo tempo, fetichizadamente indispensável à geração do valor, é também, por onde expressa-se a revolta de sua condição estranhada permitindo-lhe ser capaz de questionar justamente os usos e apropriações de seu saber intelectual, bem como seu *processo de trabalho*. Ao mesmo tempo em que o sentido negativo deste também é precisamente a exteriorização deste saber intelectual, materializando seu esforço cognitivo, no *produto do trabalho*, a saber o laudo pericial, que será utilizado para manutenção do sistema vigente que reverbera a partir das instituições que compõem o sistema-jurídico estrutural.

Explica-se: o saber intelectual – e tácito - próprio do perito é: (1) tanto o que lhe permite afirmar (ou questionar) a visão biomédica do processo saúde-doença, conceber e executar seu trabalho com vistas a constatar (ou não) a evidência de nexo de causalidade entre trabalho-adoecimento jogando ao trabalho (ou ao capital) o ônus da prova de atestar o contrário, e, com isso, ir no sentido (ou na contramão) da norma vigente corroborando-a (ou lhe declarando resistência), quanto; (2) dispêndio de energia físico-cognitiva, ou seja, de sua *força de trabalho* enquanto trabalho intelectual que o é, para imprimi-lo ao *produto do trabalho* (laudo pericial), tão logo estes são produzidos como mercadorias, -

---

<sup>229</sup> Conforme Cotrim (2009, p. 134-135), trabalho material é aquele que se objetiva em produtos materiais, e trabalho imaterial aquele que se objetiva em produto não-material, como trabalhos intelectuais e científicos. Os produtos imateriais são indubitavelmente objetivos, e sua exteriorização se dá por meio da linguagem em várias formas. Não se pode esquecer que, ainda que o produto do trabalho imaterial seja cristalizado na matéria, sua objetividade própria continua sendo a linguagem. O suporte material é produto de trabalho distinto, de modo que não se pode confundir com trabalho que gera, daquele que cria.

e como tal, possuem *valor de troca* -, exteriorizando-o pela forma-dinheiro (honorários periciais na forma jurídica e assalariada na previdenciária) e, ao fazê-lo, o produto de seu trabalho (o laudo pericial) não mais o(a) pertence. Ganha “vida própria” nas apropriações e significados quaisquer que Justiça e Previdência Social lhe conferem quando o consome em suas instâncias. O laudo quando acabado e entregue aos fins que se destina, é mudo, por assim dizer, no que diz respeito a como/sob quais condições, foi produzido, e a quem o produziu (valores, especialidades, visão ideológico-conceitual, abordagem teórico-metodológica, intencionalidade e etc.).

Assim, o *savoir-faire* do perito no fim das contas, reduz-se a um carimbo/assinatura que legitime sua habilidade legal em exercer o papel que lhe foi conferido, a saber: evidenciar (ou não) nexos causais entre trabalho-adoecimento e/ou, se há (ou não) incapacidade laborativa e possível extensão do dano e seu prognóstico. Pois, a despeito da técnica e da abordagem teórico-metodológica empregada em seu processo de trabalho para a confecção de seu laudo pericial, este só se efetiva verdadeiramente no uso que o magistrado ou a instituição previdenciária fazem dele. Ou seja, enquanto um *trabalho abstrato*, serve a terceiros, e não a si.

Na esfera jurídica trabalhista, por exemplo, caso o operador do direito julgue o laudo pericial infundado, pode não vincular sua decisão à conclusão do mesmo reservando para si sempre o livre convencimento. Ou seja, têm-se que o *valor de troca* do produto, conquanto proveniente de *trabalho abstrato* do perito mantém sua função, ao passo que o *valor de uso* foi avaliado como inútil e, portanto, descartado<sup>230</sup>. Se, de acordo com Marx (2013, p. 119) quando este afirma que nenhuma coisa pode ser valor sem ser objeto de uso, uma vez que o valor de uso do laudo pericial é descartado, também o é o próprio trabalho pericial, e, igualmente, sua formação, conhecimentos, habilidades, e destrezas, (ou seja, seu saber-fazer), que não conta como trabalho e não cria, por isso, nenhum valor<sup>231</sup>.

No âmbito do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) do contrário, o perito possui o princípio do parecer vinculante, ou seja, na maior parte dos casos, a instituição

---

<sup>230</sup> O que não quer dizer que não haja enobrecimento intelectual do trabalhador durante o processo, mesmo que dialeticamente, também o haja o desgaste, justamente por tratar-se de *trabalho abstrato*.

<sup>231</sup> Seria tal como comprarmos um eletrodoméstico para nossas casas, pagar por ele e, ao invés de ligá-lo e colocá-lo para executar a função que deve exercer, como por exemplo, uma geladeira que deve conservar os alimentos resfriados de forma a tê-los armazenados para satisfazer a necessidade humano-fisiológica da alimentação, nós simplesmente a deixamos encostada, tomando poeira e passamos a satisfazer tal necessidade de outras formas (comendo fora de casa, comprando alimentos já preparados e etc.). “O valor de uso de uma mercadoria se efetiva apenas em seu uso ou consumo” (MARX, 2013, p. 114).

previdenciária referenda as conclusões apontadas no laudo pericial e a partir de seus dados analisa se o segurado possui direito ao benefício requerido, se por vezes não há carência, ou então perdeu a qualidade de segurado ou por iniciar a contribuição junto ao órgão já na condição incapacitante. Ou seja, apenas confere procedimentos burocráticos que em nada tem a ver com a decisão médico pericial. Veremos tais detalhes no próximo capítulo quando entrarmos a fundo na forma de organização da perícia previdenciária.

Contudo, permanece não sendo o perito quem concede o benefício, mas sim o próprio INSS, pois a ele cabe avaliar a capacidade laborativa do segurado e fixar as datas do início da doença e da incapacidade quando constatada e verificar se há nexos com o trabalho, não conferindo ao perito a autonomia da decisão. A partir destes dados a instituição analisa se o segurado terá ou não o direito ao benefício a partir dos critérios descritos acima. Assim, o laudo do perito previdenciário enquanto *valor de troca* é sempre utilizado pela instituição previdenciária, ao passo que apenas raras as vezes seu *valor de uso* também não o é.

Desse modo, podemos inferir que, seja efetivando ou não o *valor de uso* do laudo pericial (mercadoria) pelas instâncias jurídicas e/ou previdenciárias, o que se observa como denominador comum, é que do *valor de troca* tais instituições não renunciam. Então, os peritos de ambos os espaços, ao exteriorizarem o produto de seu trabalho (laudo pericial), este se lhe defronta como um ser estranho, como um poder independente deles.

Considera-se, portanto, a relação do perito com seu *processo* de trabalho, ou seja, o modo de fazer as perícias, a organização, as condições, no que tange prazos, metas e objetivos, enquanto uma atividade alienada. Desta como não lhe pertencente. Como por exemplo, no caso das perícias previdenciárias no INSS e a com este profissional lida com a pontuação que tem que ser atingida em seu expediente de trabalho devido as metas postas pela instituição:

*“Olha só, nós estamos em março e eu tenho perícia agendada até 23 de junho e só agenda aberta em 27 de julho [...] e ainda tenho que fazer 18 pontos em perícias por dia”* (médico perito previdenciário de SP).

*“O SABI [Sistema de Administração de Benefícios por Incapacidade] de certa forma absorve um modo de trabalho nosso. Ser perito do INSS é um trabalho muito desgastante. Todo dia tem que se dar conta de 15 perícias e tem pessoas que não entram na qualidade de segurado. [...] as decisões sobre benefícios são calcadas num subjetivismo muito grande. É o entendimento de cada perito. Perito não tem que julgar, tem que dizer se há doença, incapacidade e sequela e se tudo isso tem nexos com o trabalho”* (médico perito previdenciário exonerado de agência em SC).

*“Nós somos em 37 peritos na gerência pra dar conta de 13 cidades. Aqui em [cita o nome da cidade] por ser a sede, nós somos em 11 apenas. Eu tenho que cumprir 15 pontos/dia. Por exemplo: a perícia domiciliar me vale 4 pontos e a judicial 6. As comuns de Ax1 são só 1 ponto [...]. A gratificação salarial é atrelada ao tempo de espera da fila. Na gerência aqui em [cita novamente nome da cidade] a média é de uma semana de espera somente”* (médico-chefe dos Peritos do INSS de uma agência do interior de SP).

*“A perícia por si já é um momento tenso. É tensa porque o indivíduo tem que provar sobre aquilo que ele viveu e os assistentes técnicos, principalmente por parte da empresa, costumam fazer perguntas bem agressivas”* (psicóloga perita judicial em SP).

*“Juiz avalia de acordo com a capacidade. Pede ao perito para valorar a quantidade da incapacidade em porcentagem. E é muito difícil pôr valores nisso, principalmente nos casos de saúde mental”* (médico perito judicial de SC).

*“O prazo é de 30 dias corridos a partir da intimação. Para fazer a perícia e produzir o laudo. Aí [para ser mais rápida] dou atenção [nos autos do processo] à queixa, aos quesitos, se tem assistente técnico e etc. depois marco as entrevistas de 1h, 2h30 de duração. Penso que o bom é conseguir fazer 2 casos por mês. Porque dá muito trabalho e toma muito tempo”* (psicóloga perita judicial de MG).

E também a relação do perito com o *produto* do trabalho como objeto alienado e poderoso sobre ele.

*“Gostaria de ter uma sistemática de acompanhamento pós-perícias que faço. Pra saber o que acontece”* (psicóloga perita judicial de SP e docente de ensino superior).

*“Anexava o laudo ao processo e depois não via o resultado. Tentava consultar online mas nunca conseguia checar”* (psicóloga perita judicial de SP).

*“Nem sei se o juiz lê meus laudos, mas gosto de fazer bem completos, em torno de 25 a 30 páginas. Levo muito à sério colocar todos os conteúdos, fundamental, a parte ética do que se pode colocar no laudo e etc.”* (psicóloga perita do interior de SP).

*“O médico perito quem decide se dá o benefício e as vezes não sobra tempo pra verificar atestado [...]. A maioria dos médicos peritos lá, a meu ver, não dizem sobre incapacidades e nem menos indicam a reabilitação em seus laudos”* (médico perito previdenciário exonerado de agência em SP).

*“Tem benefícios que precisam de homologação de perito supervisor. Tipo, DCB de mais de 1 ano, aposentadoria por invalidez, aposentadoria especial*

*insalubridade B.42, auxílio acidente, pensão para maior inválido, invalidez com mais de 21 anos, F.70 retardo mental, síndrome de down e etc. O perito supervisor é quem tem uma visão maior sobre os benefícios tendo um conhecimento mais amplo. Ele permanece no setor de perícias. Depende da situação, o perito quem decide se convoca o periciando ou não, às vezes pode trabalhar com o que tem no sistema. Não existe uma agenda para perícias que necessitam de homologação. Em média de 20 a 30 processos por dia. Um auxílio-acidente é difícil de homologar sem convocar o periciando. Em casos de aposentadoria especial, sempre documental, ou por invalidez quase nunca convoca” (médico perito previdenciário de agência da Grande SP).*

*“Quando eu fazia a perícia focava no nexo pra por no meu laudo. Fazia vínculo com o segurado e não focava tanto nos documentos. E também passava do tempo estipulado de 20min. Havia um caráter de grupo lá, de consulta entre peritos para se dar B31 e não B91 no laudo, aí eu não participava” (médica perita previdenciária aposentada de agência do interior de SP).*

Desse modo, seu fazer, *processo e produto*, lhe parece uma atividade por completo, voltada contra ele próprio, dependente dele, o subjugando, - e por vezes o adoecendo -, não lhe pertencendo. Tem-se então, uma *autoalienação* desta prática, que o faz se alienar de seu próprio corpo.

*“O médico não aprende a ser perito na faculdade, mas sim depois, na prática. Nas perícias do INSS a gente deixa de ser aliado do paciente e torna-se uma barreira para ele” (médico perito previdenciário aposentado do interior de SP).*

*“Sentia uma alta responsabilidade na decisão da perícia e isso me impactou muito” (médico perito previdenciário exonerado de uma agência de SP).*

*“A perícia é técnica e não curativa. Eu vou analisar a patologia, a queixa do segurado e ver o que pode estar deixando ele incapacitado [...]. A perícia é uma análise técnica da doença [...] tem que ser técnico [...]” (médico perito previdenciário do interior de SP).*

*“As pericias [judiciais] psiquiátricas são detestadas pelos peritos que não são psiquiatras. Dão pareceres parciais porque perderam a capacidade de ouvir.... Tem que deixar o periciando falar. Saber ouvir é uma arte para o perito. É uma das ferramentas mais importantes do trabalho dele [...]. Não é fácil ser perito. Mas eu gosto de ser” (médico perito judicial do interior de SP).*

*“O trabalho da perícia é um trabalho solitário. E às vezes desanima um pouco sabe. Trabalhar sozinho não é legal” (psicóloga perita judicial do interior de SP).*

*“Eu tomo antidepressivos e anticonvulsivos e sei que a classe médica como um todo faz o mesmo” (médico perito de uma Procuradoria Regional do Trabalho do interior de SP).*

Uma consequência imediata disto, de que o perito está alienado de seu processo de trabalho enquanto atividade vital, do produto do seu trabalho, e de si enquanto ser genérico é também sua alienação de outros trabalhadores, mesmo que haja o elemento da cooperação. Em geral, a proposição de Marx (2015, p. 314) é de que, a pessoa humana, uma vez alienada de seu ser genérico, significa dizer que está alienada de outra, tal como cada uma está alienada de sua essência humana. Portanto, na relação do trabalho alienado, cada pessoa humana considera a outra segundo a medida e a relação na qual ele próprio se encontra enquanto trabalhador.

*“O periciando não pega mais o resultado da perícia com o perito [previdenciário], mas sim com o administrativo [do INSS] para evitar agressão”* (médico perito previdenciário de SP).

*“Na perícia não tinha tempo hábil para criar vínculo, mas não podia ficar amiguinho [do segurado], tinha que ter uma postura neutra. Um olho no trabalhador e outro no computador. Trabalhador chegava desconfiado, com medo de não dar certo. As vezes alguns marcavam varias perícias até dar certo”* (médico perito previdenciário exonerado de agência em SP).

*“Muitos dos peritos lá dentro eram médicos de empresas e me assediavam [moralmente]. Depois de um tempo o chefe dos peritos me tirou as perícias porque eu era uma das que mais concedia benefícios. Eu sempre procurava colocar análise de nexos dos pacientes e isso virou um problema para eles”* (médica perita previdenciária aposentada de agência do interior de SP).

*“Os advogados sempre acham que seu trabalho como perita [judicial] nunca vale o que é pedido nos honorários”* (psicóloga perita judicial do interior de SP).

*“Me lembro que numa certa vez me negaram [a fazer a perícia] pelo fato de eu ser psicóloga e não médica. O próprio reclamante pediu isso”* (psicóloga perita judicial de SP).

*“Tem até uma conversa no meio médico de que os médicos peritos geralmente são ‘curva de rio’. Não conseguiram ser bons médicos, cirurgiões, cardiologistas e etc., e viraram peritos”* (médico perito judicial de SC).

Lembremo-nos que o *trabalho abstrato*, mesmo que seja intelectual (permanece abstrato) sob a regência da alienação do trabalho, se trata de uma lógica fruto de antagonismos presentes na própria estrutura desta sociedade do capital e que coube às visões idealistas e positivistas, fortes concepções mantenedoras do *status quo* desta

sociedade, no curso da história colocarem este sistema como transcendental, acima desta história e relegando homens e mulheres à condição de meros observadores da realidade objetiva e não artífices do mesmo.

Ou seja, na mesma medida em que esse sistema precisa dos indivíduos pois necessita destes enquanto coisas subsumíveis a uma universalidade abstrata, guarda uma relação obrigatória deste com o processo de alienação próprio das formas de ser e de se trabalhar na sociedade capitalista.

Nos dizeres de Lukács (1981, p. 110), o capital se utiliza de técnicas manipulatórias particulares, o que já é suficiente para explicar o fato de que este pode se reproduzir apenas se a sociedade burguesa produz continuamente seus necessários especialistas no que, claramente demonstra também a íntima relação que este sistema guarda com as esferas da alienação e da manipulação também em sua instância superestrutural, aqui tratado de forma particular, o sistema jurídico-sanitário.

Assim, a divisão social do trabalho em sua etapa de capitalismo flexível promove a ampliação crescente da figura dos especialistas, tais como os peritos, que, dispostos à aplicação da norma, se acreditam uma camada social autônoma e, ao mesmo tempo, são o corolário sem o qual o referido sistema jurídico-sanitário não se configura como tal, subsumidos à lógica do trabalho alienado e abstrato tais como qualquer trabalhador inserido nesse sistema. Nesse ínterim, o fazer pericial torna-se um instrumento oficial e legitimado desse contexto por ser comumente determinado ou requisitado por autoridades do Estado (via poder executivo ou judiciário).

E é justamente nos diferentes aparelhos do Estado que o *processo* de trabalho pericial se determina e efetiva. Nas esferas administrativas/institucionais do mesmo costuma ser denominado *perícia técnica*, ao passo que quando praticado na esfera judicial, diz-se *perícia judicial* e na relacionada à Previdência Social diz-se *perícia previdenciária*<sup>232</sup>.

A lei nº 3.268/1957 e o decreto nº 20.931/1932, que norteiam a profissão de médico nos ajudam a esclarecer tal divisão social do trabalho pericial nas instâncias em que se apresenta. O Conselho Federal de Medicina (CFM) por exemplo, em parecer jurídico de nº. 163/1997, estabelece que:

O Ato Pericial é ato médico. O perito-médico-legista subjugam-se aos preceitos legais que regem a matéria a ser examinada. O perito médico-legista deve

---

<sup>232</sup> As seguradoras de tipo privadas têm seu corpo de especialistas próprios, médicos, que realizam avaliações em *perícia médica* para fins de indenização ou concessão de benefícios.

obediência aos preceitos éticos da medicina. O trabalho desempenhado pelo médico legista é de natureza médico-pericial e não policial.

Logo, vê-se que a Medicina, ciência primeva do campo da saúde e, enquanto campo de saber-poder constituído, portanto, historicamente, toma o Ato Pericial para si, garantindo-lhe autoridade e espaço a partir da via legislativa. Padronizando então para todas as instâncias apresentadas acima, tal fazer pericial enquanto, antes de tudo, *perícia médica*.

A literatura médica inclusive corrobora o estabelecido pelo CFM. Conforme Araújo (2009, p. 24), este salienta que perícia médica é atribuição privativa de médico, podendo ser exercida pelo civil ou militar, desde que investido em função que assegure a competência legal e administrativa do ato profissional. Pontua ainda, que a *perícia médica*, visa a definir o nexos de causalidade entre: (1) doença ou lesão e a morte (definição da causa mortis); (2) doença ou sequela de acidente e a incapacidade ou invalidez física e/ou mental; (3) o acidente e a lesão; (4) doença ou acidente e o exercício da atividade laboral; (5) doença ou acidente e sequela temporária ou permanente; (6) desempenho de atividade e riscos para si e para terceiros.

Também nos lembra Motta (2014, p. 11) que a *perícia médica* poderá ser singular, isto é, a avaliação realizada por um único perito médico, ou desempenhada por Junta Médica (dois ou mais peritos médicos) e realizada com diversas finalidades. Assim, no decorrer dessas atividades o médico perito poderá atuar também nos campos de inspeção, consultoria e auditoria, para além do designado oficialmente por instituições públicas, privadas ou por pessoa jurídica conforme dissemos.

No campo da *inspeção* das condições de trabalho, pode ser designado por órgão fiscalizador, ou por sindicatos, ministério público ou mesmo pelo capital e atuará comumente como parecerista técnico destinado a verificar o cumprimento de normas legais e/ou técnicas em Saúde e Segurança no Trabalho. Enquanto *consultoria*, essa atividade, geralmente solicitada pelo capital, irá atuar na caracterização de riscos e implementação do cumprimento de normas legais, como também pode realizar estudos voltados para a prevenção dos ditos riscos ocupacionais. Quanto à *auditoria*, Brandimiller (1996, p. 28) atesta que, embora exista tal atividade como atividade específica do médico perito, ela não se aplica ao campo da Saúde e Segurança no Trabalho.

Tem-se assim, as várias instâncias em que há o trabalho pericial envolvido nas questões relativas à trabalho-saúde. Observa-se que a *perícia médica* é exercida,

praticamente, em todas as áreas de atuação profissional do perito, como se verificará na sequência deste estudo, assim como, nos serviços prestados pela rede pública e privada.

Contudo, pelo exposto, constata-se que a *perícia médica* é uma atividade de competência exclusiva do INSS por seu histórico de consolidação e legitimação no campo da previdência tal como vimos no capítulo anterior, ao passo que, no judiciário, embora a figura do perito e dos assistentes técnicos enquanto profissionais "não-médicos" não estejam sujeitos a impedimentos pelo CPC/2015, Motta (2014, p. 15) defende fervorosamente que o conhecimento técnico de ambos, perito e assistente técnico, se faça ao mesmo nível de formação profissional para o que se pretende esclarecer, notadamente em juízo, em caso de ser a matéria técnica controvertida, a médica<sup>233</sup>.

Já Gomes (2008, p. 67) considera que perícia é o exame dos elementos materiais, quando feito por técnico qualificado para atender solicitação de autoridade competente. Ao passo que, Sousa-Lima (2011, p. 61) considera perícia como sendo toda a sindicância promovida por autoridade policial ou judiciária, acompanhada de exame em que, pela natureza do mesmo, os peritos são ou devem ser médicos e que, as perícias previdenciárias devam permanecer sendo realizadas por médicos peritos, na visão do autor, únicos profissionais capazes de analisar a condição do trabalhador, para desenvolver ou não atividade profissional, concedendo ou indeferindo benefícios de incapacidade.

Araújo (2009, p. 24) ressalta que a *perícia médica* no âmbito previdenciário, não é uma especialidade médica, mas sim uma área de atuação em medicina, e atesta também ser tal atuação, de competência exclusiva de um médico concursado e treinado internamente, que deve dominar a legislação previdenciária. Apesar de habilitado para atuar como médico e supostamente igualmente habilitado para analisar a capacidade laboral do trabalhador, Trezub (2008, p. 21) concorda que os médicos peritos estarão sujeitos às normas legais e administrativas da Previdência Social, bem como ao cumprimento dos preceitos éticos expressos no Código de Ética Médica, nas resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM) e decisões do Conselho Regional de Medicina (CRM).

Também nesse sentido, Sousa-Lima (2011, p. 2) corrobora as afirmações expostas de que o médico perito previdenciário tem e deve ter os conhecimentos necessários das

---

<sup>233</sup> Motta (2014, p. 25) inclusive frisa que a participação de "não-médicos" durante a Perícia Médica foi sopesada e reconhecida pelo TRT da 15ª Região como Ato Médico exclusivo de acordo com Processo nº 141700.98.2000.5.15.008; Acórdão 010551/10.

leis, normas, portarias, ao desempenho das suas funções como também de plenos conhecimentos de profissiografia, compreendendo que esse profissional deva possuir conhecimentos específicos para desempenhar as atividades laborais de médico perito previdenciário, como por exemplo, estar apto a realizar associações da(s) patologia(s) à atividade do indivíduo, sua idade e fatores diversos.

A instauração do então chamado "reino médico", incontestável e inquestionável nos fazeres que chama pra si no campo pericial, dá-se pelo que a literatura médica entende pela figura do médico perito como inserido na divisão social do trabalho preconizado por determinações preconcebidas de suas atuações profissionais por diversos órgãos reguladores e legislativos e que irão operar a norma (esta definida pelo discurso biologizante) numa sociedade de classes, executando nesta, a função de um especialista preenchido pelo discurso da *saúde* como se esta fosse um dado natural, necessário e não com uma concepção construída social e historicamente, ou seja, enquanto processo.

Após compreendermos de que forma o trabalho do perito, como trabalho abstrato que lhe ocasiona formas alienantes de relacionar-se com sua atividade, com seu produto, consigo e com os outros, assim também tendo apresentado as diferentes instâncias em que se insere, a partir da mimetização em prática médica, caber-nos-á agora discorrer com maior detalhamento o significado dessa figura em nossa sociedade. Ou seja, de que modo, contribui com a sustentação da hegemonia do campo jurídico-sanitário superestrutural na regulação societária ao mesmo tempo que a nega.

#### *4.3 O perito e a organização da cultura*

A autonomia relativa do sistema jurídico-sanitário da sociedade do capital precisa, para funcionar, da mediação do Estado e da produção de estruturas materiais como os especialistas, profissionais hábeis e qualificados. No interior deste sistema, a demanda por sujeitos que se relacionem consigo mesmos, com seus iguais e com os objetos e produtos de seu trabalho de forma alienada, nos diz sobre um processo relacionado à configuração de homens e mulheres como meras personificações de uma relação social alienada e que pressupõe a ausência de mediação adequada entre o singular e o universal, propiciando a manipulação refletida na subsunção. Este processo liga-se intimamente à figura destes especialistas que este sistema produz, profissionais estes com "notório saber" em seus campos de atuação.

O contraste entre as profissões e seus especialistas ganha evidência quando elas são analisadas, portanto dentro da divisão social do trabalho. A construção de algum consenso sobre as características que definiriam as profissões estaria relacionada com o reconhecimento das fronteiras que as separam das demais ocupações. Dessa forma, Freidson (2001, p. 127) propõe cinco elementos interdependentes que constituiriam o profissionalismo o qual nos utilizaremos para nos guiar no entendimento da formação da força de trabalho pericial em trabalho-saúde enquanto especialidade médica:

(1) um tipo de trabalho especializado da economia formal, com um corpo de base teórica de conhecimento e habilidades discricionários e que receba status especial na força de trabalho; (2) jurisdição exclusiva em uma dada divisão do trabalho controlada pela negociação entre as ocupações; (3) uma posição protegida no mercado de trabalho interno e externo, baseada em credenciais qualificadas criadas pela ocupação; (4) um programa formal de treinamento desenvolvido fora do mercado de trabalho, que produza credenciais qualificadas controladas pela ocupação em associação com o ensino superior e; (5) uma ideologia que priorize o compromisso com a realização de um bom trabalho em vez do ganho financeiro, e da qualidade em vez da eficiência econômica da atividade.

Nesse entendimento, vê-se que a consolidação de um campo profissional necessita de formas específicas de organização, divisão e reprodução da força de trabalho, as quais o campo médico pericial, tal como vimos em nossa digressão história sobre a profissão, alicerçou-se superficialmente (ou de forma estranhada) pois não rompe com os predicados originais quando de seu surgimento e menos ainda com o substrato econômico que, inclusive regula seu fazer.

Em outras palavras, à medida que uma forma humana precisa *dar corpo* ao sistema jurídico-sanitário superestrutural do capital, afinal, como dissemos, esse não nasce de geração espontânea, mas sim de um processo histórico, sua concepção e desenvolvimento, fica a cargo dos especialistas supostamente dotados de legitimidade jurídica e cientificidade médica de cunho positivista<sup>234</sup> (ou seja, preocupados com a manutenção da norma vigente), que, ao formatar uma singularidade de condutas que, por intermédio do Estado, nada mais são que uma generalização abstrata das formas de ser desse sistema que acredita-se acima dos interesses antagônicos de classe no interior da sociedade burguesa. E sob os esteios da 'neutralidade' é que ancoram sua profissão.

---

<sup>234</sup> Ver sobre “positivismo jurídico” em nosso glossário adiante neste estudo.

Desse modo, o saber biomédico parte de regras tão precisas cunhadas no discurso do método científico positivista que, a figura do perito médico, aparece em nossa sociedade como o *expert* possuidor de um saber incalculável e inquestionável que tão somente aplica a norma à sociedade como um todo e que, de forma estranhada, dispõe-se na mediação do conflito capital x trabalho. Expõe, contudo, todo um corolário derivado de uma lógica própria de funcionamento que se configura como neutra, geral e impessoal: um saber, portanto, inquestionável.

Brandimiller (1996, p. 26) mesmo coloca que *expertise e peritagem* são sinônimos de perícia. *Experto*, de perito, provém do latim *expertu*, aquele que tem conhecimento, experiência. O dicionário jurídico de Silva (2000, p.591) define o termo "perito", que deriva do latim *peritus*, significando qualidade de perito, sábio, experimentado, hábil, habilidade, prático em uma ciência ou arte. No direito francês, perícia é a medida de instrução consistente para proceder em constatações ou estimativas que exigem conhecimentos técnicos, por um especialista, perito, devidamente mandatado para esse fim pela instância jurídica ou por uma instituição<sup>235</sup>. Na França, as perícias médicas configuram-se como os estudos praticados por um médico-perito levando ao estabelecimento de um laudo pericial e podem ser requisitadas por diversas instâncias reconhecidas da sociedade, associações de consumidores ou hospitais, para conhecer o valor de certos procedimentos diagnósticos ou terapêuticos.

Diante desta linguagem técnica do direito, preconiza-se que o perito deve ser uma pessoa qualificada e que possua conhecimentos especiais, cujo conhecimento é requerido para ilustrar ou assessorar a Justiça ou órgãos públicos de saúde/previdenciários. Em tal sentido, afirma-se então que a denominação dada a esta habilidade ou saber, passou a distinguir a própria ação ou investigação levada a efeito para o esclarecimento pretendido.

Nakano, Rodrigues Filho e Santos (2007, p.33), oriundos da literatura médica, entendem que:

Perito é todo e qualquer profissional *especializado* em determinados ofícios, artes ou ciências, capaz de conduzir quem quer que seja à verdade, quando para tal é solicitado. É todo técnico que, designado pela justiça, recebem o encargo de esclarecer fatos, acontecimentos num processo. A atuação do perito far-se-á em qualquer fase, policial ou judiciária, do processo. A legislação ética define no seu Capítulo XI do Código de Ética Médica<sup>236</sup> as normas de condutas éticas,

<sup>235</sup> Certas perícias são ditas "amistosas" quando resultam de um acordo firmado entre as partes antes ou depois do nascimento do litígio. Outras perícias são ditas "oficiais" quando são executadas já durante o liame.

<sup>236</sup>Código de ética dos médicos, quanto a perícia médica. Resolução CFM nº. 1.246/88, DE 08.01.88 (D.O.U 26.01.88) - Capítulo XI - Perícia Médica. É vedado ao médico: Art. 118 - Deixar de atuar com absoluta

devidamente pontuadas nos artigos 118, 119, 120 e 121, complementadas pelas resoluções do CFM n. 1.488/1998, de 11 de fevereiro de 1998, sobre o desempenho ético da perícia médica.

Figueiredo, Freire & Lana (2006) entendem que, ser um perito, é estar sempre sob o compromisso da verdade, nomeado pela autoridade judiciária (ou administrativa) para ajudar a esclarecer um fato considerado relevante para o pronunciamento do órgão julgante. Couto Filho e Souza (2005) dizem que o perito médico não tem funções fiscalizadoras, mas função específica no exame de pessoas, com a finalidade de avaliar lesões, causas, quantificar sequelas e disfunções para fins de indenização, mensurar comprometimento da capacidade laborativa em trabalhadores, ou atestar capacidade para ato ou função.

Para Gonzaga (2004), o perito médico deve ter competência técnica e científica para atuar nas questões ligadas à trabalho-saúde. Para o autor, é imprescindível que este especialista tenha os conhecimentos necessários das leis, normas e portarias, para que consiga o melhor desempenho em sua função e deve agir com imparcialidade, isenção e independência, além de ser justo para não negar o que é legítimo e nem conceder, graciosamente, o que não é de direito. Deve também atuar com ética profissional, ter urbanidade e discrição; ter disciplina operacional, respeitando com rigor os prazos previamente estipulados e as formalidades pertencentes ao rol da profissão e; ter senso de justiça.

Vejamos como se definem os próprios:

*“Os diretores das Varas têm influência nas decisões dos juízes sobre a perícia e não os processos [...]. Os peritos contábeis e de insalubridade que tem muita demanda. Dão até presentes de fim de ano às Varas para continuarem a ser nomeados. Eu, só depois de 1 ano e meio que recebi da primeira perícia que fiz”* (psicóloga perita judicial de MG).

*“Já peguei 8, 10 causas aqui [cita o nome da cidade] entre 1996 e 2010. Estive 20 anos como perito do INSS até me aposentar. Entre 1996 e 2015 [...]. Fui nomeado algumas vezes para perícias trabalhistas, duas na verdade, e as*

---

isenção quando designado para servir como perito ou auditor, assim como ultrapassar os limites das suas atribuições e competência. Art. 119 - Assinar laudos periciais ou de verificação médico-legal, quando não o tenha realizado, ou participado pessoalmente do exame. Art. 120 - Ser perito de paciente seu, de pessoa de sua família ou de qualquer pessoa com a qual tenha relações capazes de influir em seu trabalho. Art. 121 - Intervir, quando em função de auditor ou perito, nos atos profissionais de outro médico, ou fazer qualquer apreciação em presença do examinado, reservando suas observações para o relatório. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de ética médica. Disponível em:** [http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=20666:codigo-de-etica-medica-res-19312009-capitulo-xi-auditoria-e-pericia-medica&catid=9:codigo-de-etica-medica-atual&Itemid=122](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=20666:codigo-de-etica-medica-res-19312009-capitulo-xi-auditoria-e-pericia-medica&catid=9:codigo-de-etica-medica-atual&Itemid=122). Acesso em: 2 jul.2015.

*demais para a justiça comum. Fui nomeado inclusive porque a justiça procurava médicos do trabalho na época [...]. Dentro da perícia, o médico tem sido alguém que diz se a pessoa está capaz ou não [...]. A rotina do médico perito do INSS inclui ameaças [...]. Médico perito do INSS vai buscar o grau de incapacidade da doença que o médico assistente diagnosticou” (médico perito aposentado do INSS no interior de SP).*

*“O perito é o cara que controla a torneira financeira da Previdência Social e não faz conscientemente. Eles veem o trabalhador sempre como simulador e que a empresa tem sempre razão. Desconhecem processos de trabalho e não sabem avaliar [...]. Tenho raiva dos peritos [...] não querem perder a supremacia [peritos do INSS]. A maioria defende a empresa. A legislação do INSS tem a lógica privada” (médica perita aposentada do INSS no interior de SP).*

*“Conforme você vai ganhando experiência, vai adquirindo know how e as perícias se tornam mais rápidas de fazer. Para perícias mais simples é mais rápido, mais complexas demora mais. Em perícias mais difíceis a gente faz uma junta medica pra discutir por exemplo porque nem sempre o atestado medico é determinante. Eu valorizo de alguns médicos mais que de outros... me questiono sobre como foi dado determinado atestado...” (médico perito do INSS do interior de SP).*

*“Os peritos do INSS, para poder dar o tempo de afastamento necessário ao trabalhador fazem uma rotatividade de CIDs... cada hora coloca um CID diferente pois cada CID tem um tempo de afastamento. A perícia costumeiramente nega o benefício que é de direito do segurado e coloca um carimbo estigmatizando o trabalhador. Antes doente, agora doente e sem dinheiro” (terapeuta ocupacional perita do MPT).*

*“Há uma falha dos médicos, assistentes, peritos, médicos do trabalho, e etc. em se compreender a totalidade do adoecimento para se detalhar e encaminhar para reabilitação [...]. Às vezes o empecilho do médico perito nem é o trabalhador segurado, mas sim o médico assistente. Cada hora pode chegar com um CID diferente, principalmente se o médico assistente é amigo do segurado” (médico perito exonerado do INSS de SP).*

*“[A perícia] é o contrário do que se aprende na medicina. Tem que verificar se o paciente está doente e se essa doença é incapacitante” (médico perito do INSS no interior de SP).*

Observa-se que a literatura médica coloca estes especialistas na medida de sua unilateralidade, como se estivessem acima das contradições sociais e dos antagonismos irreconciliáveis de classe sob a forma do capital. É uma visão deveras positivista enraizada no *dever-ser* kantiano ao atribuir a esse profissional princípios éticos e morais como o compromisso com a 'verdade'; imparcialidade, isenção, neutralidade e; disciplina e senso de justiça em suas práticas prezando pela equidade de relações.

A partir de trechos de relatos de nossos entrevistados sobre o próprio trabalho, vê-se que a literatura, ao descrever o fazer deste profissional, objetiva somente a descrição

do trabalho prescrito destes e não de seus trabalhos reais. A ideia disseminada nos manuais, portanto, é de que esses especialistas são agentes da "consciência" e munidos de um discurso universal aceito com facilidade entre e pela classe subalterna. Esquece-se de elucidar as contradições que os mesmos encontram na substância de seu processo de trabalho.

Ao discorrer sobre o papel dos especialistas, tanto no prescrito, quanto no real Foucault (1982, p. 42) nos diz que não é mais o de se colocar "um pouco na frente ou um pouco de lado" para dizer a muda verdade de todos; é antes o de lutar contra as formas de poder exatamente onde ele é, ao mesmo tempo, o objeto e o instrumento: na ordem do saber, da "verdade", da "consciência", do discurso.

Ou seja, mais do que calcarem-se no discurso jus naturalista, a tarefa desses especialistas que exercem funções de intelectuais na sociedade do capital deveria ser hoje, antes de tudo, aguerrirem uma luta contra o poder já instituído de seus saberes e não uma luta contra as injustiças jurídico-sanitárias e por um melhor funcionamento destas instituições, ou seja, em caráter estritamente reformista como o que se tem apresentado.

No entanto, obviamente nem este vem sendo o lugar, papel e função social que ocupam e desenvolvem na sociedade do capital as figuras destes especialistas, menos ainda como intelectuais que pautam sua *práxis* nos interesses da classe trabalhadora<sup>237</sup>. Integrados à lógica de determinações econômicas, a perícia ganha um caráter determinadamente político de manutenção da ordem social vigente, fazendo com que seus especialistas, tentem apenas fugir do dogmatismo normativo e partam para efêmeras e até infundadas considerações extranormativas em sua análise sobre os próprios campos e o Estado.

Este nosso entendimento sobre os especialistas que assumem a função de intelectuais na sociedade do capital vem dos ensinamentos de Gramsci (1982, p. 3) quando este nos explica que cada grupo social no mundo da produção econômica cria para si uma ou mais camadas de intelectuais que lhe dão homogeneidade e consciência própria da função, não apenas no campo econômico, mas também no social, jurídico, sanitário e político. Pode-se observar que esses "intelectuais orgânicos" que a classe dominante cria consigo, - conforme cunhou a figura dos especialistas o marxista sardo -,

---

<sup>237</sup> Esta identificação encontra um primeiro limite no fato de que o médico não provém de todo o corpo social, mas só de uma de suas partes. A seleção classista, que se opera em todos os degraus da instituição, cria para os médicos um filtro com malhas mais estreitas do que para outras profissões (BERLINGUER, 1978, p. 158).

elaboram em seu desenvolvimento progressivo, "especializações" de aspectos parciais da atividade primitiva desse tecido social<sup>238</sup>.

Formam-se assim, historicamente, categorias de especialistas dispostos ao exercício da função intelectual como o são os peritos. Formam-se em conexão com todos os grupos sociais, mas especialmente sofrem elaborações mais amplas e complexas em ligação com a classe dominante. Como dissemos, a relação dos especialistas com o universo da produção é mediatizada em diversos graus, pela via do Estado e pelo complexo superestrutural (campos da justiça e da saúde em nosso exemplo) do qual são funcionários. Segundo Gramsci (1982, p. 11) os intelectuais (aqui os cunhamos de especialistas) são os "comissários" da classe dominante para o exercício das funções subalternas da hegemonia social e do governo político<sup>239</sup>.

"Isto é: 1) do consenso 'espontâneo' dado pelas grandes massas da população à orientação impressa pelo grupo fundamental dominante à vida social, consenso que nasce 'historicamente' do prestígio (e, portanto, confiança) que a classe dominante obtém, por causa de sua posição e de sua função no mundo da produção; 2) do aparato de coerção estatal que assegura 'legalmente' a disciplina dos grupos que não 'consentem', nem ativa nem passivamente, mas que é constituído para toda a sociedade, na previsão dos momentos de crise no comando e na direção, nos quais fracassa o consenso espontâneo (GRAMSCI, 1982, p. 11).

O autor prossegue destacando que umas das consequências desagradáveis e complicadas para a classe dominante que rege o Estado segundo seus interesses é que muitos especialistas pensam ser o Estado enquanto personificação completa deste, e não como operadores de suas prerrogativas. Haja vista o poderio soberano e legitimado socialmente que médicos e juízes por exemplo tem em nossa sociedade que os faz colocarem-se acima dos ditames do Estado pois, enquanto classe que desenvolve serviços técnicos para o capital e que legitima combinações sociais contemporâneas modernas e científicas, são também uma classe que resiste à sua subordinação e busca um controle efetivo sobre as instituições nas quais atua, no sentido de avançar em seus interesses materiais e ideológicos.

---

<sup>238</sup> Todos os homens são intelectuais, poder-se-ia dizer então: mas nem todos os homens desempenham na sociedade a função de intelectuais (GRAMSCI, 1982, p. 7).

<sup>239</sup> Se a dedicação ao exercício da medicina impede em geral a dedicação *full time* à política e aos negócios, não é por isso menos ampla sua influência. Ao contrário, justamente porque permanecem médicos ativos, pertencentes à elite sanitária, tornam-se conselheiros e participantes (não só no que diz respeito à saúde) da elite política e econômica (BERLINGUER, 1978, p. 154).

Dentre as diversas consequências desta ainda perpetuação do pensamento jurídico-sanitário de tipo burguês, para Caldas (2014, p. 219), duas merecem destaque: (1) a de ignorar a necessidade de uma reflexão sobre o papel do direito e da medicina que não se limite àquilo positivado pelas normas estatais, segundo a crença de que a ciência de ambos se esgotam na norma e; (2) a de transformar as normas positivadas pelo Estado em ponto de partida ou chegada da reflexão teórica.

O autor prossegue em consonância com nossa tese aqui apresentada de que, portanto, o máximo que os especialistas dos campos jurídico-sanitários, enquanto intelectuais orgânicos do capital, têm conseguido, é temperar a compreensão da visão estatal que abarca pressupostos morais e/ou enquanto mera abstração dos campos de saber em questão e não a partir de uma análise materialista, tampouco histórica<sup>240</sup>.

O exercício crítico aqui presente nesse texto caminha no sentido de tentar explicar esse hiato entre a norma abstrata, a visão positivista e ainda hegemônica do campo jurídico-sanitarista por parte de seus especialistas-operadores, como os peritos, e a realidade concreta, que, para nós, indissocia-se das questões econômicas, éticas e sociais. Vejamos a seguir, por exemplo, de que forma a literatura médica compreende a formação humana e a qualificação técnica necessária para a atuação médico-pericial no campo do real.

França (2008, p. 217) elenca que os atributos relevantes para compor o perfil do perito médico, devendo fazer parte de sua formação, técnica e subjetiva, são:

- a) Sólida formação clínica, mesmo não sendo a Clínica Geral sua área de atuação especializada;
- b) Curso de Especialização em Medicina do Trabalho/Saúde Ocupacional;
- c) Curso/Especialização ou domínio de conhecimentos na área de Perícia Forense/ Legal;
- d) Domínio amplo e atualização constante da legislação pertinente à sua área de atuação: forense, previdenciária, médico-legal etc.;
- e) Estar sempre atento aos atos, portarias, decretos e tudo o mais que seja concernente aos pilares legais e administrativos da atividade médico-pericial.
- f) Conhecimentos de informática, pelo menos no que for referente aos sistemas habituais para a execução de suas atribuições;
- g) Ser participativo e interessado nos treinamentos e atualizações ministrados pelo seu órgão gerencial/ mantenedor;

---

<sup>240</sup> "Noutras palavras, não há como perceber na prática da dignidade humana, limitada a priori por um arcabouço ideológico da sociedade capitalista, uma contraposição ou alternativa à realidade material e duramente constituída. Dada essa incompreensão, pejada de ideologia conservadora e paternalista, surgem ilusões, como a crença de um "capitalismo humanista", a exemplo da "humanização dos serviços em saúde", convertido em um mínimo existencial a ser garantido pelo Estado e pelo direito. Ao otimismo do jurista positivista está ligado ainda um movimento político típico da atualidade, a aposta de que faltam novas leis, ou seja, que o problema social essencial está na falta de regulamentação estatal. Ou então, acredita-se, há uma imperfeição nas leis existentes que precisam ser remodeladas (CALDAS, 2014, p. 220)."

- h) Ser imparcial, isento de preconceitos, resolutivo e independente no sentido decisório;
- i) Assumir suas decisões embasado na segurança que provém de domínio e conhecimento na área de atuação e no apuro de sua técnica;
- j) Elaborar seus laudos/relatórios/pareceres de forma clara, objetiva, resolutiva, concisa e coerente com o que irá, ao fim, concluir de modo a não deixar dúvidas ou questionamentos pendentes. Lembrar que uma conclusão médico-pericial tem sempre implicações legais, administrativas, previdenciárias, criminais, sendo de suma responsabilidade para o perito a emissão de suas opiniões nos laudos, pareceres e relatórios que emitir;
- k) Jamais basear suas conclusões em suposições, probabilidades, possibilidades. Na atividade médico-pericial, não há lugar para o “eu acho que...”, “pode ser que...”. Fundamentar seu trabalho em fatos concretos, situações objetivas, não dando margem a interpretações duvidosas e inconsistentes;
- l) Comunicar-se e expressar-se com serenidade, clareza, ponderação e equilíbrio;
- m) Saber a medida certa entre a razão e a emoção;
- n) Manter o humanismo inerente ao exercício da Medicina, contrabalanceando com o distanciamento emocional necessário à execução do ato médico pericial;
- o) Ser justo e seguir sua consciência. Ter o bom senso sempre à frente de qualquer decisão;
- p) Procurar cultivar em seu local de trabalho um bom relacionamento interpessoal com os colegas médicos e com o pessoal administrativo;
- q) Lembrar que o periciando, em quase sua totalidade, não sabe a função exata do exame pericial ou, se sabe, não gosta deste tipo de exame que é, por força da função pericial, um exame não-assistencialista, seja na Perícia Previdenciária, num exame de corpo-delito, num exame pericial forense e tantos outros;
- r) O perito médico não têm pacientes e, sim, periciandos, examinandos, autores, segurados, vítimas, réus e outras denominações, dependendo da área de sua atuação. Por isso, deve exercer a arte do ouvir e explicar, dentro do possível, sobre a finalidade do ato pericial, que foge à rotina da consulta médica e da relação médico/paciente que é habitual nas outras especialidades da Medicina;
- s) Nunca abrir mão de um exame físico/psíquico/anatômico/médico-legal apurado e preciso para formar sua opinião sobre base sólida;
- t) Abster-se ao máximo de comentários diante do segurado sobre o laudo pericial anterior, o atestado do médico ou profissional de saúde que assiste o paciente que está sendo periciado (fisioterapeuta, psicólogo e outros) e os exames complementares apresentados;
- u) Ser o mais técnico e isento possível, guardando seus comentários para depois, caso necessário, em ambiente protegido e ético;
- v) O perito médico deve ter conhecimento pleno do Código de Ética Médica vigente e das resoluções e atos do Conselho Federal de Medicina e dos Regionais, particularmente dos artigos e atos inerentes à sua área de atuação.

Vê-se que, ao tratar da prática médico-pericial, o autor em questão obscurece, primeiramente, o conflito capital-trabalho, e coloca nesse universo experimental, como nos dizeres de Gaulejac (2011, p. 72), a discussão sobre o “como fazer” tendendo a eliminar a questão do “porquê fazer”, ressaltando um caráter instrumentalizado desta prática. Ou seja, tais pressupostos da atuação do campo pericial se colocam universais a toda classe de peritos, médicos principalmente, tal qual uma receita de bolo a ser seguida,

desprezando a subjetividade deste profissional e visando tão somente em maior instância a alienação deste no entendimento/controle/manejo/domínio de seu fazer, bem como lhe imputando a seguinte dúvida: O que faz, é de fato, medicina?

Ora, a própria literatura médica ressalta que o ato médico-pericial não é prover uma assistência curativa ao periciando. Se antes, o juramento de Hipócrates (460-377 a.C.) apregoava o caráter teleológico do exercício da medicina ao imputar ao médico "*aplicar os registros para o bem do doente segundo seu poder e entendimento, nunca para causar dano ou mal a alguém*", a prática médico-pericial se coloca em ordem inversa. Devido ao estranhamento do processo, do objeto e do produto de seu trabalho, este profissional cada vez mais distancia-se de ser um *expert*, sábio e habilidoso médico na concepção hipocrática, mas sim, torna-se perito técnico em cumprir normas, regimentos e legislações lhe cabendo não mais o "*bem do doente*", mas sim, apenas avaliar se a esse enfermo, há condições de aptidão para continuar trabalhando ou não. Ou seja, quanto mais aproxima-se prática e ideologicamente da visão de Saúde Ocupacional, mais afasta-se do trabalho enquanto *práxis* social e afina-se com o trabalho enquanto *techné*<sup>241</sup>.

Assim, nos debruçarmos sobre o entendimento da organização e funcionamento do campo pericial e o papel, lugar e função social de seus especialistas impregnados de uma visão conservadora de ciência que nos permite portanto afirmar que sequer tais campos de poder têm relação com qualquer resolução dos problemas em saúde do trabalhador que nesse trabalho pretendemos abordar, pois, seus objetivos não são a apreensão e intervenção nos determinantes sociais do processo saúde-doença, mas sim o de organizar medidas de controle do espaço social de forma a perpetuar o conceito de saúde biologizante, naturalista e a-histórica.

Vejamos por exemplo, de que forma o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão e o Departamento de Saúde, Previdência e Benefícios do Servidor, no Manual de Perícia Oficial em Saúde do Servidor Público Federal, capítulo IV (2010, p. 2) compreende as funções específicas do médico perito em trabalho-saúde:

- a) realizar perícias singulares, hospitalares, domiciliares e participar de juntas;
- b) atuar como assistente técnico em perícias judiciais, se a Administração Pública Federal for uma das partes;
- c) participar, junto à equipe multidisciplinar de promoção de saúde, da discussão dos procedimentos, atribuições e atividades a serem desenvolvidas;

---

<sup>241</sup> Embora tenha crescido o número de trabalho dos médicos em relação à população, grande parte das horas de seu trabalho são desperdiçadas em exigências burocráticas, em rituais consoladores, em prescrições farmacêuticas inúteis e até danosas (BERLINGUER, 1978, p. 154).

- d) realizar exame médico pericial para caracterizar deficiência nos aprovados em concurso em vagas de deficientes e participar da equipe multiprofissional que irá adequar e acompanhar o deficiente;
- e) solicitar pareceres de outros especialistas;
- f) outras que lhe forem delegadas, no seu âmbito de atuação.

E prossegue ressaltando que, após a realização dos exames periciais necessários, emitirá laudos ou pareceres que servirão de fundamentação nas decisões da Administração Pública Federal, nos casos indicados a seguir, respeitados os limites das áreas de atuação médica conforme reza a Lei nº.8.112/1990:

- a) licença para tratamento de saúde do servidor (art. 202, 203 e 204);
- b) licença por motivo de doença em pessoa da família (art. 81, inciso I §1º, arts. 82 e 83, alterados pela MP 479/2009);
- c) licença à gestante (art.207);
- d) licença por motivo de acidente em serviço ou doença profissional (arts. 211 e 212);
- e) aposentadoria por invalidez (art. 186, inciso I);
- f) constatação de invalidez de dependente ou pessoa designada (art. 217, inciso II, alíneas a e d) e constatação de deficiência do dependente (art. 217, inciso I, alínea e);
- g) remoção por motivo de saúde do servidor ou de pessoa de sua família (art. 36, inciso III, alínea b);
- h) horário especial para servidor portador de deficiência e para o servidor com familiar portador de deficiência (art. 98, §2º e 3º);
- i) constatação de deficiência dos candidatos aprovados em concurso público nas vagas de portador de deficiência (arts. 3º e 4º, do Decreto 3.298/1999 alterado pelo Decreto 5.296/2004);
- j) avaliação de sanidade mental do servidor para fins de Processo Administrativo Disciplinar (art. 160);
- k) recomendação para tratamento de acidentados em serviço e instituição privada à conta de recursos públicos (art.213);
- l) readaptação funcional de servidor por redução de capacidade laboral (art. 24);
- m) reversão de servidor aposentado por invalidez (art.25, inciso I e art. 188, §5º);
- n) avaliação de servidor aposentado para constatação de invalidez por doença especificada no §1º do arts. 186 e 190;
- o) aproveitamento de servidor em disponibilidade (art.32);
- p) exame para investidura em cargo público (art. 14);
- q) pedido de reconsideração e recursos (arts. 106, 107 e 108);
- r) avaliação para isenção de imposto de renda (art. 6º, inciso XIV e XXI da Lei nº. 7.713/1988, alterada pela Lei nº. 11.052/2004);
- s) avaliação de idade mental de dependente para concessão de auxílio pré-escolar (Decreto nº. 977/1993);
- t) comunicação de doença de notificação compulsória ao órgão de saúde pública.

Contudo, quando a Medicina converge em direção ao Direito, portanto, faz da então prática médico pericial por exemplo, mero objeto de regulamentação e inspeção por parte de seus próprios especialistas e instituições a que está vinculada e que se sustenta

justamente em dispositivos jurídicos tecnicistas, baseado no ritual das formalidades legais, ratificando um saber que outorga para si autonomia calcado numa experiência prática. O saber médico-pericial torna-se então, o produto global de experiências empíricas que necessitam ser comprovadas através de procedimentos formais e regimentais de natureza jurídica e que são julgadas não a partir de critérios de conhecimento, mas em sua referência, sendo então legalmente sacramentadas e atestadas pelo consenso da classe dominante sobre o mesmo pela via da mediação burocrática do Estado.

Garção (2004) ao estudar sobre uma possível autonomia da prática pericial, por exemplo, considera que as atribuições do perito não deveriam convergir neste sentido de serem agentes da autoridade previdenciária ou judiciária, que podem lhe determinar que proceda à diligência determinando exatamente como agir. O autor enfatiza que devido às particularidades contidas em qualquer exame médico, nenhuma norma administrativa pode determinar ao(a) perito(a) como se conduzir durante a perícia ou determinar quem deve estar presente ao exame pericial. Para ele: "*o médico perito deve obedecer às regras técnicas indicadas para o caso, lendo o laudo encaminhado pelo médico assistente, confrontando-o com o exame físico, e determinando a capacidade laborativa do trabalhador, no pleno exercício de sua autonomia e sempre comprometido com a verdade*".

Ora, por ser o ato médico em si mesmo a prática mais singularizada e atomizada desfechada pelo(a) médico(a), como elemento simbólico representativo da medicina tal como apregoam Vasconcellos & Pignati (2006, p. 1106), da mesma forma que tal atividade parece propiciar certa autonomia e dar certo poder de decisão dos delineamentos de sua conduta aos peritos médicos, para decidirem qual comportamento adotar em seu ato médico pericial, o sistema jurídico-sanitário superestrutural também necessita manter um controle direto sobre a atuação dos(as) mesmos(as), o que leva a fazer com que estes assimilem e incorporem suas regras de funcionamento como elemento de sua percepção, chegando, num último estágio, a um reordenamento subjetivo, visando garantir a manutenção da norma (HELOANI, 2003, p. 106).

Em outras palavras, o(a) perito(a) quando demandado(a) a dar seu parecer especializado médico-científico em instâncias como nas perícias previdenciárias junto ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e/ou em perícias judiciais trabalhistas, atua como intelectual orgânico do capital dispondo seu saber enquanto *subciência médica*, no entendimento de Vasconcellos & Pignati (2006). Numa forma subserviente ao capital

agindo em prol da fiscalização e do bom cumprimento da norma e de controle da força de trabalho. Ou seja, aliena-se de *ser médico* na medida em que abdica de tratar os trabalhadores propiciando a cura de seus males e, preocupa-se tão somente com o cumprimento normativo de todo um rol de leis, códigos, decretos, portarias, medidas provisórias e etc. que o direcionam a avaliar a capacidade laboral dos trabalhadores de forma igualmente alienada e isenta de reflexão apartando-o da práxis médica.

Contudo, quando perito, não deixa necessariamente de ser médico. Eis o fenômeno da alienação em sua forma pura. Se fosse verdadeiramente possível abstrairmos a qualidade de médico do perito, justamente não haveria neste profissional a sensação e o processo de alienação que descrevemos no item anterior, pois seria somente perito. Mas é justamente pela possibilidade de sobreposição de papéis e de personagens (como esses papéis são exercidos) que o processo de alienação toma conta deste profissional até que ele se submeta à lógica de ambiguidade (o papel de perito competindo com o papel de médico) ou se rebele. Tendo que negar parte de si. Ou melhor, será obrigado a esquecer o juramento de Hipócrates e tudo que dele decorre, ou seja, significa, negar uma história, uma identidade assumida e agora, não se reconhecer mais perante o espelho.

Tal alienação se dá em função de uma identidade constituída anteriormente, ou seja, nos bancos das faculdades de medicina. É o afastamento de certos princípios e compromissos que produz nesse sujeito concreto, uma sensação de mal-estar, de não identificação, de distanciamento de si<sup>242</sup>. O que se ressalta, tratamos aqui da *regra*, ou seja, do movimento concreto do real e da grande maioria de médicos do trabalho encontrados nesta pesquisa que são também peritos muitas das vezes nas instâncias descritas.

Denota-se então para nós, um caráter duplo do fazer do médico do trabalho: os que são peritos e também médicos do interior da empresa, como os que são médicos do trabalho em Ceret's e órgãos públicos. Entretanto não descartamos em momento algum, as *exceções*, ou seja, aqueles médicos do trabalho que também exercem a atividade pericial buscando fazer a crítica da lógica pericial hegemônica que se encontra posta. São o caso de alguns sujeitos da pesquisa que encontramos que se dividem entre o trabalho pericial, seja previdenciário ou judicial, e a atividade em instâncias públicas tais como

---

<sup>242</sup> É fácil documentar que o ensino da medicina deforma e distorce o sentido das escolhas. Nos EUA, foi constatado que, enquanto se avança na faculdade, atenuava-se até se apagar a “vocação humanitária”, ao mesmo tempo penetravam gradativamente interesses de carreira e de lucro, e a prepara o prática prevalecia sobre a forma o social (BERLINGUER, 1978, p. 158)

universidades e Cerest's. Se ignorássemos a categoria da *contradição*, não nos seria possível um estudo dialético sobre a temática em questão.

Desse modo, as práticas periciais que encontramos na realidade concreta durante o percurso deste trabalho não são compreendidas por nós como resultado da ação de sujeitos perversos, ou seja, de que a conturbada relação perito x trabalhador seja fruto exclusivo de um determinado perfil psicopatológico, ainda que a estes profissionais não deva ser isenta a responsabilidade que lhes cabe.

Se cairmos no risco de uma responsabilização individualizada dos peritos generalizada, transferiremos indevidamente tal exercício pericial praticado e fomentado no interior do sistema jurídico-sanitário, afastando a responsabilidade da lógica disseminada por detrás, de forma que recairemos justamente nos reducionismos que pretendemos combater<sup>243</sup>.

A visão que pretendemos desenvolver aqui trata-se, antes, do resultado das relações estabelecidas entre trabalhos alienados determinados por uma organização do processo de trabalho específica, inserida em uma lógica econômica de cariz capitalista permeada por relações de poder e saber, e que invade cada vez mais também a *rés pública*. O limite da pesquisa reside justamente em pensarmos noutras formas periciais que possam ser praticadas ainda dentro do contexto sóciometabólico em que nos encontramos<sup>244</sup> e que tenham seu olhar voltado à Saúde do Trabalhador<sup>245</sup>.

---

<sup>243</sup> Mesmo conhecendo melhor as causas das doenças, o médico tem sempre a menor possibilidade de influir sobre elas, agindo por isso na periferia dos fenômenos mórbidos que não pode controlar; pois, para tanto, precisaria mudar as relações sociais e agir no equilíbrio homem-natureza, que é mediado pelo conjunto socioeconômico e cultural (BERLINGUER, 1978, p. 154).

<sup>244</sup> Portanto, é necessário analisar a formação e o papel do médico *no conjunto social onde ele atua* (BERLINGUER, 1978, p. 155).

<sup>245</sup> Cabe-nos mencionar que a literatura e as corporações médicas inclusive reafirmam precisamente existir uma distinção da atuação do profissional que examina a pessoa com o objetivo de tratá-la, denominado médico assistente, daquele que a examina na qualidade de médico perito. Portanto, não só compreendem as determinações sociais, culturais, políticas e, principalmente, econômicas que influenciam o fazer desse profissional, quanto caminham em sentido contrário do entendimento de Saúde do Trabalhador já tão estudado e desenvolvido por exemplo, para citarmos somente no contexto brasileiro, por Mendes (1986), Tambellini (1988), Dias (1994), Minayo-Gomez (1997), Oliveira e Vasconcellos (2000), Lacaz (2007), Seligmann-Silva (2011) dentre outros, que apontam a superação do paradigma curativo da medicina e suas dicotomias do processo histórico-social para um paradigma preventivo próprio da visão de saúde coletiva.

#### 4.4 Medicina do Trabalho ou do Capital?

*“O papel do perito [previdenciário] vira interditor/castrador. É o malvado necessário”* (ex-diretor da DIRSAT/INSS DF)

Vasconcellos & Pignatti (2006) expõem que a Medicina do Trabalho se tornou variável técnica para solucionar os danos à saúde provocados pelos processos produtivos, sem possibilidade de interferir além dos preceitos normativos estabelecidos no contrato de trabalho firmado entre capital x trabalho e que, com isso inaugurou-se como um campo médico subserviente aos interesses do capital. No entanto, para os autores, a Medicina do Trabalho deveria ser justamente a especialização médica que visa aprofundar o olhar médico para aquelas enfermidades que, originadas na relação trabalho-saúde, pudessem em ato médico continuado e coerente, alcançar o "bem" finalístico da medicina-ciência, a saber, a cura e o bem-estar do trabalhador.

Contudo, este não é o escopo atual de uma Medicina do Trabalho. Posto que a maioria dos peritos por nós entrevistados nesse estudo possuem especializações em "Medicina do Trabalho" e/ou "Medicina Legal e Perícias Médicas", por sua posição e qualificação institucional, não têm em seu trabalho prescrito, a exata função de tratar e, em consequência, buscar o "bem" do paciente, mas sim, avaliar a capacidade físico-mental do trabalhador para que possam continuar trabalhando ou não<sup>246</sup>.

*“Muitos médicos saíram da medicina preventiva para a medicina legal [...]. Mas é da medicina do trabalho que sai a perspectiva das perícias. Os médicos do trabalho escolhem essa especialidade porque dá dinheiro”* (médico sanitário docente aposentado de universidade pública brasileira)

Muitas vezes o ato médico se reduz na devolução do paciente às fontes determinantes de seu mal-estar original (VASCONCELLOS & PIGNATI, 2006). No máximo, em situações-limite de mal-estar dos trabalhadores capazes de impedir ou comprometer a capacidade de trabalhar, o médico-perito/médico do trabalho age como bloqueador do mal-estar pelo afastamento temporário, pelo menor tempo possível que as exigências do processo produtivo e a cadeia do valor permitam. Caso o problema de saúde

---

<sup>246</sup> Ora, não se faz tarefa simplificada de toda forma. Se pensarmos nos requisitos de um juiz a esse profissional, vê-se que o magistrado solicita a esse descobrir o passado do trabalhador através de um contato precário com o mesmo, através de registros documentais mínimos e ainda dizer se o afastamento lá detrás foi em decorrência do trabalho ou não. Se ele esteve ruim, se deveria ter sido afastado e se ficará bom do mal que lhe acomoda.

seja grave, a ponto de comprometer mais definitivamente o trabalhador como elemento da produção, o afastamento poderá ser definitivo, e o problema de saúde-doença será resolvido por outro médico e, não, pelo médico do trabalho da organização ou pelo médico perito.

O Médico do Trabalho é, então, um mediador, um instrutor, um facilitador que frequentemente chega ao trabalho repleto de boas intenções, de ilusões até, e não raro se decepciona precocemente, frustra-se e muda de área. O ato médico pericial ancorado nos pressupostos de tal ramo da medicina se restringe a servir de mediador dos danos infligidos à força de trabalho, estabelecendo critérios, não para o diagnóstico do dano (ou doença) em si, mas para averiguar a capacidade/incapacidade do trabalhador para que este possa retornar ao trabalho ou não<sup>247</sup>.

Devido a essa relativa impotência da Medicina do Trabalho para intervir sobre os problemas de saúde causados pelos processos de produção pois pauta-se na ciência positivista com vista à adaptação do trabalhador ao trabalho (ao passo que a Ergonomia por exemplo diz o exato contrário), de acordo com Mendes e Dias (1991), crescem a insatisfação e o questionamento dos trabalhadores - ainda que apenas 'objeto' das ações - e do capital, onerados pelos custos diretos e indiretos dos agravos à saúde de seus trabalhadores.

Sob tal panorama, a resposta, racional, "científica" e aparentemente inquestionável traduz-se na ampliação da atuação médica direcionada ao trabalhador e trabalhadora, pela intervenção sobre o ambiente, com o instrumental oferecido por outras disciplinas e outras profissões. Portanto, com a incorporação de novas tecnologias nos espaços laborais ao longo do século XX, essa subciência médica foi gradativamente substituída por abordagens técnicas típicas da visão de Saúde Ocupacional por apresentar insuficiências técnicas, disciplinares e metodológicas de preservação da saúde no trabalho.

O olhar da Saúde Ocupacional surge, sobretudo, dentro das grandes empresas, com a organização de equipes progressivamente multiprofissionais, e a ênfase na higiene "industrial". Por sua vez, restringe-se a vinculações econômicas regidas pelo contrato capital-trabalho e, por situar-se enquanto prática no interior do sistema jurídico-sanitário

---

<sup>247</sup> Ao se afastar dos pressupostos da saúde coletiva, e se o interesse não mais recai no bem-estar do trabalhador, entende-se que o(a) médico(a) do trabalho perdeu-se quanto ao objetivo-fim de sua atividade baseando-a somente na avaliação de se há condições para manutenção da força de trabalho no processo produtivo de valorização do valor. Ou seja, não seria esta então uma Medicina do Capital?

superestrutural do capital, é também mediado pelo Estado através de políticas públicas de caráter contributivo, e não distributivo, portanto não universalizado e de forma paternalista cuja dimensão segundo Vasconcellos (2011, p. 406), não espelha a necessidade social de ampliação de direitos e maior justiça.

Da abordagem médico-pericial da Medicina do Trabalho para a agora da Saúde Ocupacional vê-se que a ideia cartesiana do corpo como máquina permanece, contudo há um vislumbre da interação desse corpo de forma sistêmica expondo-se a fatores/agentes de risco. Assim, segundo Lacaz (2007, p. 759), as consequências do adoecer pelo trabalho são entendidas pelos médicos do trabalho que também são peritos como resultado da interação do trabalhador e da trabalhadora (corpo hospedeiro) com fatores/agentes (físicos, químicos, biológicos, mecânicos), existentes no meio ambiente de trabalho que mantêm uma relação de externalidade a estes. Então, passam a balizar sua prática médica em manuais que trazem características empiricamente detectáveis mediante instrumentos das ciências exatas e biológicas.

Assim, o olhar para a incapacidade laboral do trabalhador e seu possível retorno ao trabalho no exame médico-pericial baseia-se ideologicamente na abordagem da Saúde Ocupacional de forma a guiarem-se por manuais técnicos que supõem pressupostos preconizados pela média dos trabalhadores e trabalhadoras ditos normais quando à suscetibilidade individual aos agentes/fatores. Fala-se então em "limites de tolerância" e "limites biológicos de exposição", ou ainda em "periculosidade/insalubridade", conceitos esses emprestados da higiene industrial e da toxicologia que demarcam a práxis médica atuando sobre indivíduos, atentando-se sobre diagnósticos e tratamentos dos problemas de natureza orgânica a partir de uma visão positivista e empirista trazida da clínica. Segundo Lacaz (2007, p. 759), toma-se o trabalhador como paciente e objeto da técnica, estreitando a possibilidade de apreensão das formas de adoecimento nas formas de se trabalhar que encontramos na atualidade.

Demarcados por profundas diferenças, os campos da saúde ocupacional e da saúde do trabalhador, com suas distintas características, segundo Vasconcellos (2011, p. 402) estão estruturados em discursos e métodos refletidos em ações que, por sua vez, geram contradições na conduta das formulações políticas e das práticas institucionais. Nesse sentido, à visão da Saúde Ocupacional que hoje rege grande parte da prática médico-pericial tanto no âmbito judicial quanto na esfera previdenciária, escapa a possibilidade de considerar e apreender outras relações, como aquelas configuradas pela

organização/divisão do trabalho imputando um limite epistemológico que considere e opere sobre nexos mais complexos.

Por isso, ressalta-se que uma Medicina do Trabalho realizada pelos médicos peritos necessitaria afastar-se da abordagem da Saúde Ocupacional e aproximar-se dos pressupostos do campo da Saúde do Trabalhador que, a nosso ver, melhor contribui na compreensão da causalidade das doenças relacionadas ao trabalho, especialmente as cardiovasculares, psicossomáticas e mentais, tipicamente características dos adoecimentos pelo trabalho atualmente.

Dessa forma, passaria a entender o meio ambiente do trabalho tal como o compreende Dejours (2015), a partir de um movimento dinâmico com o trabalhador e sua subjetividade considerando o ritmo e a duração da jornada de trabalho, o trabalho em turnos, a hierarquia, a fragmentação do conteúdo das tarefas, o controle da produtividade e exercícios de poder cujas consequências para a saúde expressam-se como doenças crônico-degenerativas e distúrbios mentais dos coletivos de trabalhadores.

#### 4.5 *Ser ou não ser perito? Eis a questão...*

*“Médicos partem do ponto de vista liberal e não se enxergam como trabalhadores, mas sim como autônomos”* (médico perito de uma Procuradoria Regional do Trabalho do interior de SP).

Se não pode se apoiar num *ethos* profissional e numa doutrina médica pautados nos pressupostos da Medicina do Trabalho, no que então se apoia o perito? O que mobiliza seu trabalho? Quais as diferenças entre a intencionalidade do trabalho do perito e as do médico? Codo (2013, p. 23) nos diz que a lógica do médico é a lógica da confiança, a lógica do juiz é a lógica da desconfiança, o perito impede o médico de exercer seu poder, o médico impede o perito de exercer seu poder, os dois poderes se anulam. As duas forças se anulam.

*“O perito não precisa ser especialista porque não faz tratamento”* (médico perito previdenciário de SP).

O autor prossegue, dizendo que o perito não pode se compadecer, tem que manter distância do sofrimento alheio, não pode se envolver com ele, não pode tomar partido do trabalhador, deve fazer seu julgamento ignorando a dor do outro. O médico toma partido

do paciente, o perito não pode e não deve tomar partido do trabalhador nem contra ele, o perito deve ser imparcial, é o que diz o Conselho Federal de Medicina (CFM). O médico cuida, o sofrimento alheio é para ele a razão de suas ações, eliminar a dor do outro é o seu objetivo, o perito não cuida, coloca *sob judice* a dor do outro. O perito é um médico, faz diagnósticos, toma decisões utilizando o saber médico, examina o segurado como um médico e com critérios médicos, mas é ao mesmo tempo, um *antimédico* de acordo com Codo (2013, p. 24), no sentido que não se compadece, não cura, desconfia da pessoa a sua frente.

Conforme dito anteriormente, o juramento de Hipócrates (460-377 a. C.) ressalta que ao verdadeiro médico cabia a função de "aplicar os registros para o bem do doente segundo seu poder e entendimento, e nunca para causar dano ou mal a alguém. E que deveria manter imaculada sua vida e sua arte e em toda casa adentrar para o bem dos doentes". O médico italiano, Bernardino Ramazzini, considerado o pai da Medicina do Trabalho, fala da medicina de sua época como "tendendo ao mecanicismo, de certo modo, e as escolas nada mais tratam senão de automatismo" (RAMAZZINI, 2000, p. 16-17).

O que diria ele dos nossos tempos, em que a atuação médica é pautada por novas tecnologias, que substituem com certa frequência o contato entre o médico e o seu paciente? O que diria Ramazzini ao saber que a célebre pergunta que ele dizia ser necessário acrescentar em uma consulta médica ainda não é feita na imensa maioria dos atendimentos — "do que se ocupa?"

Maeno (2011, p. 137) nos diz que, ao assumirem a responsabilidade pelo controle da força de trabalho, os médicos, quando exercendo a medicina do trabalho, têm habitualmente vendido a legitimidade a eles conferida por serem detentores formais do conhecimento de funcionamento do corpo humano aos seus contratantes, para selecionarem trabalhadores a serem admitidos, mantidos em atividade ou demitidos, quebrando frequentemente o sigilo profissional preconizado no código de ética médica<sup>248</sup> e constituindo-se em atores ativos nas ações de exclusão de trabalhadores das empresas.

No campo médico-pericial, o trabalhador e a trabalhadora são solicitados por uma autoridade jurídica ou previdenciária a comparecer diante de um perito ou de uma junta, selecionado por essa autoridade<sup>249</sup>, para verificar o estado de saúde, com fins de decisão

---

<sup>248</sup> Resolução CFM n. 1.931/09. Aprova o Código de Ética Médica. Publicada no DOU de 24 de setembro de 2009, Seção I, p. 90.

<sup>249</sup> Se no campo judicial, o perito é nomeado pelo juiz. Na previdência social então o médico perito possui cargo público. Veremos os detalhamentos de cada campo no próximo capítulo.

de direitos e benefícios de incapacidade ou aplicação de leis com fins pecuniários. Encontramos na literatura médica o posicionamento de Sousa-Lima (2011) por exemplo que diz que nada impede que esse/essa profissional, sob o ponto de vista ético-legal, desempenhe seu papel de médico e seu labor de perito médico evidentemente, evitando periciar situações em que haja constrangimento, impedimento, para evitar suspeita de legislar em seu próprio interesse. Ora, quando perito, não se faz médico?

*“Como médico, o perito [INSS ou Justiça] tem que colher a história do paciente e dar um diagnóstico. A diferença é que não vai ter um tratamento”* (médico perito judicial e aposentado da perícia do INSS do interior de SP).

*“A perícia não é especialidade médica, está dentro de medicina legal”* (médico perito judicial do interior de SP).

Nakano, Rodrigues Filho e Santos (2007, p. 39), também oriundos da literatura médica afirmam que *"não cabe ao médico perito avaliar a doença, mas sim analisar a incapacidade do indivíduo para o trabalho. E assim mesmo, incapacidade para determinadas atividades. Um trabalhador pode estar incapaz para ser motorista por exemplo, mas não o estará incapaz para ser professor"*.

Nos é senso comum afirmar que a perícia é a esfera em que o profissional nomeado pelo magistrado, ou concursado em cargo público de fato, deve e pode atuar com autonomia e imparcialidade previstas no código de ética de sua classe, debruçando-se sobre o caso à luz de todo o conhecimento humano sob os mais variados prismas. No entanto, o que se requer, para determinado atributo, para além do conhecimento da fisiopsicopatologia, é a análise da relação de uma pessoa, em um determinado momento, com as exigências da sociedade onde vive e com as atividades laborais, considerando que qualquer investigação social tem fundamentos teóricos, que não são neutros.

Ou seja, trata-se de investigar as condições de saúde de uma pessoa que vive de seu trabalho, isto é, que por meio de um contrato de trabalho, que vende sua capacidade de trabalho e que, nesse processo, pode ter tido essa capacidade diminuída parcial ou totalmente, temporária ou permanentemente, em decorrência de uma lesão ou adoecimento relacionado às condições de trabalho. Essa investigação, longe de ser neutra, é influenciada pelos conceitos de saúde, doença e incapacidade e de seus determinantes.

O próprio conceito de incapacidade utilizado pelos médicos peritos quando o utilizam para seus diagnósticos e considerações sobre nexos apontam para uma velha questão já assinalada por Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997, p. 23) sobre a distância

entre a produção do conhecimento e sua aplicação, sobretudo num campo potencialmente ameaçador, onde a busca de soluções quase sempre se confronta com interesses econômicos arraigados e imediatistas.

No exemplo do motorista citado por Nakano, Rodrigues Filho e Santos (2007, p. 39) como se pode afirmar quanto à incapacidade para o trabalho deste se não se avaliar a dinâmica de *processo de trabalho* do mesmo onde cuja atenção e estado de vigília possam estar comprometidos pelo processo de adoecimento, sendo imperativo que possa descansar até sua recuperação, mesmo que parcial e não exercer outra profissão a qual inclusive não se tem qualificação técnica para tal.

Assim, do ponto de vista da avaliação da incapacidade, o atrelamento da incapacidade exclusivamente ao diagnóstico pericial é inapropriado. A incapacidade depende do quadro clínico, que pode ser composto por um ou mais diagnósticos do prognóstico, ou seja, da evolução desse quadro clínico, da resposta ao programa terapêutico instituído, de variáveis do paciente, entre as quais a idade, o sexo, a escolaridade, a qualificação profissional, o nível socioeconômico, o suporte familiar e social, a espécie de trabalho habitual e suas características. Maeno (2011, p. 143) destaca que há muitas variáveis, individuais, sociais e laborais, que influenciam a recuperação clínica e a reinserção na atividade ocupacional, sobretudo nos casos não agudos.

Depreende-se, logo, que um médico perito deveria ter formação específica tecnocientífica para poder avaliar tal incapacidade laborativa já que não é escolhido pelo trabalhador-paciente, mas sim, colocado pela instituição seguradora como um juiz, devendo manter um equilíbrio adequado entre as postulações desejadas e as possibilidades da lei vigente que ele deve conhecer. Gonzaga (2004) diz que este profissional "*deve estar preparado para reconhecer o direito, concedendo o que deva ser permitido, mas negar as pretensões ilegítimas, fruto de desejos pecuniários sem abrigo na lei constituída*".

Se antes dissemos que um(a) perito(a) não se faz médico(a) porque não exerce a medicina que em seus primórdios preocupa-se com o bem-estar de seu paciente, agora ressalta-se que o mesmo aproxima-se mais da figura de um(a) juiz(a) pois deve ser profundo conhecedor da legislação previdenciária e trabalhista que o cerca e ainda sentenciar a concessão do benefício ou não, substituindo seu ato médico de busca da cura

do enfermo para também agir como investigador sobre as reais pretensões (de caráter econômico a seu ver) do trabalhador e trabalhadora à sua frente<sup>250</sup>.

Curiosamente, Nakano, Rodrigues Filho, Santos (2007, p. 40) fazem um paralelo entre o médico assistente (que exerce a medicina para o fim da cura) e o médico perito (que exerce a medicina com fins investigativos):

"(...) levando-se em conta que ambos são médicos, porém, há uma posição conflituosa entre a atividade médico pericial e a atividade médico assistencial, contudo, elas divergem quanto às finalidades, objetivos e metas a cumprir. A perícia médica caminha mediante três pressupostos relevantes que são: a doença, a atividade laboral e a lei, indo na contramão de direção da visão do médico assistencial. Porém, afirma-se nenhum dos dois lados estão errados. (...) A diferença está no objetivo do paciente ao procurar o médico assistente e também no objetivo do segurado, que por força da lei não recorre de antemão ao médico perito, mas é obrigado a ser examinado por esse profissional para obter ou não o que solicitou à Previdência Social [ou à Justiça, grifo nosso]."

Vê-se que os autores em questão imputam à culpa ao trabalhador/segurado na escolha de que tipo de medicina este quer submeter-se. Se para curar-se, seu médico assistente, que muito provavelmente o acompanha e tem seu histórico de vida, de adoecimentos progressivos e com maior conhecimento do caso e pode elucidar o nexo causal entre seu adoecimento e seu fazer, ou; se para fins pecuniários, o médico perito que, a partir das informações recolhidas no singular momento clínico com o trabalhador/segurado tem uma informação deformada da realidade devido à alienação do outro que se senta à sua frente e em poucos minutos versa sobre sua capacidade/incapacidade e aplica-lhe a concessão, ou não, de benefício assistencial.

Maeno (2011, p. 143) nos diz que a utilização da perícia como ponto central do mecanismo de contenção de gastos nos casos previdenciários ocasionou situações de grandes conflitos entre os médicos assistentes e peritos, assim como entre os segurados e os peritos. A própria relação do trabalhador/paciente com seu médico assistente, é comumente uma relação de confiança, franqueza, empatia e humanizada<sup>251</sup>. Rodrigues (2003) diz que há um clima de mútua confiança e empatia e que na relação assistencial, o paciente tem todo o interesse de informar ao médico que o assiste, seus sintomas e as condições dos surgimentos destes, tendo a plena convicção de que somente assim o profissional poderá chegar a um diagnóstico correto e subsequente tratamento.

<sup>250</sup> Sobre o papel investigador do perito em detrimento do cuidador veremos adiante no próximo capítulo.

<sup>251</sup> Não buscamos aqui uma visão reducionista e maniqueísta da questão em que o médico assistente seria “bonzinho” ao passo que o médico perito seria “ruim”. Não se trata aqui de avaliações particularistas de indivíduos, mas sim contextuais do lugar em que a prática médica tal como a compreendemos é exercida.

Por outro lado, temos que a relação do trabalhador/paciente com o médico perito é de desconfiança, defensiva, apática e por vezes amedrontada, tamanha alienação para com o profissional à sua frente. Nessa relação, o clima de mútua confiança e empatia desaparece pois justamente a relação assistencial no sentido de promoção do bem-estar desse trabalhador ou trabalhadora, seja físico, mental ou social se faz de forma alienada. Na relação pericial não existe a figura do trabalhador/paciente, pois o trabalhador-periciado não está sob os cuidados do perito e não vê a este como um cuidador.

Ora, se para Brandimiller (1996) o médico que se fizer perito, "*deverá lançar mão de todo o conhecimento das diversas disciplinas, recorrer à literatura especializada, ter familiaridade com o mundo do trabalho, conhecer o ambiente, condições e organização do trabalho específicos do processo e avaliar o estado de saúde do trabalhador de forma aprofundada, considerando depoimentos e a experiência dos trabalhadores e dados epidemiológicos*"<sup>252</sup>.

De acordo com Silva (2010, p. 11) por exemplo, os médicos peritos que atuam na esfera da Saúde do Trabalhador, com exceções, "*não conhecem a fundo a dinâmica do processo do trabalho e, na área técnica que lhes é própria, desconhecem os reais contornos dos institutos nexos de causalidade e concausa*". Ressalta que os médicos peritos sequer consideram a concausalidade. O segundo aspecto discutido por Silva (2010) é a doença degenerativa, que, de acordo com a Lei nº 8.213/91, a doença degenerativa, em princípio agravada por condições especiais de trabalho, torna-se ocupacional e, portanto, com nexos estabelecido entre o trabalho e o adoecimento.

Tambellini (1988, p. 10-12) bem delimita o corpo de profissionais médicos nos permitindo distinguir as práticas de um ou de outro campo. O campo médico-pericial, pautado nos pressupostos da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional, e o do médico assistente, supostamente ancorado nos ditames do campo da Saúde do Trabalhador. A constituição, portanto, das práticas de uma área naturalmente refletem o campo em que se repousam e a diferenciação se faz pela qualificação profissional e de instrumentos. São, no fundo, campos de tensionamento e disputa, pois, ao médico que coloque sua técnica a serviço dos trabalhadores, inclusive empoderando-o sobre seu processo saúde-doença, este imprimirá a seu ato médico, uma externalidade não neutra e

---

<sup>252</sup> De onde viria então tal alienação entre perito (médico) e periciado (trabalhador) quando do momento pericial? Justamente do processo de alienação inerente às formas de trabalho alienado encontradas sob o jugo do sistema do capital tal como descrevemos ainda neste mesmo capítulo. Ou seja, uma vez alienados de si, ambas as figuras estão alienadas uma da outra e não se enxergam como pertencentes a uma mesma classe pois sua relação é uma mediação objetificada.

que, como réplica, pode gerar reações igualmente não neutras dos setores sujeitos à ação. Ou seja, há sim um viés ideológico e historicamente determinado na prática médica seja no campo assistencial ou no pericial.

Sousa-Lima (2011) inclusive receita ao médico perito que este não se refira ao trabalhador-periciado pelo termo “paciente”, mas sim como examinado, periciado ou servidor. Diz ele: "*O profissional deve estar preparado para exercer sua função pericial, observando sempre o rigor técnico e ético para que não parem dúvidas em seus pareceres. Deve ter em mente que a avançada tecnologia atual não pode se sobrepor à abordagem humanizada*".

Ressalta ainda ser de suma importância que se saiba que o perito médico *não* é responsável pela concessão do benefício pleiteado pelo segurado colocando o exame médico pericial e sua conclusão como apenas uma parte do processo concessório: "*Não esqueçamos do pilar legal a nortear se haverá ou não a concessão do benefício requerido. O perito não dá ou nega, ou corta ou tira um benefício, ele atesta em seu laudo/parecer, se há ou não incapacidade do ponto de vista médico pericial*".

No I Congresso de Perícia Médica Previdenciária, realizado em maio de 2007, em Salvador (BA), o vice-presidente da Associação Nacional dos Médicos Peritos (ANMP), Eduardo Henrique Rodrigues de Almeida, em sua palestra/debate no curso de Semiologia Médico Pericial, destacou as diferenças marcantes entre a atuação médico pericial e médico assistencial no tema Técnicas de Consulta em Perícia:

"O médico tem que treinar relações complexas. Ele precisa aprender a ter uma roupagem por fora e outra por dentro, sem ser falso. Ele não pode franzir o cenho, pois o doente vai achar que o seu caso é grave. Não pode se emocionar a ponto de falar com a voz embargada porque a voz embargada perde força de convicção. O médico não pode chorar, pois a lágrima rouba cuidado ao que diagnóstica. Ele não pode tremer pois não faz bem ao bisturi. Então, eu quero um médico por fora com um único domínio das emoções, mas por dentro eu quero o mais sentimental dos seres humanos, que se compadeça com a dor e o sofrimento. Esta dupla roupagem é muito difícil vestir.<sup>253</sup>"

Contrasta-se então as diferenças de escopo entre o médico perito e o médico assistente. O médico perito não pratica a clínica, uma vez que não trata de pacientes. O

---

<sup>253</sup> Para Dejours (2008, p. 132) a inteligência corporal sinestésica enxerga o próprio corpo enquanto recipiente do senso do 'eu' dos indivíduos e enquanto entidade, na medida em que é visto pelo outro e reconhecido por ele. Entre a tarefa (prescrito) e a atividade (trabalho real) é essencial a mobilização do corpo como um todo (físico e cognitivo) para enfrentar o que ainda não está dado pela organização (prescrita) do trabalho.

assistente, por outro lado, vivencia o dia a dia do paciente, faz o atendimento, a avaliação, o diagnóstico e o tratamento do assistido. Diante disso, atualmente cabe a ele prestar ao perito as informações clínicas sobre o estado de saúde do paciente. Gonzaga (2004) inclusive reafirma que não cabe ao médico assistente "*emitir parecer sobre os possíveis benefícios ou tecer considerações legais ou administrativas, que estão fora do seu campo de atuação, conforme previsto nas Resoluções do CFM nº. 1.851/2008 e CFO nº. 87/2009*" e que ambos, portanto, devem estar atentos sempre à ética particular que norteia a atividade médica.

Para o autor, caso o médico perito conclua que o segurado não está incapaz para a atividade que exerce, "*ele não está dizendo que aquela pessoa não está doente. Ele está afirmando que, naquele momento, o segurado não demonstrou incapacidade para realizar as atividades declaradas. O médico perito segue a legislação ao comprovar a existência ou não da incapacidade para o trabalho. Ele não indica o tratamento nem receita medicamentos. Este procedimento é realizado pelo sistema de saúde, público ou privado*".

Evidenciarmos o caráter político e não neutro de uma interpretação médico-pericial, nos elucida uma certa forma de ver ou reconhecer a realidade que é uma construção social vigente no profissional que a efetua. Perfilhar essa dimensão aponta para a necessidade de problematizarmos não só os resultados dessa prática técnica que tem impacto direto na vida de muitos trabalhadores brasileiros como dissemos, como também de reavaliar o processo de trabalho médico-pericial.

Afinal, em quais componentes éticos, teóricos, científicos e metodológicos pauta o(a) perito(a) em sua *práxis*? Não na medicina pois não tem como fim último o bem-estar do trabalhador-paciente. Também não do direito pois lhe falta recursos técnicos e materiais tanto para agir como um procurador investigativo, quanto um promotor inquisitivo ou mesmo como um juiz arbitrário. Tampouco um banqueiro em que se põe como responsável pelo superávit ou déficit de um cofre, pois nem mesmo do que lhe cabe, possui os meios de produção.

Há, portanto, determinantes sócio-históricos *a priori* no trabalho abstrato pericial alienado pareado com a construção discursiva do saber conforme já vimos anteriormente neste estudo. Nesse sentido, nos fizemos (e aos entrevistados e entrevistadas) indagações do tipo, "*o que seria o sentido profissional de um trabalho bem feito de um perito?*". A questão do *ethos* profissional de um perito se articula em torno do que seja um trabalho

bem feito? E o que seria esse trabalho bem-feito desse ponto de vista? Algumas respostas, também partindo do contrário das perguntas feitas, foram igualmente legítimas:

*“Não me adaptei ao trabalho. Dinâmica grande de trabalho, clima pesado por ser agência grande, pacientes brigam com os médicos e principalmente com o pessoal do administrativo. Muita demanda, vinha gente de tudo quanto é lugar. Até de outra cidade, porque as vezes o usuário não queria ser atendido na agência da cidade porque lá já tinha dado problema [...]. Perícia judicial é outro mundo. Você tem mais tempo para fazer a perícia né? Mesmo que tenha suas nuances também. Por exemplo, eu vejo que na perícia judicial alguns peritos já tem um certo padrão de como fazer e fazem certos ‘copie e cole’ nos laudos”* (médico perito previdenciário exonerado de agência em SP).

*“Perícia é um exame que responde a quesitos. Não posso ser perito do meu próprio paciente [...] qualidade das perícias [previdenciárias] mudam da primeira para a última, do primeiro atendimento do dia até o último”* (médico perito previdenciário de SP).

*“É difícil para nós peritos, quando estamos em frente de 15 pacientes/dias com diversas particularidades, saber o que é verdade e o que é mentira. As doenças psiquiátricas, por exemplo, deveriam existir peritos específicos para isso. 80% [dos segurados] simulam doenças psiquiátricas. Há a responsabilidade do perito em deixar a pessoa trabalhar. As pessoas transferem a responsabilidade para o perito. Por exemplo: [simula um diálogo com um segurado] ‘- Se o senhor não me afastar eu posso tomar um remédio e bater o ônibus’. Um bom perito a dificuldade é em negar o benefício e não ceder. O que nega muito ou concede muito não é um bom perito, tem que ter certa margem para trabalhar. Em casos psiquiátricos por exemplo a dificuldade é muito grande pois o periciando sabe enganar muito bem”* (médico perito previdenciário da grande SP).

*“Há um desespero por peritos no TRT em Saúde Mental e Trabalho. Justiça do Trabalho é paternalista quando se trata de 13º, hora extra, férias e etc., de coisas não pagas, mas quando se trata da saúde é outra história, dá um problema”* (psicóloga perita judicial de SP).

*“Tem resoluções do CRP (Conselho Regional de Psicologia) que me garantem o ‘ato psicológico’. Eu faço uma entrevista psicológica primeiro com o periciando e depois uma ‘audiência pericial’ junto com o assistente técnico. Recebo muitas impugnações das partes pelo fato de ser psicóloga, as vezes até antes da conclusão da perícia”* (psicóloga perita judicial de MG).

*“Perito deve confirmar ou infirmar o diagnóstico de alguém que reivindica algo (benefícios no caso do INSS ou indenizações no caso da Justiça do Trabalho). Em 80% ou 90% ratificam o diagnóstico do medico assistente mas falam sobre capacidade e incapacidade. A perícia se reveste de maior cuidado na comunicação, porque você deve se reportar ao juiz e às partes. É importante que o perito tenha atualização constante em seu saber e em sua formação”* (médico perito judicial do interior de SP).

Quando discutimos neste trabalho o trabalho pericial enquanto produto e processo, abrimos uma discussão do real trabalho destes profissionais enquanto determinados pela base material da sociedade do capital, contudo não sem haver resistências, conflitos e contradições. Ou seja, não se dá de modo totalmente passivo, mas sim estes sujeitos ativos ante a realidade concreta de sua atividade também estão imersos num sofrimento ético diante de uma hydra de lerna de questões a serem vencidas tais como: Como trabalhar em condições de falta de confiança (alienação do outro)? De insegurança de informações que lhe são prestadas? Com o excesso de demanda? Nexos (con)causais complexos? Fatos passados e prognósticos incertos? E o peso de decidir sobre a vida/trabalho de alguém.

Contudo, da forma como está posto, dá-se como uma atividade híbrida, da reunião de saberes que o distanciam da *práxis* transformadora de si e de seu contexto, proveniente de saberes outros assentados na reflexão sobre seu fazer, e o aproximam da *techné* em que a constituição do seu fazer se dá por repetições e reproduções de forma que não podem ser pensados, aprimorados ou superados.

Todavia não é surpresa que essa racionalidade imputada a esse fazer não dá conta de um mundo do trabalho em constante mudança. Como saber, portanto, que tal conhecimento técnico possui efetividade e supre o ainda candente problema do nexo causal? E de que modo um perito desenvolve suas estratégias defensivas de resistência frente à realidade que o imputa a dicotomia entre promover e cobrar saúde?

A nosso ver, um caminho de resistência ao campo pericial rumo à ações de promoção, assistência e vigilância em saúde do trabalhador dar-se-ia se abrangesse: (1) um sentido instrumental da ação que atingiu seu objetivo real, quais sejam, uma anamnese ocupacional que contemplasse efetivamente o *processo de trabalho* como determinante no processo saúde-doença e um nexo causal evidenciado e estabelecido que consiga captar a presença de elementos de processo de desgaste sem ter que os referir a um dano consumado ou demonstrável. E que o adoecimento do trabalhador tem sua origem no modo específico como se articulam a base técnica e a organização/divisão do trabalho que se ocupa e; (2) um sentido prático que se reporta aos valores atribuídos pelos trabalhadores-periciados, quais sejam, a forma como passam a compreender seu processo saúde-doença e de como experienciam esse reconhecimento enquanto sujeitos dotados de uma experiência surgida de sua inserção específica na sociedade sintetizando tanto a experiência particular de determinado grupo de trabalhadores, como as condições gerais da classe.

Por fim, deve esse profissional posicionar-se no campo "do trabalho" ou "do capital" de forma a romper com a forma objetificada e alienada de seu fazer jurídico-sanitarista possibilitando a si enxergar o trabalhador no centro de uma política de saúde mais ampla e enquanto agente de transformação. Mesmo que pareça uma ideia utópica de acordo com Berlinguer (1978, p. 20 e 72), se o perito mantiver sua postura de exercício de uma prática supostamente neutra e mediadora dos conflitos capital-trabalho permanecerá possuindo uma forma amorfa em seu fazer que o distancia da medicina, do direito e de outras ciências humanas e sociais para apenas cumprir o papel de um verdugo técnico-investigativo-arbitrário, produto do sistema jurídico-sanitário superestrutural e instrumento perfeito para a manutenção dos preceitos do capital.

## CONCLUSÕES

*“Os filósofos apenas interpretaram o mundo de diferentes maneiras; o que importa é transformá-lo” (MARX, 2009, p. 122).*

O esforço de se concluir um tema de pesquisa dessa magnitude, que abarca diversas instâncias, reside justamente num dos pontos centrais do método dialético que visamos empregar em toda a redação textual: a síntese. Se a compreendemos enquanto um *sentido*, que não se esgota em contradições irracionais, ininteligíveis, nem se perde na eterna repetição do conflito entre teses e antíteses, entre afirmações e negações, então supõe-se devidamente que a afirmação engendra necessariamente sua negação, porém não prevalecendo a negação como tal. Tanto a afirmação (tese) como a negação (antítese) são e devem ser superadas, afim de se construir “algo novo” nesse movimento de negação da negação.

Noutras palavras, mais do que expormos aqui um resumo dos achados empíricos desta pesquisa, e desse modo, atestarmos e validarmos uma ou outra visão, o objeto de pesquisa nos provoca a ir além do maniqueísmo incumbindo-nos de darmos respostas positivas ao movimento geral da realidade. Assim, buscaremos concluir esse estudo com breves elucubrações embrionárias propositivas sobre uma possível superação do campo/área das perícias em trabalho-saúde para outro que abarque o olhar político-

epistêmico da saúde do trabalhador, sendo possível, cunhá-las de *perícias em Saúde do Trabalhador*.

Para tal, manteremos nosso foco no que tange as perícias previdenciárias e judiciais, para nós, compreendidas como as formas de ser periciais mais solidificadas e reproduzidas na esfera trabalho-saúde em nossa sociedade visando enxergá-las por outros prismas. Cabe ressaltar que o entendimento de “superar” aqui empregado, no sentido dialético (superar conservando), dispõe que não se pretende implodir o que se foi construído até o presente momento histórico nas duas esferas, mas sim, de preservar o desenvolvimento natural destas forças, todavia com vistas à transformá-las, se não de forma revolucionária devido à formação sócio histórica de ambas, porém num movimento que mantenha ao menos tal transformação radical no horizonte de um projeto político emancipatório.

Assim, apesar do cenário temeroso que se impõe aos dois âmbitos atualmente no Brasil, em que, por um lado defende-se uma famigerada reforma da previdência com duros golpes previstos no que tange os direitos socialmente conquistados pela classe trabalhadora, também, há do outro lado quem defenda uma possível extinção da Justiça do Trabalho sendo esta acusada de paternalista quanto aos mesmos direitos historicamente conquistados pela mesma classe trabalhadora. À parte, e incluso ao mesmo tempo nesse contexto, uma reforma trabalhista já aprovada e implementada no cotidiano da mesma classe trabalhadora que, se antes lutava por maiores direitos, hoje está na pauta do dia a manutenção daqueles que lhes parecia tutelados.

Mesmo tendo tratado, até agora, neste trabalho as perícias previdenciárias e as judiciais trabalhistas de forma dicotômica, ressalta-se que a opção por o fazer foi meramente didática. Justamente o difícil processo de escolha de um estudo aprofundado de uma outra forma não nos foi possível por entendermos no decorrer da pesquisa, que ambas estão dialeticamente imbricadas, numa forma simbiótica, de modo que, por vezes os atores e atrizes sociais que compõem uma das esferas, atuam, atuaram ou vez ou outra atuam também na outra. E que muitos dos constructos teórico-metodológicos são pertinentes a ambas.

*“Vejo o INSS e o Judiciário como estruturas cristalizadas”* (terapeuta ocupacional perita do MTP).

Um grande colega, quando de em suas aulas no ensino superior, costuma perguntar a seus alunos o que produz a fábrica em que trabalha a personagem de Charles

Chaplin na clássica obra fílmica “Tempos Modernos”. Ao fim do questionamento coletivo sob respostas errôneas diversas, este voltar-se aos aprendizes e lhes dizer: “– Não é dito”. Ora e de fato não é. A interpretação de nosso camarada, a qual partilhamos, é a de que tal fato não importa. Não é mister ao objetivo-mor da narrativa fílmica, elucidar se o que produz a fábrica em que Carlitos é operário dito “chão-de-fábrica” são carros, relógios ou mercadorias diversas para as fruções próprias do capitalismo, mas sim, o foco se dá no *processo de trabalho*. Um processo, dito taylorista-fordista, que se impunha à época com tamanho vigor que era universalizado a todos os modos de produção capitalistas existentes, pautados na modernidade-máquina e no capital monopolista de então.

Assim, não importa se o que hoje é produzido enquanto mercadoria seja no setor produtivo ou no de serviços, são carros, relógios, geladeiras, sentenças judiciais ou laudos periciais previdenciários ou então judiciais. O *processo de trabalho* massificado, alienado e heterônomo é o mesmo para todas as formas indistintamente podendo manter diferenciações quanto ao grau deste. Em suma, ao analisarmos as formas periciais previdenciárias e judiciais separadamente, galgou-se no entendimento de que partem de lugares diferentes, porém que resguardam familiaridades ímpares.

Desse modo, o papel pericial de distinguir quem está sadio e quem está doente, e de que modo esse processo saúde/doença se vincula à base material de uma sociedade, é deveras complicado, de acordo com Berlinguer (1988, p. 54) por dois fatores: (1) o poder: certamente a decisão de se um indivíduo pertence a um ou outro grupo não é dada por ele mesmo, mas por esse terceiro, o perito. Portanto, somente alguém social e legalmente reconhecido como competente, habilitado. Um *expert* em seu fazer. O outro fator é; (2) a técnica de forma tal que por vezes o levantamento e a evidenciação dos sintomas estão viciados, mesmo que subjetivamente, pela própria presença do especialista. Trata-se do que já destacamos anteriormente quanto ao entendimento de Maeno (2011, p. 152) quanto à dita “simulação” no contexto pericial em que, por vezes há esta enquanto uma atuação com motivos conscientes e outra de manifestações somatoformes e dissociativas para as quais se admite a participação de mecanismos psicológicos inconsciente. Ou seja, no segundo caso, o trabalhador enfatizaria inconscientemente os sintomas já existentes de sua doença com vistas à sua sobrevivência material e financeira, não nos esquecendo que, por vezes, a doença e o pedido de assistência/cuidado são um refúgio psicológico diante de outras dificuldades e conflitos, sendo, enfim, um refúgio material para outras necessidades.

Há, por outro lado, uma utilidade social do adoecimento para fins de conservação política e estabilidade do poder. Os trabalhadores podem até tomar consciência do dano que sofrem, mas o sistema de jurídico-sanitário superestrutural é incorporado na dependência destes sobre o perito e a individualidade do relacionamento cuidador-paciente, e, portanto, não permite valorizar as doenças como índices de um conflito social, ao mesmo tempo que favorece sua valorização como uma forma de fugir às frustrações do sistema. Para Berlinguer (1972, p. 64), isso se dá sempre que, por suposto, um trabalhador adoecido aceita seu papel passivo, e sempre que exista um sistema eficiente de instituições e de intermediários que administrem a função de mecanismo geral de controle social.

Ora, se pensarmos sobre a importância das esferas previdenciárias e jurídicas na ideologia e na práxis social democrática, o papel que ainda desempenham (ainda que não invadidas por lutas de igual amplitude e incisividade) na formação social brasileira, a ponto de buscar se reformar a primeira aos moldes do Estado Mínimo e de se extinguir a segunda, e a posição ocupada pelas demais instâncias ditas de “bem-estar” no sistema do capital, pode-se facilmente avaliar o que seria o peso de uma reviravolta total (prática, cultural, política) dos interesses e aspirações das massas nestes campos.

Em suma, os possíveis avanços virão inteiramente da organização coletiva, luta e pressão dos trabalhadores em se contestar o campo jurídico-sanitário ao mesmo tempo que se apropria politicamente deste. E é justamente pensando em ocupa-lo, para em seguida transformá-lo, que partimos às nossas (des)pretensiosas proposições.

No que tange a transformações substanciais nas perícias previdenciárias<sup>254</sup> e judiciais, destaca-se o Projeto de Lei nº 7.200/2010 que propôs a ampliação da participação de profissionais de saúde nas perícias de benefícios de aposentadoria por invalidez de forma a promover uma avaliação multidisciplinar o qual visou modificar o parágrafo 1º do art. 42 da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, com a seguinte redação:

“A concessão de aposentadoria por invalidez dependerá da verificação da condição de incapacidade mediante exame pericial a cargo da Previdência Social, podendo o segurado, às suas expensas, fazer-se acompanhar de médico de sua confiança. ....” (NR)

Em que os autores propositores do PL 7.200/10 afirmam:

---

<sup>254</sup> E concordamos com Pinto Júnior et. al. (2011, p. 2847) quando estes dizem que esperar mudanças da lógica da perícia de forma a atuar eficientemente segundo os paradigmas da Saúde do Trabalhador sem rever sua (arcaica) estrutura seria ingênuo.

“O presente Projeto de Lei objetiva promover a avaliação pericial multidisciplinar, com a participação de diversos profissionais da saúde, tais como Fisioterapeutas, Terapeutas Ocupacionais, Psicólogos e Assistentes Sociais da Previdência Social. Entendemos que, dessa forma, o relatório final de avaliação da capacidade laborativa, nos casos de aposentadoria por invalidez, espelhará uma realidade mais completa, transparente e justa.”

Foi aprovado pela Comissão de Seguridade Social e Família a qual propôs a alteração da redação do art. 42 da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, para:

“Art. 42. .... §1º A concessão de aposentadoria por invalidez dependerá da verificação da condição de incapacidade e de funcionalidade mediante exame médico-pericial e multidisciplinar, a cargo da Previdência Social, podendo, às suas expensas, fazer-se acompanhar de profissional de saúde de sua confiança.”

Que recebeu o seguinte parecer do relator da Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania:

“Na forma do artigo 24, XII, da Constituição Federal, compete à União, aos Estados e ao Distrito Federal legislar concorrentemente sobre previdência e saúde. Entretanto, a proposição afigura-se injurídica e inconstitucional pelos motivos a seguir expostos. Primordialmente, cumpre ressaltar a inconstitucionalidade do projeto, uma vez que ele acaba por adentrar na esfera de atribuição do Poder Executivo. Vejamos: “Artigo 61, § 1º São de iniciativa privativa do Presidente da República as leis que: II – disponham sobre: a) criação de cargos, funções ou empregos públicos na administração direta e autárquica ou aumento de sua remuneração;” Dessa forma, a alteração da condição de médico pericial para apenas pericial ou o acréscimo de equipe multidisciplinar implica na alteração de cargos, funções ou empregos públicos na administração autárquica, eivando, dessa forma, a proposição de inconstitucionalidade. Além disso, tem-se que o requisito adicional do exame multidisciplinar é desnecessário, visto que o exame médico pericial, previsto na redação originária do §1º do artigo 42 da Lei 8.213/91, já é capaz de englobar todas as questões funcionais e socioambientais que são invocadas para amparar o PL ora analisado [...]. O exame de funcionalidade nada mais é que o objeto precípua do prognóstico médico. Cabe ressaltar **a exclusividade da atividade médica** para a determinação do prognóstico relativo ao diagnóstico nosológico. Da maneira que foi redigida a proposição, entende-se que profissionais não médicos estariam aptos a realizar o exame multidisciplinar, situação essa incabível. Deve-se atentar para a **onerção desnecessária** dos cofres públicos resultante do exame de funcionalidade/socioambiental. Isso porque, a perícia médica é suficiente para analisar todos os elementos etiológicos da moléstia/infortúnio, realizar o prognóstico de impossibilidade recuperação e atestar o nível de funcionalidade que apresenta determinado membro, órgão ou sistema do periciando”

Assim, o PL 7.200/2010 foi arquivado nos termos do art. 54 combinado com o § 4º do art. 58 do RICD (inconstitucionalidade e/ou injuridicidade) em 9 de dezembro de 2015.

*“No CRST o trabalhador passava por uma triagem multidisciplinar, como todos na mesma sala. Psiquiatra... [pausa]... apesar que faz quase 17 anos que não tem psiquiatra no CRST. Mas psiquiatra, psicóloga e TO [Terapeuta Ocupacional]. Às vezes uma de nós até acompanhava o trabalhador na perícia no INSS” (terapeuta ocupacional perita do MPT).*

Assim, em todos os campos de análise da saúde e das incapacidades geradas pelos agravos à saúde, recomenda-se fortemente a participação de vários profissionais da área. Para Silva (2014, p. 161), não deveria ser diferente no âmbito do processo do trabalho em se tratando de matéria de adoecimentos relacionados ao trabalho por todo o aqui já exposto.

O autor também defende, - e se faz também nosso pensamento que -, (1) a criação de Varas Especializadas na Justiça do Trabalho para julgar a matéria de Adoecimentos Relacionados ao Trabalho, priorizando as tutelas coletivas e inibitórias como forma de reduzir o contingente de adoecimentos relacionados ao trabalho e; (2) Do ponto de vista da tutela reparatória, a necessidade de perícias multiprofissionais e interdisciplinares (aos moldes das já realizadas pelo Ministério Público do Trabalho - MPT), com a antecipação de honorários em valores compatíveis com a complexidade da matéria e o aumento expressivo dos valores arbitrados a título de indenização, em observância aos princípios da reparação integral e do poluidor-pagador ou ainda; (3) que o(a) perito(a) judicial seja um cargo público concursado para o judiciário, o que poderia ampliar o envolvimento dos(das) profissionais com a referida função e diminuir as possibilidades de corrupções; (4) não sendo possível o item anterior, que se efetive de forma organizada e estruturada o quadro de peritos cadastrados na justiça tal como disposto no art. 156 do CPC.

Outro aspecto interessante das perícias em Saúde do Trabalhador que defendemos, este um campo, por princípio multiprofissional e interdisciplinar, trata do assunto em vigor no Decreto nº 8.691 de 14 de março de 2016 que, em resumo, permite a concessão de benefícios por incapacidade sem a realização de perícias médicas previdenciárias seja através da recepção de atestados médicos, seja da utilização de médicos ou órgãos conveniados ao SUS. Quando questionamos nossos entrevistados peritos médicos previdenciários do INSS, quanto ao Decreto em questão, as opiniões se dividiram:

*“Não concordo com as perícias sendo jogadas para o SUS” (médico perito do INSS de SP).*

*“O perito previdenciário foi criado também quando foi criado o SUS [Sistema Único de Saúde]. Até 2005 quando foi regulamentada a perícia médica, não tinha o perito de carreira. Eu mesmo sou do primeiro concurso pra peritos de carreira. Antes era feito por médicos credenciados, terceirizados. Temos cerca de 3 mil peritos na ativa. Hoje é insuficiente, ainda mais com a crise. O SUS não dá conta nem da demanda que tem, quanto mais pra se fazer perícia. Não é constitucional, precisa se alterar essa lei antes do decreto, sem que se tenha a aprovação dos peritos. Não vai sair do papel. Depois que entraram os peritos, em 2005, teve uma economia de quase 3 bilhões com a concessão de benefícios. Não sou contrário às perícias sendo feitas no SUS, mas devem ser feitas de maneira coerente e não dessa forma” (médico perito do INSS da Grande SP).*

*“Esse decreto é terrível porque o médico assistente não pode ser perito do próprio paciente. Doença não é incapacidade e o médico assistente não consegue identificar incapacidade” (médica perita do INSS do interior do PR).*

*“Acho bacana que o médico do SUS faça também a perícia, mas como cuidador. Porque o perito não é cuidador, é técnico-analista. E também no SUS não tem estrutura de segurança que tem aqui na agência [...]. Acho a estrutura da previdência muito bonita, mas tem problemas. E eu considero o SUS lindo também, adoro trabalhar nele. Ambos são sistemas completos e interessantes” (médico perito do INSS do interior de SP).*

*“Não concordo. E veja, meu papel na empresa é cuidar do patrimônio humano da empresa. Zelar por eles e não negar atestados. Minha função é avaliar capacidade laboral” (médico perito judicial do interior de SP).*

*“Por mais que você coloque datas para alta, tem diversos fatores de comorbidade que não se resolvem na parte técnica [...]. Tem então um modelo italiano que está nos assessorando no INSS. Um corpo de peritos, mas que são assessorados pelo médico da família, que é o médico assistente. O benefício seria de 1 a 2 anos no máximo [...]. Parte da corporação dos médicos peritos acham que vão perder poder com o decreto” (médico perito do INSS de SP e ex-diretor da DIRSAT do INSS/DF).*

*“Sou a favor das AxI [perícias iniciais] no SUS. Quando o médico da empresa fazia perícia dentro da empresa ninguém se rebelou né? Agora que é no SUS, reclamam. Quando era terceirizado tinha médico ganhando 150 mil por mês do INSS porque eles ganhavam por perícia então marcavam muitas. A cada dois meses por paciente mais ou menos. Por eles [peritos do INSS] continuava privada [...]. Perícias no SUS vem de encontro com a política nacional em saúde do trabalhador de descentralização, de matriciamento. Isso é bom, mas não pode tirar a assistência do CEREST também, porque se não perde o controle da vigilância. A gente busca uma integralidade entre CEREST e atenção básica mais do que um matriciamento. Por exemplo, tem o Laboratório de Mudanças da Faculdade de Saúde Pública da USP que eles estão tentando construir um fluxo de atendimento com a rede de atenção básica. É proposta de empoderamento do trabalhador pra se compreender com o que ele trabalha, para assim que a vigilância ‘der as costas’ e o*

*empresário mudar as regras do jogo, ele vai estar a par do que se trata”* (médica perita exonerada do INSS do interior de SP).

*“Acho que deveria existir o SABI-SUS, o mesmo sistema usado no INSS mas que os médicos da rede pudessem ter acesso também. Inclusive ao NTEP. E teriam ali todo o histórico previdenciário de adoecimento, incapacidade e benefícios do seu paciente”* (médica pesquisadora de órgão científico do Ministério do Trabalho).

Quanto ao assunto em tela, assim que o referido decreto foi divulgado, a Associação Nacional dos Médicos Peritos da Previdência Social (ANMP) soltou uma nota de esclarecimento à sociedade, quanto ao Decreto 8.691/2016, assinada também pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), pela Federação Nacional dos Médicos (FENAM) e pela Associação Médica Brasileira (AMB), evidenciando seu repúdio ao dizer que com a medida, *“O Governo estará lançando toda a previdência social no escuro pois tais benefícios poderão ser implantados sem limite e sem direito em um período de forte retração econômica e elevação do desemprego”* (ANMP, 2016).

Quanto aos nossos entrevistados, aqueles que são peritos de carreira não concordaram com o referido Decreto ou então vêm que este deve ser melhor lapidado para não cair no risco de incorrer em negligência por parte do órgão previdenciário. Aqueles que atuam em instituições públicas ligadas a atenção, assistência e vigilância à Saúde do Trabalhador foram favoráveis à implementação do mesmo.

Outro aspecto importante na construção destas perícias no campo da Saúde do Trabalhador, é tratado no Decreto nº 8.725 de 27 de abril de 2016 que institui a Rede Intersetorial de Reabilitação Integral com vistas à integração e à articulação permanente entre serviços e ações das políticas de saúde, previdência social, trabalho, assistência social, educação, entre outras, em consonância com os pressupostos, diretrizes e objetivos da Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST), instituída pelo Decreto nº 7.602, de 7 de novembro de 2011, e da Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015, Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência.

*“Nosso modelo de seguridade e proteção social é muito desarticulado e tem que ampliar. O trabalho e a educação têm que fazer parte da seguridade social. O cidadão se está no SUS é usuário, se está em benefício é beneficiário, no INSS é segurado. O cidadão que fica tentando se encaixar nos órgãos e não o contrário. É um sistema que vai adoecendo as pessoas porque não conseguimos cuidar. Em 27 de abril foi publicado decreto 8.725 da rede intersectorial de reabilitação integral. Juntando INSS, Ministério da Educação, Ministério do Trabalho e Previdência Social, Ministério da Saúde e demais ministérios, você viu? Quanto mais ações intersectoriais fizermos melhor. Não*

*podemos ficar apenas na seguridade social como está. Não dá para ter uma medida única para cada um. Se precisa ter redes cada vez mais. Esse é o desafio. Quem pode entrar nas empresas? Vigilância sanitária, CERESTs, MPT e INSS. É preciso essa vigilância. A Saúde do Trabalhador no INSS tem que ser mais do que somente avaliar capacidade laboral para fins de concessão de benefícios e reabilitação profissional. Por isso estamos pensando na intersectorialidade e na integralidade da reabilitação. Assistência quem faz é o SUS, vigilância, CEREST.”* (médico perito do INSS de SP e ex-diretor da DIRSAT do INSS/DF).

Pinto Júnior et. al. (2011, p. 2845) já expunham o distanciamento existente entre fiscalização do Ministério do Trabalho, Perícia Médica do INSS e CEREST do SUS, o que, de fato, inviabiliza o olhar epidemiológico – base para qualquer intervenção – e constitui-se em sério empecilho à consolidação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSSTT). Os autores inclusive já apontavam (p. 2848) para o fato de que, para garantir organicidade das mudanças necessárias, bem como a perenidade dos estudos que devem fundamentá-las, seria desejável que a Previdência Social, seguindo o exemplo dos Ministérios do Trabalho e da Saúde que criaram, respectivamente, a Fundacentro e o Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana – CESTEHE/ENSP/Fiocruz, montasse uma estrutura que congregasse pesquisadores – muitos já integrantes e dispersos no quadro funcional do INSS – dedicados à produção científica voltada à melhoria dos resultados institucionais, sem dúvida objetivo do Estado e da Sociedade.

“Falta de intersectorialidade, estrutura, fluxo, financiamento, tudo isso prejudica o sistema de gestão do afastamento” (terapeuta ocupacional perita do MPT).

Pensando nessa importância da intersectorialidade, Machado & Porto (2003, p. 125-126) apresentam um modelo estrutural de uma rede de vigilância em Saúde do Trabalhador a partir do foco das ações em Saúde do Trabalhador, ou seja, a relação entre o processo de trabalho-saúde, e as esferas que condicionam a qualidade do trabalho nas organizações.

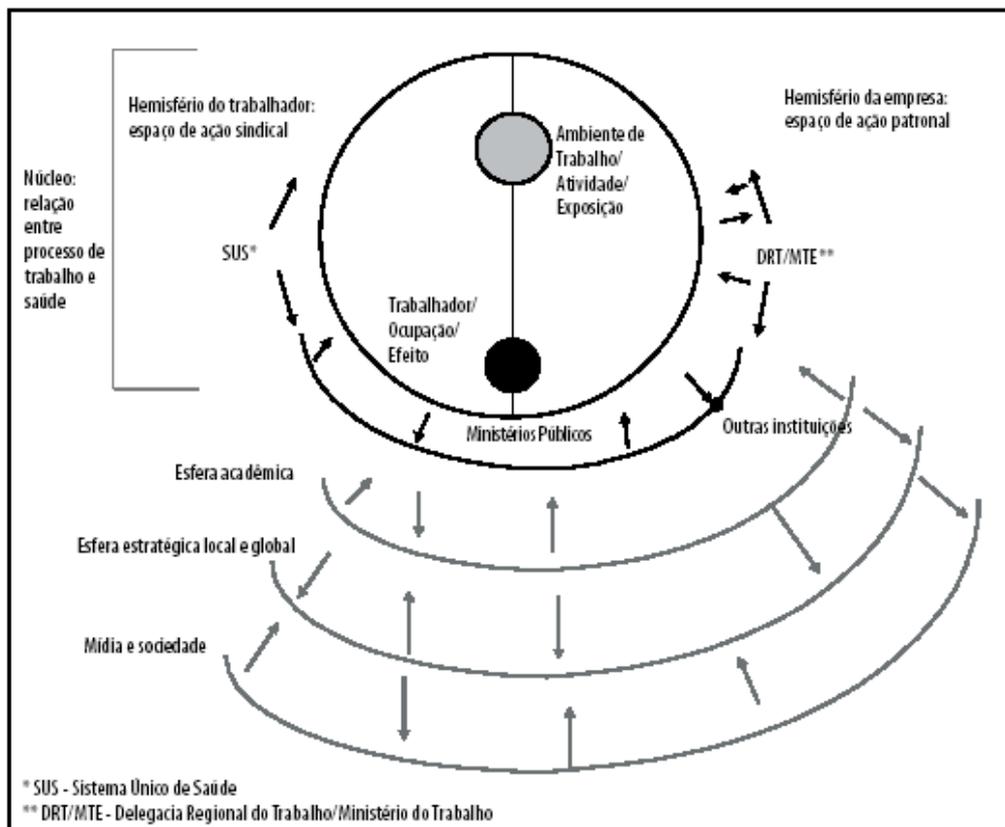


Figura 1 - Rede de vigilância em saúde do trabalhador

Assim os autores explicam a referida formulação (p. 127):

No centro dessa rede, como objeto em torno do qual ela é tecida, estão os trabalhadores e o ambiente de trabalho. Essa estrutura apresenta dois polos dinâmicos e fundamentais: o dos representantes dos trabalhadores e o das empresas. As instituições constituem pontos de encontro e de desencadeamento de ligações em várias camadas concêntricas e polares, que correspondem ao tipo de poder de intervenção no núcleo em questão [...]. As instâncias executivas da rede de VST [Vigilância em Saúde do Trabalhador] representam a primeira camada ou nível de contato direto com o núcleo – trabalhador e ambiente de trabalho –, sendo as duas instituições principais o SUS e o Ministério do Trabalho (MTb). O SUS exerce função múltipla, configurando um espaço estruturador de conexões das redes. Executam, diretamente, as funções de referência clínica, vigilância sanitária e epidemiológica dos agravos relacionados ao trabalho, constituem um subsistema de vigilância em saúde do trabalhador e desencadeiam um processo de vigilância por meio da integração das ações em torno de casos específicos [...]. O Ministério do Trabalho (MTb) compõe com as Delegacias Regionais de Trabalho (DRT), na qualidade de ator, a rede que gravita entre o polo empresarial e o dos trabalhadores, em contato direto com seu núcleo. Desenvolve ações de inspeção aos locais de trabalho; de articulação, por meio da coordenação de fóruns; e de mediação de acordos entre trabalhadores e empresas. As ações desenvolvidas pela própria empresa correspondem ao segundo polo do núcleo da rede de vigilância. São exercidas, nas grandes empresas, pelos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT); ou, nas pequenas empresas, pela própria gerência [...]. Instituições que compõem uma rede de vigilância em saúde do trabalhador, como os órgãos ambientais, as Secretarias de Estado de Trabalho,

as instâncias ligadas à Previdência Social – como a perícia médica e a reabilitação – e os órgãos de planejamento e de desenvolvimento econômico e social, entre outros, situam-se, pelo aspecto executivo e complementar de suas ações, no interstício entre a primeira e a segunda camada. Ainda nesse nível, destacam-se as articulações com o Ministério Público Estadual (MPE) e o Ministério Público do Trabalho (MPT). São atores com maior poder de investigação e persuasão, que impulsionam processos de negociação com as empresas e de conscientização do empresariado, utilizando como instrumento de compromisso os chamados termos de ajustamento de conduta [...]. Em uma segunda camada de apoio, destacam-se as ações desencadeadas por projetos acadêmicos e de ensino, desenvolvidas principalmente por instituições da saúde coletiva [...]. Em uma terceira camada, encontra-se a esfera estratégica de negociação e definição de políticas públicas, de leis e acordos desenvolvidos por ações intersetoriais em diferentes níveis de agregação, do local ao global, como o geográfico (distrito/município/Estado/país/âmbito internacional), institucional (saúde, trabalho, meio ambiente, previdência social, Ministérios Públicos, representações políticas no Congresso Federal/assembleias estaduais/câmaras de vereadores) e econômico (empresa/ramo econômico ou grupo de empresas por tipo de risco) (MACHADO & PORTO, 2003, p. 127).

Desse modo, nota-se que a questão da elaboração e tentativas práticas de se construir e instituir formalmente uma rede intersetorial que integre as diversas instituições brasileiras que perpassam o tema da Saúde do Trabalhador conectando-as num constante diálogo profícuo com vistas à prevenção, assistência e vigilância não se apresenta como novidade nos estudos e pesquisas intrasetores envolvidos.

Por exemplo, Santos e Lacaz (2012) descrevem a experiência do centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) do município de Amparo-SP na concepção e execução de ações voltada para a saúde dos trabalhadores na atenção básica (AB) ao pesquisarem as potencialidade e limites do Apoio Matricial (AM) em Saúde do Trabalhador (ST). Atentando para o fato de que o modelo de AM desenvolvido por Campos (1999) dispõe-se como estratégico para a inserção de ações de ST na AB, os autores consideraram que o apoio técnico horizontal promove uma reorganização do trabalho em saúde sendo, portanto, um passo à frente para a reorientação do modelo médico-assistencial, com a introdução da relação trabalho-saúde na saúde da família.

Na mesma direção, Lacaz, Trapé, Soares e Santos (2013) refletiram sobre a omissão de práticas para a saúde dos trabalhadores no âmbito de atuação da Estratégia Saúde da Família (ESF) propondo a inclusão de tais práticas a partir da operacionalização de um instrumento que levante e analise variáveis e indicadores de reprodução social (TRAPÉ, 2011) num sistema de AM que integre os CEREST's com as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e educação permanente das equipes da ESF em conteúdos de ST.

Também a Profa. Dra. Selma Lancman da Universidade de São Paulo (USP), possui um projeto temático aprovado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP nº 2014/25985-2), que objetiva, dar visibilidade e analisar os processos de trabalho dos atores envolvidos nas diferentes instâncias relacionadas ao campo das políticas públicas de saúde e trabalho, considerando a proposta de intersectorialidade trazida pela Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho (PNSST), bem como detectar sobreposições, lacunas e desenvolver avanços para a consolidação das redes intra e intersectoriais, com vistas à efetivação de um sistema integrado e global de atenção à Saúde do Trabalhador. Para tal, o projeto pauta-se na pesquisa-ação, e vem sendo desenvolvido no município de São Paulo. Devido à quantidade e diversidade de setores e serviços envolvidos o desenho proposto pela autora organiza-se em dois eixos, a saber: (1) análise documental das políticas públicas, mapeamento da rede de serviços que atuam na interface saúde e trabalho e entrevistas com informantes-chaves envolvidos na elaboração das políticas e respectiva implementação; (2) estudo do processo de trabalho dos profissionais inseridos em cada um dos serviços envolvidos, buscando-se formulações explicativas para as práticas realizadas e para os aspectos que interferem na integração intra e intersectorial.

Por fim, faz-se importante expor uma última experiência interessante que viria a contribuir com o que se propõe no presente estudo sobre uma mudança conceitual das perícias em trabalho-saúde para o que cunhamos de *perícias em Saúde do Trabalhador*. Trata-se de uma interessante experiência que pudemos vivenciar em nosso estágio doutoral-sanduíche que vinha sendo conduzida desde 1977<sup>255</sup> na região de Bouches-du-Rhône (Port-de-Bouc), próximo à Marselha na França, pelo economista Marc Andéol sob curadoria do médico e psicólogo italiano, Ivar Oddone chamada *Association pour la Prise en Charge des Maladies Eliminables (APCME)*<sup>256</sup> que, inspirado nos pressupostos do Movimento Operário Italiano (MOI), teve como objetivo constituir uma rede de apoio, no plano regional, que assumisse um outro reconhecimento das doenças relacionadas ao trabalho e, a longo prazo, um saneamento dos locais de trabalho. Desse modo, a proposta estruturava-se num serviço de saúde pública capaz de orientar e estimular ações voltadas para os cuidados de saúde, e ações de prevenção.

---

<sup>255</sup> Tal experiência fechou suas portas em 2017, após 30 anos de existência, devido à ausência de repasse de recursos públicos.

<sup>256</sup> Ver sobre a referida Associação no glossário deste estudo.

Partindo-se do princípio que todos os dados necessários existem, mas que não são acessíveis: (a) nem pelos/pelas médicos(as) do trabalho que deveriam cuidar da saúde; (b) nem pelos/pelas empregadores(as) que deveriam avaliar as cargas presentes em seu meio ambiente de trabalho; (c) nem pelos trabalhadores que interagem com tais cargas numa dinâmica global cotidiana; (d) nem mesmo pelos organismos que têm a responsabilidade na gestão da Saúde do Trabalhador.

Assim, durante muitos anos e com o apoio dos poderes públicos, a *APCME* construiu uma matriz de casos de doenças relacionadas ao trabalho suspeitas ou diagnosticadas nos meios ambientes de trabalho da região. Tal recurso foi elaborado de modo que todos os médicos generalistas pudessem desenvolver uma outra forma de aprendizagem sobre as doenças dos trabalhadores, podendo, inclusive, identificar novos outros casos, integrando-se a outros grupos envolvidos na experiência, a saber, empregadores, especialistas em Saúde do Trabalhador, associações, organismos público e etc. que podiam sempre utilizar e completar os dados recolhidos.

Assim surgiu o SIC, o Sistema de Informação Concreta um sistema informacional complexo integrador de experiências que continha o registro de informações individuais feito por ficha composta de 4 itens: (1) identificação do trabalhador; (2) identificação do posto de trabalho; (3) as cargas de desgaste presentes; (4) a chamada “folha de acompanhamento”, destinada à coleta de informações não codificadas sobre o trabalhador e suas condições de trabalho, permitindo observações acerca de questões não previstas.

Conforme Vasconcelos e Lacomblez (2005), a ficha do posto de trabalho representa a base da anamnese do meio ambiente de trabalho a ser utilizada para estabelecimento de nexos (con)causais entre os danos à saúde e o ambiente. Para a identificação do posto de trabalho, são considerados: os contextos espaciais concretos em que se trabalha; o que o trabalhador faz; e as características específicas (positivas ou negativas) do processo em análise.

O conjunto de dados coletados alimenta o Painel Municipal de Riscos, que é composto por uma carta topográfica do município com a identificação dos locais onde há risco e informes relativos aos riscos prioritários: número de pessoas expostas com registro no SIC, estimativa do conjunto de pessoas expostas a cada uma das cargas de trabalho, número de pessoas acometidas por determinados agravos de acordo com os registros do SIC, estimativa da quantidade de trabalhadores acometidos pelos mesmos agravos. Este painel é atualizado periodicamente e viabiliza e enriquece o diálogo entre profissionais

de saúde, trabalhadores e governo local (RE et al., 2006), assegurando uma grande difusão dos dados produzidos.

Tal descrição que os trabalhadores fazem de seus postos de trabalho e das exposições a riscos, é ponto fundamental para a construção das informações. Aí se situa a técnica que permite colocar-se sempre face ao homem produtor enquanto sujeito rico de uma experiência que o especialista não possui. O procedimento é centrado na compreensão da perspectiva do trabalhador: o que permite ao médico descobrir que os seus pacientes são portadores de informações e que, por isso, devem adotar uma nova leitura do sistema de cuidados de saúde e da própria relação que estabelecem com os médicos.

Os elementos essenciais deste procedimento são estruturados da seguinte maneira: Para cada atividade de trabalho é elaborado o seu *curriculum laboris*, pedindo-se ao trabalhador que se posicione mentalmente no seu posto de trabalho, desenhando-o grosseiramente sobre uma folha. Lhe é fornecido um formulário de identificação das cargas de trabalho concebido de forma a tornar mais permeável a interface entre a pessoa exposta ao risco e o médico, e que permite uma abordagem global organizada em 4 grupos de fatores: (1) o que vem à mente quando se pensa no posto de trabalho como se se tratasse de um apartamento (barulho, temperatura, iluminação); (2) o que vem à mente quando se pensa estritamente no meio ambiente de trabalho (poeiras, fumos, gases, vapores, formas de energia, vibrações); (3) as situações que produzem fadiga devido a um esforço muscular; (4) todas as situações que produzem uma fadiga não relacionada com a atividade muscular (posturas, ansiedade, ritmos, horários), de forma a obter-se uma descrição sucinta porém suficiente do posto de trabalho de modo que tais informações estarão acessíveis e serão objeto de trocas de informação com os diferentes grupos de responsáveis, detentores de competências técnicas ou funções sociais diversas.

Três elementos caracterizam esta descrição: a base real sobre o qual se ancora esse trabalho; o que faz concreta e realmente a o trabalhador (o trabalho real); as especificidades locais (pretende-se recuperar com esta noção o que, numa mesma condição de produção, pode reduzir a carga de trabalho).

Deste modo, quatro polos de análise articulam-se e possibilitam intervenções que irão permitir melhorar a compreensão que se tem das situações nocivas e de forma a se poder intervir no saneamento das mesmas: (1) o polo de análise e tratamento da informação por parte dos médicos dos dados relativos às doenças elimináveis; (2) o polo responsável pela análise e organização das informações relativas aos processos de

trabalho, partilhado por todas as organizações presentes no território (organizações não institucionalizadas inclusas); (3) polo de consulta a técnicos dos equipamentos e tecnologias (tecnólogos) e do homem (médicos do trabalho) e; (4) o polo cuja função é a do saneamento – no sentido de explorar imediatamente os dados existentes e, depois, solicitar informações adicionais se necessárias.

O objetivo desta “galeria de casos” é o de produzir uma medicina “cumulativa”, de modo a que o médico possa relacionar a sua memória individual, dos casos que foram os seus, àqueles dos colegas, que exercem a sua atividade num mesmo ramo de atividade. Contudo, a ambição fundamental é a construção e a consolidação de um sistema de saneamento dos locais de trabalho. O saber cumulativo, ao ser informatizado, é disponibilizado a todos os cidadãos, afim de apoiar intervenções que procurem conceber o desenvolvimento sustentável do meio ambiente de trabalho.

À guisa de conclusão e sem nos esquecermos as diferentes formações sociais e históricas que existem entre o contexto francês e o brasileiro, ao expormos sucintamente esta experiência do SIC, buscamos evidenciar outro modo de se pensar uma forma pericial que combine o uso de recursos tecnológicos informacionais com um olhar situado sobre o processo produtivo, considerando o saber do trabalhador.

Assim, se for possível superarmos o modelo biomédico pautado no corpo, na norma, na doença e em protocolos já defasados como a CIDID que pautam hoje as perícias em trabalho-saúde em seus mais variados contextos e formas de ser, e pudermos ampliar o olhar para o campo intersetorial, multiprofissional e transdisciplinar da Saúde do Trabalhador, fazendo uso de instrumentos que favoreçam avaliações dinâmicas e interativas de tipo biopsicossociais tais como a CIF, provavelmente então, teremos perícias que saibam compreender os determinantes sociais do processo saúde-doença, integrando trabalhadores, profissionais de saúde e pesquisadores em rede interlocucional com vistas à quebra de paradigmas enraizados social e historicamente no interior do sistema jurídico-sanitário superestrutural, tendo no horizonte, a busca por formas de superá-lo.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRASCO - Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. *Saúde e trabalho: desafios para uma política*. Rio de Janeiro: Abrasco, 1990.
- ABREU, F. M. *Depressão como doença do trabalho e suas repercussões jurídicas*. São Paulo: LTr, 2005.
- ALCÂNTARA, H. R. *Perícia médica judicial*. Rio de Janeiro: Koogan, 2006.
- ALESP, Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo. *Lei nº 12,250 de 9 de fevereiro de 2006*. Veda o assédio moral no âmbito da administração pública estadual direta, indireta e fundações públicas. São Paulo-SP. Acesso em 13 de outubro de 2014.
- ALMEIDA, A. P. *Curso Prático de Processo do Trabalho*. 15ª ed. São Paulo: Saraiva, 2004.
- ALMEIDA, E. H. R. A perícia médica previdenciária no contexto atual. In: RODRIGUES FILHO, S. et. al (orgs). *Perícia Médica*. Goiânia: Conselho Regional de Medicina de Goiás, 2007, p. 157-161.
- \_\_\_\_\_. O que se espera das perícias judiciais em relação ao direito médico? In: *Fórum Estadual de Direito Médico e de Saúde*. Piracicaba, 2010.
- \_\_\_\_\_. Técnicas de consulta em perícia. In: *Congresso brasileiro de perícia médica previdenciária*, Palestra Debate do Curso de Semiologia Médica, p. 36, maio de 2008.
- ALMEIDA, P. C. A.; BARBOSA-BRANCO, A. Acidentes de trabalho no Brasil: prevalência, duração e despesa previdenciária dos auxílios-doença. *Rev. bras. Saúde ocup.*, São Paulo, 36 (124): 195-207, 2011.
- ALVARES, T. T.; LIMA, M. E. A. Fibromialgia - interfaces com as LER/DORT e considerações sobre sua etiologia ocupacional. *Ciência e Saúde Coletiva (Impresso)*, v. 15, p. 55-74, 2010.
- ALVES, G. A reforma da previdência e o grande assalto ao fundo público no Brasil. In: RAMOS, G. T. *O golpe de 2016 e a reforma da previdência: narrativas de resistência*. Bauru: Canal 6, 2017, p. 139-146.
- \_\_\_\_\_(org.). *O Trabalho do Juiz: Análise crítica do vídeo documentário O Trabalho do Juiz*. Bauru: Canal 6, 2014.
- \_\_\_\_\_. *Trabalho e Mundialização do Capital*. Londrina: Ed. Práxis, 1999.
- \_\_\_\_\_. *Trabalho e neodesenvolvimentismo: Choque de capitalismo e nova degradação do trabalho no Brasil*. Bauru: Canal 6, 2014.

\_\_\_\_\_. Verbetes Capital, Dicionário Crítico do Trabalho, In *RET - Rede de Estudos do Trabalho*, disponível em <[www.estudosdotrabalho.org](http://www.estudosdotrabalho.org)> Acesso em: [14/12/2017].

\_\_\_\_\_. Verbetes Trabalho, Dicionário Crítico do Trabalho, In *RET - Rede de Estudos do Trabalho*, disponível em <[www.estudosdotrabalho.org](http://www.estudosdotrabalho.org)> Acesso em: [14/12/2017].

ALVES, G.; VIZZACCARO-AMARAL, A.L.; CHAPADEIRO, B. (orgs.). *A Hýbris de Saturno. Precarização do trabalho, saúde do trabalhador e invisibilidade social*. Bauru-SP: Canal 6, 2015.

ALVES, L. H. N. *Entraves institucionais para concessão de auxílio doença acidentário da previdência social no Município de Indaiatuba*. Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, SP: [s.n.], 2006.

ALVIM, A. *Manual de Direito Processual Civil*. 9ª ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais LTDA, 2005.

AMBROSIO, G. O nexos causal entre depressão e trabalho. *Revista LTr*, vol. 77, nº 2, fevereiro de 2013, 77-02/193.

ANDRADE, E. I. G. Pontos Críticos na Nova Reforma da Previdência. In: MORHY, Lauro (Org.) *Reforma da Previdência em Questão*. Brasília: Universidade de Brasília, Laboratório de Estudos do Futuro, Editora Universidade de Brasília, 2003.

ANDRADE, L.H.S.G. O peso ignorado e subestimado das doenças mentais no mundo. In: LIMA, M.G.A. (org.). *Avaliação dos centros de atenção psicossocial (CAPS) do estado de São Paulo: uma contribuição do CREMESP para a saúde mental na comunidade*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina, 2010.

ANDRADE, S. M. R. Perícia médica administrativa. In: RODRIGUES FILHO, S. et. al (orgs). *Perícia Médica*. Goiânia: Conselho Regional de Medicina de Goiás, 2007, p. 189-214.

ANDRADE, E. T.; MARTINS, M. I. C.; MACHADO, J. H. O processo de construção da política de saúde do trabalhador no Brasil para o setor público. *Configurações*, 10 | 2012, p. 137-150.

ANSILIERO, G.; DANTAS, E. A. Comportamento recente da concessão e emissão de auxílios-doença: mudanças estruturais? In: *Informe da Previdência Social*, 20(11): 1-3, 2008.

ANTUNES, R. Os Sentidos do Trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo, 2009.

ANTUNES, C.; SILVA, H. L. F. da.; FREITAS, J. A. R. de. Classes sociais. In: MENDES, R. (Org.). *Dicionário de Saúde e Segurança do Trabalhador: Conceitos – Definições – História – Cultura*. Novo Hamburgo/RS: Proteção Publicações, 2018, p. 268-269.

ARAÚJO, E. T. *Perícia médica*. Disponível em: [http://www.portalmedico.org.br/include/biblioteca\\_virtual/des\\_eti/24.htm](http://www.portalmedico.org.br/include/biblioteca_virtual/des_eti/24.htm), 2009.

ARAÚJO, A.; ALBERTO, M.F.; NEVES, M.Y.; ATHAYDE, M. (orgs.). *Cenários do trabalho: subjetividade, movimento e enigma*. Rio de Janeiro: DP&A Editora, 2004.

ARAÚJO, A.; PORTO, M. F. S. Trabalho e vida na periferia do capitalismo: terceirizados na indústria de refino de petróleo. In: ARAÚJO, A. et al. (Org.). *Cenários do trabalho*. Rio de Janeiro: DP&A, 2004. p. 179-212.

ARGOLO, L. C. A luta pela Diretoria de Perícias Médicas. *Revista da Associação dos Médicos Peritos da Previdência Social*, ano 1, n. 2, p. 42-43, ago. 2007.

ARGOLO, L. C. T.; LIMA, B. C. G. Perícia médica previdenciária. In: RODRIGUES FILHO, S. et. al. *Perícia Médica*. Goiânia: Conselho Regional de Medicina de Goiás, 2007, p. 141-155.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS MÉDICOS PERITOS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. *Nota de esclarecimento à sociedade - decreto 8.691/16*. Disponível em: [http://portal.cfm.org.br/images/PDF/nota\\_anmp%20decreto\\_869\\_final.pdf](http://portal.cfm.org.br/images/PDF/nota_anmp%20decreto_869_final.pdf). Acesso em 18 mar. 2016.

AZEVEDO, C. S. L. Perícia securitária. In: RODRIGUES FILHO, S. et. al (orgs). *Perícia Médica*. Goiânia: Conselho Regional de Medicina de Goiás, 2007, p. 215-230.

BADINTER, R. *Les grands principes du droit du travail*. Paris: Éditions Dalloz, 2017.

BARATA, R. B. Epidemiologia Social. *Rev Bras Epidemiol* 2005; 8(1): 7-17.

BARBOSA-BRANCO, A.; BÜLTMANN, U.; STEENSTRA, I. A. Sickness benefit claims due to mental disorders in Brazil: associations in a population-based study. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 10, p. 1854-1866, out 2012.

BARROS, M. Um doutor. In: *Memórias inventadas - A segunda infância*. São Paulo: Ed. Planeta, 2006.

BARUKI, L. V. *Riscos psicossociais e saúde mental do trabalhador: por um regime jurídico preventivo*. São Paulo: LTr, 2015.

\_\_\_\_\_. *Saúde mental e trabalho: uma proposta de norma regulamentadora sobre os riscos psicossociais no trabalho a partir de reflexões sobre os sistemas francês e brasileiro*. Tese (Doutorado em Direito Político e Econômico) – Universidade

- Presbiteriana Mackenzie – São Paulo, 2017.
- BASTOS, R. Q. Implicações do nexó técnico epidemiológico previdenciário sobre a ação indenizatória por acidente do trabalho. In: *Âmbito Jurídico*, Rio Grande, XV, n. 106, nov 2012. Disponível em: <[http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php/?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=12396&revista\\_caderno=25](http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=12396&revista_caderno=25)>. Acesso em out 2015.
- BATICH, M. A previdência social sob a mira dos fundos de pensão. In: MARQUES, R. M. e FERREIRA, M. R. J. (orgs.). *O Brasil sob a nova ordem: a economia brasileira contemporânea: uma análise dos governos Collor a Lula*. São Paulo: Saraiva, 2010, p. 245-265.
- BAUMECKER, I. C. Inspeção do trabalho. In: MENDES, R. (Org.). *Dicionário de Saúde e Segurança do Trabalhador: Conceitos – Definições – História – Cultura*. Novo Hamburgo/RS: Proteção Publicações, 2018, p. 639-640.
- BENFICA, F. S.; VAZ, M. *Medicina legal aplicada ao direito*. São Leopoldo: Unisinos, 2003.
- BERLINGUER, G. *A doença*. São Paulo: Editora Hucitec, 1988.
- \_\_\_\_\_. *A saúde nas fábricas*. São Paulo: Editora Hucitec, 1983.
- \_\_\_\_\_. *Ética da Saúde*. São Paulo: Editora Hucitec, 1996.
- \_\_\_\_\_. *Medicina e política*. São Paulo: Cebes-Hucitec, 1978.
- \_\_\_\_\_. *Psiquiatria y poder*. Buenos Aires: Granica Editor, 1972.
- BIAVASCHI, M. B. Direito e justiça do trabalho no Brasil: notas sobre uma trajetória com bem mais de 70 anos. *Rev. TST*, Brasília, vol. 77, no 2, abr/jun 2011.
- BLOUNT, III, J. A. A administração da saúde pública no estado de São Paulo o serviço sanitário 1892-1918. *Rev. adm. empres.* São Paulo, v. 12, n. 4, p. 40-48, Dec. 1972. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75901972000400003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75901972000400003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 22 Dec. 2016.
- BOBBIO, N. *O positivismo jurídico*. São Paulo: Ícone, 1995.
- BOCK, A. M. B.; FURTADO, O.; TEIXEIRA, M. L. T. *Psicologias: uma introdução ao estudo de psicologia*. São Paulo: Saraiva, 2002.
- BOFF, B. M.; LEITE, D. F.; AZAMBUJA, M. I. R. Morbidade subjacente à concessão de benefício por incapacidade temporária para o trabalho. *Rev Saúde Pública*, 36(3): 337-342, 2002.
- BONSI, L. J. *O problema jurídico-civil do nexó causal*. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Direito de Bauru. Bauru: 1999.

- BOSSU, B (Org.). *Les indispensables du droit du travail*. Paris: Ellipses, 2017.
- BRUNO, A-S.; GEERKENS, E.; HATZFELD, N.; OMNÈS, C. (Orgs.). *La santé au travail, entre saviors et pouvoirs (XIXe – Xxe siècles)*. Rennes: Presses Universitaires de Rennes, 2011.
- BOURDIEU, P. O campo político. *Rev. Bras. Ciênc. Polít.*, Brasília, n. 5, p. 193-216, jul. 2011.
- BRADIMILLER, P. A. *Perícia judicial em acidentes e doenças do trabalho*. São Paulo: Senac, 1996.
- BRASIL, *Consolidação das Leis do Trabalho*. Brasília, DF. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/Del5452.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del5452.htm) > Acesso em 05 nov. 2015, 1943.
- BRASIL. *Decreto 9554, de 3 de fevereiro de 1886*. Coleção das leis do Império do Brasil, 1886.
- BRASIL. *Decreto n. 20931, de 11 de janeiro de 1932*. Regula e fiscaliza o exercício da medicina, da odontologia, da medicina veterinária e das profissões de farmacêutico, parteira e enfermeira, no Brasil, e estabelece penas. Disponível em: [http://www.crfjrj.org.br/crf/legislacao/leis/legis\\_pro\\_20931.asp](http://www.crfjrj.org.br/crf/legislacao/leis/legis_pro_20931.asp)>. Acesso em: 23 jun.2015.
- \_\_\_\_\_. Código Civil dos Estados Unidos do. Dispõe sob a lei nº. 3.071 de 01 de janeiro de 1916. Brasília: Senado Federal, 1997.
- \_\_\_\_\_. Código de Processo Penal. Decreto-lei número 3.689 de 03 de outubro de 1941. Atualizado, acompanhado de Legislação Complementar Especial e Súmulas, de Índices Cronológicos e Alfabético da Legislação Complementar e das Súmulas e Sistemático e Alfabético-Remissivo do *Código de Processo Penal*. Obra coletiva da Editora Saraiva com a colaboração de Antônio Luiz de Toledo Pinto e Márcia Cristina Vaz dos Santos Windt. 38. ed. São Paulo: Saraiva, 1998.
- \_\_\_\_\_. Código Penal. Decreto-lei número 2.848 de 07 de dezembro de 1940. Atualizado e acompanhado de Legislação complementar, também atualizada, de Súmulas e de Índices: Sistemático e Alfabético-Remissivo do Código Penal, Cronológico da Legislação e Alfabético da Legislação Complementar, da Lei de Introdução, da *Lei das Contravenções Penais e das Súmulas*. 35. ed. São Paulo, 1997.
- \_\_\_\_\_. Lei n. 3.268, de 30 de setembro de 1957. Dispõe sobre os Conselhos de Medicina, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 01 de outubro de 1957. Disponível em: [http://www.trt02.gov.br/geral/tribunal2/Legis/CLT/Profis\\_regul/L3268\\_57.htm](http://www.trt02.gov.br/geral/tribunal2/Legis/CLT/Profis_regul/L3268_57.htm). Acesso

em: 30 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. Lei n. 5.869, de 11 de janeiro de 1973. Institui o Código de Processo Civil. *Diário Oficial da União*, 17 de janeiro de 1973. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/.htm> Leis/L5869.htm>. Acesso em: 22 jun.2015.

\_\_\_\_\_. Decreto n. 1.651, de 28 de setembro de 1995. Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, 02 de outubro de 1995, p. 15.340, seção I. Disponível em: <http://sna.saude.gov.br/auditoria.htm>. Acesso em: 25 jun.2015.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 6.957, de 9 de setembro de 2009. Altera o Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999, no tocante à aplicação, acompanhamento e avaliação do Fator Acidentário de Prevenção - FAP. *Diário Oficial da União*, Brasília-DF, 10 de setembro de 2009.

\_\_\_\_\_. Decreto-Lei n.º. 4.657, de 04 de setembro de 1942: *Lei de Introdução ao Código Civil*. 16. ed. São Paulo: Saraiva, 1997.

\_\_\_\_\_. Constituição de 1891. *Coleção das leis da República dos Estados Unidos do Brasil*. 1891. p. 1-17.

\_\_\_\_\_. Constituição da República Federativa do. Atualizada até a *Emenda Constitucional n.º. 20, de 15-12-1998*. Brasília: Senado Federal, 1999.

\_\_\_\_\_. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Assessoria de Comunicação Social do Ministério da Saúde, 1990.

\_\_\_\_\_. *Lei Básica da Previdência Social*. Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. São Paulo: LTr, 1991.

\_\_\_\_\_. *Lei nº 13.183, de 4 de novembro de 2015*. Altera as Leis nºs 8.212, de 24 de julho de 1991, e 8.213, de 24 de julho de 1991, para tratar da associação do segurado especial em cooperativa de crédito rural e, ainda essa última, para atualizar o rol de dependentes, estabelecer regra de não incidência do fator previdenciário, regras de pensão por morte e de empréstimo consignado, a Lei nº 10.779, de 25 de novembro de 2003, para assegurar pagamento do seguro-defeso para familiar que exerça atividade de apoio à pesca, a Lei nº 12.618, de 30 de abril de 2012, para estabelecer regra de inscrição no regime de previdência complementar dos servidores públicos federais titulares de cargo efetivo, a Lei nº 10.820, de 17 de dezembro de 2003, para dispor sobre o pagamento de

empréstimos realizados por participantes e assistidos com entidades fechadas e abertas de previdência complementar e a Lei nº 7.998, de 11 de janeiro de 1990; e dá outras providências. Subchefia para assuntos jurídicos da Casa Civil, Brasília-DF. Acesso em 18 de novembro de 2015.

\_\_\_\_\_. *Medida Provisória nº 739, de 7 de julho de 2016*. Altera a Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, que dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social, e institui o Bônus Especial de Desempenho Institucional por Perícia Médica em Benefícios por Incapacidade. Subchefia para assuntos jurídicos da Casa Civil, Brasília-DF. Acesso em 15 de julho de 2016.

\_\_\_\_\_. Projeto de Lei do Senado nº 121, de 31 de março de 2009. Altera dispositivos da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, que "Dispõe sobre o Regime Jurídico dos Servidores Públicos Civis da União, das Autarquias e das Fundações Públicas Federais". Atividade Legislativa do Senado Federal, Brasília-DF. Acesso em 13 de outubro de 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. *Manual de perícia oficial em saúde do servidor público federal*. 3.ed. / Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, Secretaria de Gestão de Pessoas e Relações de Trabalho no Serviço Público. Brasília: MP, 2017.

\_\_\_\_\_, Ministério da Previdência Social. Instrução Normativa INSS/PRES nº 31, de 10 de setembro de 2008. Dispõe sobre procedimentos e rotinas referentes ao Nexo Técnico Previdenciário, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília-DF.

\_\_\_\_\_. *Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999*. Aprova o Regulamento da Previdência Social, e dá outras providências. Subchefia para assuntos jurídicos da Casa Civil, Brasília-DF. Acesso em 15 de julho de 2016.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 9.554, de 3 de fevereiro de 1886. *Coleção das leis do Império do Brasil*. 1886. p. 57-103.

\_\_\_\_\_. *Decreto nº 20.931, de 11 de janeiro de 1932*. Regula e fiscaliza o exercício da medicina, da odontologia, da medicina veterinária e das profissões de farmacêutico, parteira e enfermeira, no Brasil, e estabelece penas. Subchefia para assuntos jurídicos da Casa Civil, Brasília-DF. Acesso em 30 de junho de 2015.

\_\_\_\_\_. Instituto Nacional do Seguro Social. Diretoria de Benefícios. Orientação Interna INSS/DIRBEN nº 73, de 31 de outubro de 2002. Aprova o Manual Técnico de Perícia Médica. Brasília: INSS, 2002

\_\_\_\_\_. *Histórico da previdência social*. Disponível em: <http://www.previdenciasocial.gov.br/conteudoDinamico.php?htm>. Acesso em: 27 jun.

2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Perda auditiva induzida por ruído (Pair)* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006

\_\_\_\_\_. Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. (s.d), *Boletim Estatístico Anual, n. 182*. [online]. Disponível em: <http://www.servidor.gov.br> [consultado em 18 de março de 2015].

\_\_\_\_\_. Manual de perícia oficial em saúde do servidor público 2010. *Sistema integrado de atenção à saúde do servidor*. Disponível em: <http://www.periciamedicadf.com.br/manuais/periciamedica/index.php>. Acesso em: 2 jul.2015.

\_\_\_\_\_. Política nacional de segurança e saúde do trabalhador. Versão pronta após sugestões incluídas sugestões do Seminário Preparatório, dos AFTs e das DRTs – Brasília-DF, 2004. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/insumos\\_portaria\\_interministerial\\_800.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/insumos_portaria_interministerial_800.pdf) [consultado em 12 outubro de 2015].

\_\_\_\_\_. República dos Estados Unidos do. Decreto nº 4.864, de 15 de junho de 1903. *Manda observar o regulamento para o serviço médico-legal do Distrito Federal*. Disponível em <<http://www2.camara.gov.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-4864-15-junho-1903-508952-publicacao-1-pe.html>>. Acesso em 18 de nov. de 2015.

\_\_\_\_\_. Ibidem. Decreto nº 6.440, de 30 de março de 1907. *Dá novo regulamento ao serviço policial do Distrito Federal*. Disponível em <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-6440-30-marco-1907-504445-norma-pe.html>>. Acesso em 18 de nov. de 2015.

BUENO, C. S. *Curso Sistematizado de Direito Processual Civil*. 2ª ed. São Paulo: Saraiva, 2009.

BUONO NETO, A. *Guia prático para elaboração de laudos periciais em medicina do trabalho*. 3ª ed. São Paulo: LTr, 2014.

CALDAS, C. O. Estado e relações do trabalho: o avanço da teoria crítica. In: RIBEIRO, H. P. *De que adoecem e morrem os trabalhadores na era dos monopólios (1980-2014)*. São Paulo, 2014.

CAMARGO, D. A. Aspectos periciais em saúde mental no trabalho e avaliação da capacidade mental para o trabalho. In: In: GLINA, D. M. R.; ROCHA, L. E. (Orgs.).

- Saúde mental no trabalho: da teoria à prática*. São Paulo: Roca, 2010, p. 81-97.
- \_\_\_\_\_. Doenças psiquiátricas e o trabalho: aspectos práticos de interesse para o médico perito. In: XVII Congresso Brasileiro de Perícias Médicas, 2008. São Paulo: *Anais do XVII Congresso Brasileiro de Perícias Médicas*, 2008.
- \_\_\_\_\_. Psiquiatria do trabalho. In: MENDES, R. (Org.). *Dicionário de Saúde e Segurança do Trabalhador: Conceitos – Definições – História – Cultura*. Novo Hamburgo/RS: Proteção Publicações, 2018, p. 953-954.
- CAMARGO, D. A. C.; CAETANO, D.; GUIMARÃES, L. A. M. *Psiquiatria ocupacional: aspectos conceituais, diagnósticos e periciais dos transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho*. São Paulo: Editora Atheneu, 2010.
- CAMARGO, R. M. C. *Medicina de seguro: estudo sobre a conceituação e área de competência médica no seguro privado*. Rio de Janeiro: Fenaseg, 2000.
- CAMBI, E. *A Prova Civil: Admissibilidade e Relevância*. 1ª ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2006.
- CAMPOS, C. R. Perícia em medicina do trabalho. In: RODRIGUES FILHO, S. et. al (orgs). *Perícia Médica*. Goiânia: Conselho Regional de Medicina de Goiás, 2007, p. 267-288.
- CAMPOS, G. W. S. A mediação entre conhecimento e prática: a racionalidade da tecnologia. Da práxias e da arte. *Ciência & Saúde Coletiva* 16(7): 3033-3040; 2011.
- \_\_\_\_\_. Clínica e Saúde Coletiva Compartilhadas: teoria Paideia e reformulação do trabalho em saúde. In: CAMPOS, G. W. S. (et. al.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Editora Hucitec, 2006.
- \_\_\_\_\_. *Método para Análise e Cogestão de Coletivos*. São Paulo: Editora Hucitec, 2000.
- \_\_\_\_\_. Reflexões sobre a Atenção Básica e a Estratégia de Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. S. (et. al.). *Manual de Práticas de Atenção Básica*. São Paulo: Editora Hucitec, 2008.
- \_\_\_\_\_. Saúde Coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Revista de Ciência e Saúde Coletiva* 5(2), 219-230; 2000.
- CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(2), 399-407, fev, 2007.
- CANGUILHEM, G. *Escritos sobre a medicina*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.

- \_\_\_\_\_. *La santé. Concept vulgaire & question philosophique*. Paris: Sables, 1990.
- \_\_\_\_\_. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.
- \_\_\_\_\_. O que é a Psicologia? *Revista Tempo Brasileiro*, 30/31, 104-123, 1972.
- CARDOSO, A. M. *A década neoliberal e a crise dos sindicatos no Brasil*. São Paulo: Boitempo, 2003.
- CARDOSO, D. *A sociologia das profissões de Eliot Freidson: uma aplicação à análise do serviço social como profissão no Brasil contemporâneo*. Florianópolis, 2005. [Dissertação de Mestrado, Centro Socioeconômico da Universidade Federal de Santa Catarina].
- CARDOSO, L. M. *Medicina legal para o acadêmico de direito*. 2. ed., ver., ampl. e atual., Belo Horizonte: Del Rey, 2009.
- CARNEIRO, S. A. M. Capacidade e incapacidade para o trabalho: olhando para frente. In: MENDES, R. (Org.). *Dicionário de Saúde e Segurança do Trabalhador: Conceitos – Definições – História – Cultura*. Novo Hamburgo/RS: Proteção Publicações, 2018, p. 221-222.
- CARUSO, G. B. *Doenças associadas ao asbesto e a prova pericial na Justiça do Trabalho*. Dissertação (mestrado) – Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho, São Paulo, 2015.
- CARVALHO, R. B. Transtornos de ansiedade relacionados ao trabalho. In: MENDES, R. (Org.). *Dicionário de Saúde e Segurança do Trabalhador: Conceitos – Definições – História – Cultura*. Novo Hamburgo/RS: Proteção Publicações, 2018, p. 1198-1199.
- \_\_\_\_\_. Transtornos mentais orgânicos relacionados ao trabalho. In: MENDES, R. (Org.). *Dicionário de Saúde e Segurança do Trabalhador: Conceitos – Definições – História – Cultura*. Novo Hamburgo/RS: Proteção Publicações, 2018, p. 1203-1204.
- CASSOU, B.; SCHIFF, M. (Orgs.). *Qui decide de notre santé? Le citoyen face aux experts*. Paris: Syros, 1998.
- CASTRO, L. C. F. de. *Afastamento por motivo de saúde como perspectiva de análise da relação trabalho-saúde: estudo de caso dos servidores do Instituto Federal de Educação, Ciência e tecnologia do Rio de Janeiro*. [Dissertação de Mestrado]. Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2017, no prelo.
- CFM: CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Perícia Médica. In: \_\_\_\_\_. *Desafios éticos*. Brasília: Ed. do CFM, 1993.

- \_\_\_\_\_. *Código de ética médica*. Disponível em: [http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=20666:codigo-de-etica-medica-res-19312009-capitulo-xi-auditoria-e-pericia-medica&catid=9:codigo-de-etica-medica-atual&Itemid=122](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=20666:codigo-de-etica-medica-res-19312009-capitulo-xi-auditoria-e-pericia-medica&catid=9:codigo-de-etica-medica-atual&Itemid=122). Acesso em: 2 jul.2015.
- \_\_\_\_\_. nº.1.246/88. *Revogada pela Resolução CFM nº. 1.931/2009*. Disponível em: [http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1988/1246\\_1988.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1988/1246_1988.htm). Acesso em: 1 jul.2015.
- \_\_\_\_\_. Conselho Federal de Medicina. *Resolução n. 1785/2006*. Diário Oficial da União, Seção I, p. 127, 22 de junho de 2006.
- \_\_\_\_\_. Conselho Federal de Medicina. Resolução n. 1.488/1998, de 11 de fevereiro de 1998. *Dispõe sobre o desempenho ético da perícia médica*.
- \_\_\_\_\_. Conselho Federal de Medicina. *Resolução n. 1.246/1988*. Institui o Código de Ética Médica.
- \_\_\_\_\_. Conselho Federal de Medicina. *Parecer jurídico n. 163/1997*.
- \_\_\_\_\_. Conselho Federal de Medicina. *Parecer-Consulta n. 011/1999*. Cons. Dr. Paulo E. Behrens.
- \_\_\_\_\_. Conselho Federal de Medicina. *Resolução n. 1.614/2001*.
- CFP: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Resolução CFP nº 007/2003. Institui o Manual de Elaboração de Documentos Escritos produzidos pelo psicólogo, decorrentes de avaliação psicológica e revoga a Resolução CFP nº 17/2002. Brasília-DF, 2003.
- CHAGAS, E. F. O método dialético de Marx: investigação e exposição crítica do objeto. In: *CEMARX*, 2012, 18 pgs.
- CHAPADEIRO, B. Autogestão do(n) trabalho. In: MENDES, R. (Org.). *Dicionário de Saúde e Segurança do Trabalhador: Conceitos – Definições – História – Cultura*. Novo Hamburgo/RS: Proteção Publicações, 2018, p. 166-167.
- \_\_\_\_\_. Segurança baseada em comportamentos. In: MENDES, R. (Org.). *Dicionário de Saúde e Segurança do Trabalhador: Conceitos – Definições – História – Cultura*. Novo Hamburgo/RS: Proteção Publicações, 2018, p. 1047-1048.
- \_\_\_\_\_. *Trabalho e Gestão através do Cinema*. Bauru: Ed. Canal 6; Londrina: Ed. Práxis, 2013.
- CHAVES L. L. G.; GIANVECCHIO V. A. P.; RAZABONI R. S.; MIZIARA I. D.; MUÑOZ D. R. Residência médica em Medicina Legal e Perícias Médicas: a formação técnico-científica do perito. *Saúde, Ética & Justiça*, 21(2):63-6, 2016.
- CHEDID, T. O perfil do médico perito. In: RODRIGUES FILHO, S. et. al (orgs). *Perícia*

- Médica*. Goiânia: Conselho Regional de Medicina de Goiás, 2007, p. 45-68.
- \_\_\_\_\_. Perícia médica em psiquiatria. In: RODRIGUES FILHO, S. et. al (orgs). *Perícia Médica*. Goiânia: Conselho Regional de Medicina de Goiás, 2007, p. 405-430.
- CHEREM, A. J. Perícia médica previdenciária. In: MENDES, R. (Org.). *Dicionário de Saúde e Segurança do Trabalhador: Conceitos – Definições – História – Cultura*. Novo Hamburgo/RS: Proteção Publicações, 2018, p. 876.
- CHESNAIS, F. *A finança mundializada: raízes sociais e políticas, configuração, consequências*. São Paulo: Boitempo, 2005.
- \_\_\_\_\_. A globalização e o curso do capitalismo de fim-de-século. *Economia e Sociedade – Revista do Instituto de Economia da Unicamp*, Campinas, n. 5, p 1-30, dezembro de 1995.
- CHIOVENDA, G. *Instituições de Direito Processual Civil*. 5ª ed. Campinas: Bookseller, 2009.
- CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, *Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português*, S. Paulo, EdUSP, 2003.
- CODO, W. *Julgar e cuidar (saúde mental do perito médico)*. São Paulo: LTr, 2013.
- \_\_\_\_\_. Saúde mental e trabalho: uma urgência prática. *Psicologia ciência e profissão*. v. 8, n. 2. Versão impressa ISSN 1414-9893. USP – Ribeirão Preto. Brasília, 1988.
- CODO, W.; JACQUES, M. G. (Org.). *Saúde mental & trabalho: leituras*. Petrópolis: Vozes, 2002.
- COELHO, B. F. A importância da perícia médico-legal para o processo penal na persecução da verdade real. In: *Âmbito Jurídico*, Rio Grande, XIII, n. 83, dez 2010.
- COELHO, I. B. Formas de pensar e organizar sistemas de saúde: modelos assistenciais em saúde. In: CAMPOS, G. W. S. (et. al.). *Manual de Práticas de Atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Editora Hucitec, 2008.
- COHN, A. *Previdência Social e processo político no Brasil*. São Paulo: Editora Moderna, 1981.
- COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. *As causas sociais das iniquidades em Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.
- COUTINHO, M. C.; BERNARDO, M. H.; SATO, L. (orgs.). *Psicologia Social do Trabalho*. Petrópolis: Vozes, 2017.
- COUTO FILHO, A. F.; SOUZA, A. P. 2. ed. *Instituições de direito médico*. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2002.

- COTRIM, V. A. *Trabalho produtivo em Karl Marx: Novas e velhas questões*. [Dissertação de Mestrado]. Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, 2009.
- CRIADO DEL RÍO, M.T. *Valor acción médico-legal del daño de la persona*. Civil, penal, laboral e administrativa: responsabilidad profesional del perito médico. Madrid: COLEX; 1999, cap.2, p.35-705.
- CRUZ, R.; MACIEL, S. K. Perícia de Danos Psicológicos em Acidentes de Trabalho. In: *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 2, n.2, p.120 -129, jul. 2005.
- CRUZ JÚNIOR, A. J. Questões/problemas em perícias médicas nos casos de depressão. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ*, ano 10, janeiro a março de 2011.
- DALLARI, D.A. *O poder dos juízes*. São Paulo: Saraiva, 2007.
- DALLEGRAVE NETO, J. A. Nexo técnico epidemiológico e seus efeitos sobre a ação trabalhista. *Revista do Tribunal Regional do Trabalho 3ª Região*. Belo Horizonte, v. 46, n. 76, jul/dez, 2007.
- DANTAS, R. A. A. Perícia em saúde e segurança dos trabalhadores. In: MENDES, R. (Org.). *Dicionário de Saúde e Segurança do Trabalhador: Conceitos – Definições – História – Cultura*. Novo Hamburgo/RS: Proteção Publicações, 2018, p. 874-875.
- \_\_\_\_\_. *Perícia Médica: estabelecendo nexos, avaliando danos e constatando incapacidade*. São Paulo: LTr, 2010.
- \_\_\_\_\_. *Perícia médica do dano corporal relacionado ao trabalho*. São Paulo: LTr, 2012.
- \_\_\_\_\_. *Perícias médicas: questões éticas – volume 3*. São Paulo: LTr, 2015.
- DANTAS, R. A. A.; RODRIGUES, T. M. A.; NASCIMENTO, J. A. (Orgs.). *Perícia Médica: contribuições para a discussão trabalhista, previdenciária, administrativa e médica legal*. São Cristovão: Editora UFS, 2009.
- DEJOURS, C. *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. São Paulo: Cortez Editora; Ed. Oboré, 2015.
- \_\_\_\_\_. O trabalho como enigma. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. (Org.). *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Rio de Janeiro: Fiocruz; Brasília: Paralelo 15, 2008, p. 129-141.
- DELGADO, M. G. *Curso de Direito do Trabalho*. 8ª ed. São Paulo: LTr, 2009.
- DE LUCCA, S. R. Fatores psicossociais no trabalho. In: MENDES, R. (Org.). *Dicionário de Saúde e Segurança do Trabalhador: Conceitos – Definições – História – Cultura*. Novo Hamburgo/RS: Proteção Publicações, 2018, p. 527-528.

- DÉPLAUDE, M. O. Codificar as doenças profissionais: os usos conflitantes da expertise médica. In: *Revue française de science politique* 2003/5 (Vol. 53), p. 707-735.
- DESAI, M. Capitalismo. In: BOTTOMORE, T. Dicionário do pensamento marxista. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2001, p. 53-55.
- DIAS, E. C. A atenção à saúde dos trabalhadores no setor saúde (SUS), no Brasil: realidade, fantasia ou utopia? [Tese de Doutorado, Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp], 1994.
- DIESAT - Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho. *Insalubridade: morte lenta no trabalho*. São Paulo: Oboré, 1989.
- DINIZ, M. *Os donos do saber: profissões e monopólios profissionais*. Rio de Janeiro: Revan, 2001.
- DODIER, N. *L'Expertise Médicale – Essai de sociologie sur l'exercice du jugement*. Paris: Éditions Métailié, 1993.
- DOPPLER, F. Trabalho e Saúde. In: FALZON, P. *Ergonomia*. São Paulo: Edgard Blücher, 2007.
- DORAY, B. Da produção à subjetividade: referências para uma dialética das formas. In: SILVEIRA, P.; DORAY, B. (Orgs.) *Elementos para uma teoria marxista da subjetividade*. S.P.: Vértice, 1989, p.77-108.
- DUARTE, I. G. *Do serviço sanitário do estado ao centro de vigilância sanitária. Contribuição para o estudo da Vigilância Sanitária no Estado de São Paulo*. Dissertação (mestrado) em Administração. São Paulo: EASP/FGV, 1990.
- DUARTE, N. A anatomia do homem é a chave da anatomia do macaco: a dialética em Vigotski e em Marx e a questão do saber objetivo na educação escolar. *Educ. Soc.*, Campinas, v. 21, n. 71, p. 79-115, jul. 2000.
- DUMÉNY, D; VERSINI, E. *L'essentiel de l'expertise judiciaire*. Issy-les-Moulineaux: Gualino éditeur, 2014.
- EDELMAN, B. *O direito captado pela fotografia - elementos para uma teoria marxista do direito*. Coimbra: Centelha, 1976.
- ELSHOUD, S. *L'essentiel du droit de la santé et du droit médical*. Paris: Ellipses, 2010.
- ENGELS, F. Ludwig Feuerbach e o Fim da Filosofia Clássica Alemã. *Germinal: Marxismo e Educação em Debate*, Salvador, v. 4, n. 2, p. 131-166, dez. 2012.
- ENGELS, F.; KAUTSKY, K. *O socialismo jurídico*. São Paulo: Boitempo, 2012.

ESTADO DE SÃO PAULO. Lei 12, de 28 de outubro de 1891. *Leis e resoluções decretadas pelo congresso legislativo do Estado de São Paulo*. 1891, p. 11.

\_\_\_\_\_. Lei 13, de 17 de novembro de 1891. *Leis e resoluções decretadas pelo congresso legislativo do Estado de São Paulo*. 1891, p. 11-12.

\_\_\_\_\_. Decreto 87, de 29 de julho de 1892. *Leis e resoluções decretadas pelo congresso legislativo do Estado de São Paulo*. 1892, p. 185-205

\_\_\_\_\_. Decreto 94, de 20 de agosto de 1892. *Leis e resoluções decretadas pelo congresso legislativo do Estado de São Paulo*. 1892, p. 211-212.

\_\_\_\_\_. Decreto 153, de 28 de fevereiro de 1893, Decreto 157, de 28 de fevereiro de 1893, Decreto 159, de 28 de fevereiro de 1893. *Leis e resoluções decretadas pelo congresso legislativo do Estado de São Paulo*. 1893. p. 50, 55-60, 62-5.

\_\_\_\_\_. Lei 240, de 4 de setembro de 1893. *Leis e resoluções decretadas pelo congresso legislativo do Estado de São Paulo*. 1893, p. 160-177.

\_\_\_\_\_. Decreto 233, de 2 de março de 1894. *Leis e resoluções decretadas pelo congresso legislativo do Estado de São Paulo*. 1894, p. 9-43.

\_\_\_\_\_. Lei 432, de 3 de agosto de 1896. *Leis e resoluções decretadas pelo congresso legislativo do Estado de São Paulo*. 1896, p. 38-57.

\_\_\_\_\_. Decreto 878-A, de 23 de fevereiro de 1901. *Leis e resoluções decretadas pelo congresso legislativo do Estado de São Paulo*. 1901, p. 29.

\_\_\_\_\_. Lei 1343, de 27 de janeiro de 1906. *Leis e resoluções decretadas pelo congresso legislativo do Estado de São Paulo*. 1906, p. 5-13.

\_\_\_\_\_. Decreto 2141, de 4 de novembro de 1911. *Leis e resoluções decretadas pelo congresso legislativo do Estado de São Paulo*. 1911, p. 377-395.

\_\_\_\_\_. Lei 1596, de 29 de dezembro de 1917. *Leis e resoluções decretadas pelo congresso legislativo do Estado de São Paulo*. 1917, p. 142-201.

ESTRELA, R. *Afrânio Peixoto, pioneiro da Medicina do Trabalho no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Cátedra, 1977.

EVANGELISTA, R. Algumas Considerações Sobre as Perícias Judiciais no Âmbito Cível. *Revista IMESC*, São Paulo, nº 2, 2000. Disponível em: <<http://www.imesc.sp.gov.br/pdf/art3rev2.pdf>>. Acesso em: 19 jun. 2015.

EVANGELISTA, R.; MENEZES, I. V. Avaliação do dano psicológico em perícias acidentárias. *Revista IMESC* nº 2. São Paulo, 2000, p. 45-50.

FAGNANI, E. Previdência: reformar para excluir? RAMOS, G. T. *O golpe de 2016 e a reforma da previdência: narrativas de resistência*. Bauru: Canal 6, 2017, p. 107-116.

FAVERO, F. Hernia e acidente do trabalho. *Revista de Medicina*, v. 24, nº 77, 1940, p. 22-29.

\_\_\_\_\_. *Medicina legal. Introdução ao estudo da medicina legal*. 12. ed. Belo Horizonte: Villa Rica, 1991.

FERNANDES, F. C. Baremo (barema). In: MENDES, R. (Org.). *Dicionário de Saúde e Segurança do Trabalhador: Conceitos – Definições – História – Cultura*. Novo Hamburgo/RS: Proteção Publicações, 2018, p. 176.

\_\_\_\_\_. Metodologias de avaliação de incapacidade. In: MENDES, R. (Org.). *Dicionário de Saúde e Segurança do Trabalhador: Conceitos – Definições – História – Cultura*. Novo Hamburgo/RS: Proteção Publicações, 2018, p. 753.

\_\_\_\_\_. Modelos de incapacidade. In: MENDES, R. (Org.). *Dicionário de Saúde e Segurança do Trabalhador: Conceitos – Definições – História – Cultura*. Novo Hamburgo/RS: Proteção Publicações, 2018, p. 775-776.

FERNANDES, F. C.; CHEREM, A. J. Dano moral e mensuração da incapacidade. In: *Rev. Bras. Med. Trab.*, Vol. 3, Nº 2, Belo Horizonte, p. 123-34, ago-dez, 2005.

FERREIRA, Hádassa Dolores Bonilha. *Assédio moral nas relações de trabalho*. Campinas: Russel, 2004.

FIGUEIREDO, A. M.; FREIRE, H.; LANA, R. L. *Profissões da saúde: bases éticas e legais*. Rio de Janeiro: Revinter, 2006.

FILGUEIRAS, V. A. (Org.). *Saúde e segurança do trabalho no Brasil*. Brasília: Gráfica Movimento, 2017.

FONSECA, J. C. F.; TOLFO, S. R.; MARTINS, G. V. Sentidos e significados do trabalho na implantação do subsistema integral de atenção à saúde do servidor (SIASS): a perspectiva dos médicos peritos. In: ARAÚJO, José Newton Garcia de et. al. (orgs.) *Trabalho e saúde: cenários, impasses e alternativas ao contexto brasileiro*. São Paulo: Opção, 2015.

FONTANA-ROSA, J. C. A perícia psiquiátrica. In: COHEN, C., FERRAZ, F. C., SEGRE M. *Saúde Mental, Crime e Justiça*. São Paulo: Edusp, 1996, p. 171-186

FOUCAULT, M. *A arqueologia do saber*. Rio de Janeiro: Ed. Forense Universitária, 1987.

\_\_\_\_\_. *Arte, epistemologia, filosofia e história da medicina*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

\_\_\_\_\_. *A verdade e as formas jurídicas*. Rio de Janeiro: Nau Ed. 1999.

\_\_\_\_\_. *Doença mental e psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.

- \_\_\_\_\_. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1982.
- \_\_\_\_\_. *Nascimento da Biopolítica*. São Paulo: Martins Fontes, 2008.
- \_\_\_\_\_. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.
- FRANÇA, G. V. *Medicina legal*. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
- \_\_\_\_\_. *Comentários ao código de ética médica*. 3. ed. Rio de Janeiro: G. Koogan, 2000.
- FRANCO, T.; DRUCK G.; SELIGMANN-SILVA, E. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. *Rev. Bras. Saúde Ocupacional*, v. 35, n. 122, dez. 2010, p. 229-248.
- FREITAS, J. A. R. de.; SILVA, H. L. F. da.; ANTUNES, C. Classes sociais e saúde. In: MENDES, R. (Org.). *Dicionário de Saúde e Segurança do Trabalhador: Conceitos – Definições – História – Cultura*. Novo Hamburgo/RS: Proteção Publicações, 2018, p. 270-271.
- FREITAS, M. E.; HELOANI, J. R.; BARRETO, M. *Assédio moral no trabalho*. São Paulo: Cengage Learning, 2011.
- FREIDSON, E. *La profesión médica: un estudio de sociología del conocimiento aplicado*. Barcelona: Península, 1978.
- \_\_\_\_\_. *Professional powers: a study of the institutionalization of formal knowledge*. Chicago: The University of Chicago Press, 1986.
- \_\_\_\_\_. *Professionals: the third logic*. Cambridge, UK, Polity, 2001.
- FROTA, H. A. da. Dano existencial. In: MENDES, R. (Org.). *Dicionário de Saúde e Segurança do Trabalhador: Conceitos – Definições – História – Cultura*. Novo Hamburgo/RS: Proteção Publicações, 2018, p. 338-339.
- \_\_\_\_\_. Noções fundamentais sobre o dano existencial. *Jus Navigandi*, Teresina, ano 16, n. 3046, 3 nov. 2011. Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/20349>>. Acesso em: 24 abr. 2015.
- GAULEJAC, V. *Gestão como doença social: ideologia, poder gerencialista e fragmentação social*. Aparecida-SP: Ideias & Letras, 2007.
- GALVÃO, L. C. C. *Estudos médico-legais*. Porto Alegre: Sagra - DC Luzzatto, 1996.
- GARÇÃO, L. B. Aspectos gerais das perícias médicas. In: *VII Encontro dos conselhos regionais de medicina das regiões norte e centrooeste*, Manaus, 2004. Palestra.
- GARCIA, J. A. *Psicopatologia forense*. Rio de Janeiro: Forense, 1979.
- GENTIL, D. L. *A Política Fiscal e a Falsa Crise da Seguridade Social Brasileira – Análise financeira do período 1990-2005*. Rio de Janeiro, 2006. [Tese de Doutorado, Instituto de Economia, Universidade Federal do Rio de Janeiro]

- GRAMSCI, A. *Americanismo e fordismo*. São Paulo: Editora Hedra, 2010.
- \_\_\_\_\_. *Os intelectuais e a organização da cultura*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1982.
- GRANDGUILLOT, D. *L'essentiel du droit de la sécurité sociale*. Issy-les-Moulineaux: Gualino éditeur, 2017.
- GOMES, F. M. B. *A evolução da perícia médica previdenciária através da busca da uniformização das condutas médico-periciais no Instituto Nacional de Seguro Social – INSS*. Dissertação (Mestrado) – Sistemas de Gestão, Universidade Federal Fluminense. Niterói: 2016.
- GOMES, H. *Medicina legal*. 33. ed. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 2003.
- GOMEZ C.M.; LACAZ F. A. C. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. *Cien Saude Colet* 2005; 10(4):797-807.
- GONÇALVES, E. A. Jurisprudência trabalhista de SST: conceito e importância. In: MENDES, R. (Org.). *Dicionário de Saúde e Segurança do Trabalhador: Conceitos – Definições – História – Cultura*. Novo Hamburgo/RS: Proteção Publicações, 2018, p. 676-677.
- GONZAGA, P. *Perícia médica da previdência social*. 3. ed. São Paulo: Ltr, 2004.
- GUEDES, M. N. *Terror psicológico no trabalho*. 2. ed. São Paulo: LTr, 2004.
- HELOANI, J. R. *Gestão e organização no capitalismo globalizado: história da manipulação psicológica no mundo do trabalho*. São Paulo: Atlas, 2003.
- HELOANI R.; BARRETO, M. Aspectos do trabalho relacionados à saúde mental: assédio moral e violência psicológica. In: GLINA, D. M. R.; ROCHA, L. E. (Orgs.). *Saúde mental no trabalho: da teoria à prática*. São Paulo: Roca, 2010, p. 31-48.
- \_\_\_\_\_. As doenças psicossomáticas decorrentes do ambiente de trabalho - prevenção e boas práticas. In: DEVONALD, S. R. P. G.; NAHAS, T. C. (orgs.). *Desafios para alcançar o trabalho seguro no Brasil: um estudo das situações adversas a relação de trabalho*. São Paulo: LTr, 2015.
- \_\_\_\_\_. Brevíssima história da legitimação da precarização da saúde do trabalhador no Brasil mediante o saber médico-psiquiátrico-taylorista. In: ALVES, G.; VIZZACCARO-AMARAL, A. L.; CHAPADEIRO, B. *A hýbris de saturno: precarização do trabalho, saúde do trabalhador e invisibilidade social*. Bauru: Canal 6, 2015.
- HENRY, E. *Ignorance scientifique et inaction publique: les politiques de santé au travail*. Paris: Presses de Sciences Po, 2017.

- HENRY, E.; GILBERT, C.; JOUZEL, J-N.; MARICHALAR, P. *Dictionnaire critique de l'expertise: santé, travail, environnement*. Paris: Presses de Sciences Po, 2015.
- HIRIGOYEN, M. F. *Mal-estar no trabalho: redefinindo o assédio moral*. 5ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Bertrand Brasil, 2010.
- HOEFEL, M.G., DIAS, E.C., SILVA, J.M. *A atenção à saúde do trabalhador no SUS: a proposta de constituição da RENAST*. Brasília: Ministério da Saúde/Ministério do Trabalho e Previdência Social, 2005.
- HOPPE, L. F. Medicina legal. In: MENDES, R. (Org.). *Dicionário de Saúde e Segurança do Trabalhador: Conceitos – Definições – História – Cultura*. Novo Hamburgo/RS: Proteção Publicações, 2018, p. 741-743.
- IASI, M. O usurpador e o caminho da usurpação. In: *Blog da Boitempo*. Acesso em 25 de maio de 2016.
- INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL. *Anuário Estatístico da Previdência Social (AEPS 2014) – suplemento histórico (1980/2014)*. v. 7. Brasília: MTPS/DATAPREV, 2014.
- \_\_\_\_\_. Instrução Normativa INSS/PRES n. 11. *Diário Oficial da União*, 21 de setembro de 2006.
- \_\_\_\_\_. *Base de dados históricos do anuário estatístico da previdência social: série histórica de 2000 a 2008*. Acesso em 23 de outubro de 2015.
- \_\_\_\_\_. *Material de Capacitação de Novos Peritos Médicos*. Brasília: 2012.
- \_\_\_\_\_. Orientação Interna DIRBEN Nº 117. Boletim de Serviço, *Diário Oficial da União*, 26 de maio de 2005.
- INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA - IPEA. Número de pessoas consideradas ativas no mercado de trabalho, grupo que inclui todas aquelas com 10 anos ou mais de idade que estavam procurando ocupação ou trabalhando na semana de referência da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad/IBGE), estimado a partir dos microdados da pesquisa. Elaboração: *Disoc/Ipea*. Referência de 1992 a 2014. Brasília-DF, 2014.
- JACQUES, M. G. O nexos causal em saúde/doença mental no trabalho: uma demanda para a Psicologia. *Psicologia & Sociedade*. v. 19, Edição Especial 1. p. 112-119 – Porto Alegre, 2007.
- JARDIM, S. R.; RAMOS, A.; GLINA, D. M. R. Diagnóstico e Nexos com Trabalho. In: GLINA, D. M. R.; ROCHA, L. E. (Orgs.). *Saúde mental no trabalho: da teoria à prática*. São Paulo: Roca, 2010, p. 49-80.

- JERVIS, G. *Manuale critico di psichiatria*. Milão: Feltrinille Editore, 1978.
- \_\_\_\_\_. *Psiquiatria y sociedade*. Madrid: Fundamentos, 1981.
- JUNQUEIRA, L. Intersetorialidade, Transetorialidade e Redes Sociais. *Revista de Administração Pública – Fundação Getúlio Vargas*. v. 34, nº Especial. Rio de Janeiro, 2000, p, 35-45.
- LACAZ, F.A.C. Qualidade de vida no trabalho e saúde-doença. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5 (1): 151-161, 2000.
- \_\_\_\_\_. *Saúde do trabalhador: um estudo sobre as formações discursivas da academia, dos serviços e do movimento sindical* [Tese de Doutorado, Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas], 1996.
- \_\_\_\_\_. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 23 (4): 757-763, 2007.
- \_\_\_\_\_. Saúde dos Trabalhadores: cenários e desafios. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 13, supl. 2, 1997, p. 7-19.
- LACAZ, F.A.C.; VIEIRA, N.P.; JUNQUEIRA, V.; CORTIZO, C.T.; SANTOS, A.P.L., SANTOS, F.S. Qualidade de vida, gestão do trabalho e plano de carreira como tecnologia em saúde na atenção básica do Sistema Único de Saúde em São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Publica*, 26(2): 253-263, 2010.
- LACAZ, F.A.C.; TRAPE, C.A.; SOARES, C.B.; SANTOS, A.P.L. Estratégia de Saúde da Família e Saúde do Trabalhador: um diálogo possível? *Interface*, 17 (44): 75-87, 2013.
- LARRAIN, J. Base e superestrutura. In: BOTTOMORE, T. *Dicionário do pensamento marxista*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2001, p. 27-29.
- LAURELL, A. C. Ciencia y experiencia obrera: la lucha por la salud em Italia. *Cuadernos Políticos*, número 41, México, D. F., editorial Era, julio-ciciembre de 1984, pp. 63-83.
- \_\_\_\_\_. La salud-enfermedad como proceso social. *Revista Latinoamericana de Salud*, México, 2, Trad. E. D. Nunes, pp. 7-25, 1982.
- LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. *Proceso de produção e saúde: trabalho e desgaste operário*. São Paulo: Editora Hucitec, 1989.
- LEITE, M. G. O processo de financeirização do segmento da previdência complementar privada. In: In: MARQUES, Rosa Maria e FERREIRA, Mariana Ribeiro Jansen (orgs.). *O Brasil sob a nova ordem: a economia brasileira contemporânea: uma análise dos governos Collor a Lula*. São Paulo: Saraiva, 2010, p. 201-216.

LIMA, C.Q.B.; BARBOSA, C.M.G.; MENDES, R.W.B.; PATTA, C.A. Assédio moral e violências no trabalho: caracterização em perícia judicial. Relato de experiência no setor bancário. *Rev. bras. Saúde Ocup.*, São Paulo, v. 39, n. 129, jun. 2014.

LIMA, M. E. A. A polêmica em torno do nexos causal entre distúrbio mental e trabalho. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 10, n. 14, p. 82-91, dez. 2003.

\_\_\_\_\_. A psicopatologia do trabalho. *Psicologia: ciência e profissão*, 18(2), 1998, p. 10-15.

\_\_\_\_\_. As LER/DORT e as novas formas de precarização do trabalho. In: ALVES, G.; VIZZACARO-AMARAL, A. L.; PESTANA, D. (orgs.). *Saúde e precarização do homem-que-trabalha*. São Paulo: LTr, 2012, p. 82-95.

\_\_\_\_\_. Esboço de uma crítica à especulação no campo da saúde mental e trabalho. In: JACQUES, M.G.; CODO, W. (Orgs.) *Saúde mental & trabalho: leituras*. Petrópolis: Vozes, 2002, p.50-81.

\_\_\_\_\_. *Escritos de Louis Le Guillant: da ergoterapia à psicopatologia do trabalho*. Petrópolis: Vozes, 1997.

\_\_\_\_\_. *Os equívocos da excelência*. Petrópolis: Vozes, 1995.

\_\_\_\_\_. Os problemas de saúde na categoria bancária: considerações acerca do estabelecimento do nexos causal. In: *Boletim da Saúde*, Vol. 20, nº 1, Porto Alegre: jan./jul., 2006.

\_\_\_\_\_. Psicopatologia do trabalho. In: MENDES, R. (Org.). *Dicionário de Saúde e Segurança do Trabalhador: Conceitos – Definições – História – Cultura*. Novo Hamburgo/RS: Proteção Publicações, 2018, p. 951-952.

\_\_\_\_\_. Saúde Mental e Trabalho. In: BENDASSOLLI, Pedro; BORGES-ANDRADE, Jairo Eduardo. *Dicionário de psicologia do trabalho e das organizações*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2015.

\_\_\_\_\_. Transtornos mentais e trabalho: o problema do nexos causal. *Revista de Administração da FEAD-Minas*, volume 2, nº 1, jun. 2005.

LONDRES, L. R. Medicina - remuneração e comércio. In: NEVES, N.M.B.C. (org.). *A medicina para além das normas: reflexões sobre o novo Código de Ética Médica*. Brasília: CFM, 2010.

LOUREIRO, H. A. S.; MATTOS, D. F. O retorno do retrocesso social com a reedição da MP nº 767/2017 e a valorização das perícias médicas. RAMOS, G. T. *O golpe de 2016 e a reforma da previdência: narrativas de resistência*. Bauru: Canal 6, 2017, p. 197-202.

- LUKÁCS, G. *As Bases Ontológicas do Pensamento e da Atividade do Homem*, Revista *Temas de Ciências Humanas*. São Paulo: Livraria Editora Ciências Humanas Ltda., 1988.
- \_\_\_\_\_. *Per l'ontologia dell'essere sociale*. Tr. Alberto Scarponi, Roma: Riuniti, 1976-1981.
- MACHADO, A. A. *Curso de processo penal*. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2009.
- MACHADO, J.; SORATTO, L.; CODO, W. *Saúde e trabalho no Brasil: uma revolução silenciosa: o Ntep e a Previdência Social*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.
- MACHADO, J. M. H.; PORTO, M. F. S. Promoção da saúde e intersetorialidade: a experiência da vigilância em saúde do trabalhador na construção de redes. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 12, n. 3, p. 121-130, set. 2003.
- MACHADO, R. et. al. *Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- MAENO, M. Avaliação do impacto do nexos técnico epidemiológico sobre os benefícios por incapacidade. In: SEMANA DA PESQUISA DA FUNDACENTRO, 8, 2008, São Paulo. *Anais da VIII semana de pesquisa: sistemas de gestão em segurança e saúde no trabalho*. São Paulo: Fundacentro, 2010, p. 165-173.
- \_\_\_\_\_. *Perícia médica: conceitos em disputa*. No prelo, 2016.
- \_\_\_\_\_. *Reinserção de trabalhadores com lesões por esforços repetitivos no mercado de trabalho*. 2001. 117 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.
- \_\_\_\_\_. Ser Médico. In: ALVES, G.; VIZZACCARO-AMARAL, A. L.; MOTA, D. P. *Trabalho e saúde: a precarização do trabalho e a saúde do trabalhador no Século XXI*. São Paulo: LTr, 2011.
- MAHAYRI, N. *Desafios da reabilitação profissional para o século XXI; estudo dos fatores prognósticos para a reabilitação profissional de segurados incapacitados para o trabalho, com doenças crônicas da coluna vertebral, encaminhados pela Perícia Médica do INSS para programa de reabilitação profissional, por acidente do trabalho ou doença comum, no período de 1993 a 1997, em Campinas, SP*. Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, SP: [s.n.], 2004
- MANUAL de perícias médicas. *Decreto 29.180 de 1978*. São Paulo: Departamento de Perícias Médicas do Estado de São Paulo. Publicação em DOE em 11/11/1988.
- MARICHALAR, P. *Médecin du travail, médecin du patron? L'indépendance médicale en question*. Paris: Presses de Sciences Po, 2014.
- MARTINS, C. B. *O que é Sociologia?* São Paulo: Ed. Brasiliense, 1982.

- MARTINS, J. B. Observação participante: uma abordagem metodológica para a psicologia escolar. *Semina: Ci. Sociais/Humanas*, Londrina, v. 17, n. 3, p. 266-273, set. 1996.
- MARTINS, S. P. *Direito da Seguridade Social*. 17ª ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- \_\_\_\_\_. *Direito Processual do Trabalho: Doutrina e Prática Forense*. 28ª ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- MARTINS JUNIOR, M., et al. A necessidade de novos métodos para análises de acidentes de trabalho na perícia judicial. In: *Produção*. v. 21, n. 3, p. 498 – 508 – Rio de Janeiro, jul./set. 2011.
- MARTUSCELI, D. E. Estado. In: MENDES, R. (Org.). *Dicionário de Saúde e Segurança do Trabalhador: Conceitos – Definições – História – Cultura*. Novo Hamburgo/RS: Proteção Publicações, 2018, p. 488-489.
- MARX, K. *Cadernos de Paris; Manuscritos econômico-filosóficos*. Trad.: José Paulo Netto e Maria Antonia Pacheco. São Paulo: Expressão Popular, 2015.
- \_\_\_\_\_. *Contribuição à crítica da economia política*. São Paulo: Expressão Popular, 2008.
- \_\_\_\_\_. *Grundrisse: manuscritos econômicos de 1857-1858: esboços da crítica da economia política*. São Paulo: Boitempo; Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 2011a.
- \_\_\_\_\_. *Miséria da Filosofia*. São Paulo: Global, 1985.
- \_\_\_\_\_. *O 18 Brumário de Luís Bonaparte*. São Paulo: Boitempo, 2011b.
- \_\_\_\_\_. *O Capital - Crítica da economia política. Livro I: O processo de produção do capital*. São Paulo: Editora Boitempo, 2013.
- \_\_\_\_\_. *O Capital - Crítica da economia política. Livro III: O processo global da produção capitalista*. São Paulo: Nova Cultural, 1985.
- \_\_\_\_\_. *O Capital. Livro I, capítulo VI (inédito)*. São Paulo: Editora Ciências Humanas Ltda., 1978.
- \_\_\_\_\_. Prefácio de 1859. In: MARX, Karl. *Para a Crítica da Economia Política*. São Paulo: Abril Cultural, 1982, p. 25.
- MARX, K.; ENGELS, F. *A ideologia alemã*. São Paulo: Expressão Popular, 2009.
- \_\_\_\_\_. *Cultura, arte e literatura. Textos escolhidos*. São Paulo: Expressão Popular, 2010.
- \_\_\_\_\_. *Manifesto do partido comunista*. São Paulo: Expressão Popular, 2008.
- \_\_\_\_\_. *Obras escolhidas em três volumes*. Rio de Janeiro: Vitória, 1963, v.

3.

MATOS, L. G. *Como se decide a (in)capacidade e a deficiência? Uma etnografia sobre moralidades e conflitos em torno da perícia médica previdenciária*. Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Porto Alegre, BR-RS, 2016.

MATOSINHOS, B. L. S. de.; AMARAL, L. A. do.; PEREIRA, C. S. Gestão de afastamentos do trabalho por doença. In: MENDES, R. (Org.). *Dicionário de Saúde e Segurança do Trabalhador: Conceitos – Definições – História – Cultura*. Novo Hamburgo/RS: Proteção Publicações, 2018, p. 566-567.

MEDEIROS C. M.; ZERBINI T.; CINTRA R. B.; GIANVEVECCHIO V. A. P.; MUÑOZ D. R. Avaliação da capacidade laborativa em periciandos portadores de fibromialgia. *Saúde, Ética & Justiça*. 2012;17(2):50-56.

MEDINA, J. M. G. *Novo Código de Processo Civil Comentado [livro eletrônico]: com remissões e notas comparativas ao CPC/1973*. 1. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2015.

MELO, M. P. P. de. Moralidade e risco na interface médico-paciente na perícia médica da Previdência Social. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 24 [ 1 ]: 49-66, 2014.

MELLO, M. B. *Teoria do Fato Jurídico: Plano da Eficácia*. 1ª ed. São Paulo: Saraiva, 2003.

MENDANHA, M. H. *Medicina do trabalho e perícias médicas: aspectos práticos (e polêmicos)*. 4ª ed. São Paulo: LTr, 2015.

MENDES, D. P. *Donos do Poder? Uma análise da atividade pericial no contexto da previdência social brasileira: limites e conflitos frente à caracterização do adoecimento em LER/DORT*. Dissertação (mestrado) – Faculdade de Engenharia da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, 2006.

MENDES, J. M. R.; WERLANG, R. Sofrimento social. In: *Dicionário de Saúde e Segurança do Trabalhador: Conceitos – Definições – História – Cultura*. Novo Hamburgo/RS: Proteção Publicações, 2018, p. 1104-1105.

MENDES, R (org.). *Dicionário de Saúde e Segurança do Trabalhador: Conceitos – Definições – História – Cultura*. Novo Hamburgo/RS: Proteção Publicações, 2018.

\_\_\_\_\_. *Doutrina e prática da integração da saúde ocupacional no setor saúde: contribuição para a definição de uma política* [Tese de Livre Docência]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1986.

\_\_\_\_\_. Produção científica brasileira sobre saúde e trabalho publicada na forma de dissertações de Mestrado e teses de Doutorado, 1950-2002. *Rev. Bras. Med. do Trab.*, 2:87-118, 2003.

\_\_\_\_\_. (org.). *Medicina do trabalho: doenças profissionais*. Rio de Janeiro: Editora Sarvier, 1980.

\_\_\_\_\_. (org.). *Patologia do Trabalho*. 3ª ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2013.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Revista de Saúde Pública*, v. 25, n. 5, p. 341-349, out. 1991.

\_\_\_\_\_. Saúde dos trabalhadores. In: ROUQUAYROL M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (eds.). *Epidemiologia & Saúde*. Rio de Janeiro: Medsi, 1999, p. 431-456.

MENDES, R.; WAISSMANN, W. Aspectos históricos da patologia do trabalho. In: MENDES, R. (org.). *Patologia do Trabalho*. 3ª ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2013.

MINARDI, F. F. *Meio ambiente do trabalho - proteção jurídica à saúde mental*. Curitiba: Ed. Juruá, 2010.

MINAYO, M. C. S. (org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 2010.

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

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Direito sanitário e saúde pública vols 1 e 2*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

\_\_\_\_\_. *Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. Portaria nº. 1.679/GM. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST). *Diário Oficial da União*, 19 set. 2002.

MONTEIRO, A. L.; BERTAGNI, R. F. S. *Acidentes do trabalho e doenças ocupacionais: conceito, processos de conhecimento e execução e suas questões polêmicas*. 3ª ed. atual. de acordo com Código Civil de 2002, as normas sobre precatórios e o novo FAP. São Paulo: Saraiva, 2005.

MONTENEGRO FILHO, M. *Curso de direito processual: Teoria geral do processo e processo de conhecimento*. 3ª ed. São Paulo: Atlas, 2006.

MOTA, C. R. N. *Compacto dicionário de saúde e segurança no trabalho e meio ambiente*. São Caetano do Sul: Yendis Editora, 2011.

- MOTTA, R. C. *Manual de iniciação em perícias médicas*. 2ª ed. São Paulo: LTr, 2014.
- MÜLLER, F. G. *Perícia psicológica de transtornos mentais relacionados ao trabalho*. Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Florianópolis, 2014.
- MÜLLER, F. G.; CRUZ, R. M.; ROBERTI JUNIOR, J. P. Perícia em saúde do trabalhador: contribuições da perícia psicológica judicial. *Revista Caminhos*, On-line, “Humanidades”, Rio do Sul, a. 4, n. 6, p. 65-85, abr./jun. 2013.
- MUÑOZ, D.; GIANVECCHIO V. A. P. Residência médica em medicina legal: objetivos. *Ética & Justiça*. 2005;10(1/2):6-11.
- MUÑOZ, D.; GIANVECCHIO V. A. P.; MIZIARA, I. Especialidades médicas - medicina legal e perícias médicas. *Rev Med* (São Paulo). 2012;91(ed. esp.):45-48.
- MUÑOZ D. R., MUÑOZ-GIANVECCHIO D., GIANVECCHIO V. A. P. Historical moment of a speciality. *Saúde, Ética & Justiça*. 2010;15(2):69-74.
- NAKANO, RODRIGUES FILHO, SANTOS. Perícia Médica. In: RODRIGUES FILHO, S. et. al (orgs). *Perícia Médica*. Goiânia: Conselho Regional de Medicina de Goiás, 2007, p. 25-40.
- NAVARRO, V. The labour process and health: a historical materialist interpretation. *Int J Health Services*, 1982; 12; 5-29.
- NAVES, M. B. *A questão do Direito em Marx*. São Paulo: Outras Expressões; Dobra Universitário, 2014.
- \_\_\_\_\_. *Marxismo e direito - Um estudo sobre Pachukanis*. São Paulo: Boitempo, 2008.
- NETO, A. A. A. Dano existencial – A tutela da dignidade da pessoa humana. *Revista Síntese – Direito Civil e Processual Civil*, n. 80, p. 9-36, nov./dez. 2012.
- NETO, X. T. M. Dano moral coletivo. In: MENDES, R. (Org.). *Dicionário de Saúde e Segurança do Trabalhador: Conceitos – Definições – História – Cultura*. Novo Hamburgo/RS: Proteção Publicações, 2018, p. 339-341.
- NETTO, A. R. O caminho para a formação do serviço sanitário de São Paulo, de 1579 a 1891. In: *Arquivo de higiene e saúde pública*, jan. 1942.
- NEZOSI, G. *La protection sociale*. Paris: La documentation Française, 2016.
- NORONHA, Fernando. *Direito das obrigações*. São Paulo: Saraiva, 2003.
- NUNES, E. D. Medicina social no Brasil: um estudo de sua trajetória. In: CAMPOS, G. W. S.; MEHRY, E. E.; NUNES, E. D. (Org.). *Planejamento sem normas*. São Paulo: Hucitec, 1989, p. 113-133.

\_\_\_\_\_. Saúde coletiva: uma história recente de um passado remoto. In: CAMPOS, G. W. S et. al. *Tratado de Saúde Coletiva*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2012.

ODONNE, I. et. al. *Ambiente de trabalho: a luta dos trabalhadores pela saúde*. São Paulo: Hucitec, 1986.

OLIVEIRA, C. R. *Medicina e estado: origem e desenvolvimento da medicina social - 1866-1896*. Rio de Janeiro, 1982. [Tese de Doutorado, Instituto de Medicina Social, UERJ].

OLIVEIRA, C.; DUARTE, N. V.; CORTE-REAL, F. *Nexo de causalidade e estado anterior na avaliação médico-legal do dano corporal*. Coimbra: University Press, 2017.

OLIVEIRA, J. A.; TEIXEIRA, S. F. *(im)previdência social: 60 de Previdência Social no Brasil*. Petrópolis: Editora Vozes e Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2ª Edição, 1989.

OLIVEIRA, L. M. *Entre a potência e a impotência do exercício profissional de médico perito no Instituto Nacional do Seguro Social (INSS): a importância do Estado como componente dilemático e paradoxal*. Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2011. Botucatu, 2011,

OLIVEIRA, M. H. B.; VASCONCELLOS, L. C. F. As políticas públicas brasileiras de saúde do trabalhador: tempos de avaliação. *Saúde em Debate*, v. 24, n. 55, 2000, p. 92-103.

OLIVEIRA, P. R. A. FAP (Fator Acidentário de Prevenção). In: MENDES, R. (Org.). *Dicionário de Saúde e Segurança do Trabalhador: Conceitos – Definições – História – Cultura*. Novo Hamburgo/RS: Proteção Publicações, 2018, p. 522-524.

\_\_\_\_\_. *Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário NTEP, Fator Acidentário de Prevenção FAP: um novo olhar sobre a saúde do trabalhador*. 2 ed. São Paulo: LTr, 2010.

\_\_\_\_\_. NTEP (Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário). In: MENDES, R. (Org.). *Dicionário de Saúde e Segurança do Trabalhador: Conceitos – Definições – História – Cultura*. Novo Hamburgo/RS: Proteção Publicações, 2018, p. 823-824.

OLIVEIRA, S. G. Acidente do trabalho e doenças ocupacionais – nexos epidemiológicos. In: DEVONALD, S. R. P. G.; NAHAS, T. C. (orgs.). *Desafios para alcançar o trabalho seguro no Brasil: um estudo das situações adversas a relação de trabalho*. São Paulo: LTr, 2015.

\_\_\_\_\_. Acordo coletivo de trabalho. In: MENDES, R. (Org.). *Dicionário de Saúde e Segurança do Trabalhador: Conceitos – Definições – História – Cultura*. Novo Hamburgo/RS: Proteção Publicações, 2018, p. 91-92.

\_\_\_\_\_. ANAMATRA (Associação Nacional dos Magistrados da Justiça do Trabalho). In: MENDES, R. (Org.). *Dicionário de Saúde e Segurança do Trabalhador: Conceitos – Definições – História – Cultura*. Novo Hamburgo/RS: Proteção Publicações, 2018, p. 123.

\_\_\_\_\_. Convenção coletiva de trabalho. In: MENDES, R. (Org.). *Dicionário de Saúde e Segurança do Trabalhador: Conceitos – Definições – História – Cultura*. Novo Hamburgo/RS: Proteção Publicações, 2018, p. 310-311.

\_\_\_\_\_. Indenização por acidente ou doença relacionada ao trabalho. In: MENDES, R. (Org.). *Dicionário de Saúde e Segurança do Trabalhador: Conceitos – Definições – História – Cultura*. Novo Hamburgo/RS: Proteção Publicações, 2018, p. 623-624.

\_\_\_\_\_. *Indenizações por acidente do trabalho ou doença ocupacional*. 4. ed. São Paulo: LTr, 2008. p. 137-138.

\_\_\_\_\_. *Proteção jurídica à saúde do trabalhador*. 5ª ed. São Paulo: LTr, 2010. ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL. *Novo Código de Processo Civil anotado*. Porto Alegre: OAB-RS, 2015.

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

PAIM, J. S. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. (et. al.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ/CEBES, 2012.

PAPARELLI, R. *Desgaste mental do professor da rede pública de ensino: trabalho sem sentido sob a política de regularização do fluxo escolar*. 2009. 184 f. Tese (Doutorado em Psicologia Social e do Trabalho) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

\_\_\_\_\_. Perícias judiciais de saúde mental relacionada ao trabalho: notas sobre o trabalho precarizado. In: VIZZACCARO-AMARAL, D.; MOTA, D. P.; ALVES, G. *Trabalho e estranhamento: saúde e precarização do homem-que-trabalha*. São Paulo: LTr, 2012.

PAULINO, N. Ponderações sobre a perícia psiquiátrica na justiça do trabalho. *Rev. Trib. Reg. Trab.* 3ª Reg., Belo Horizonte, v.51, n.81, p.479-487, jan./jun.2010.

PAULO NETTO, J. *Introdução em estudo do método em Marx*. São Paulo: Expressão

Popular, 2011.

PENA, P. G. L.; GOMES, A. R. A exploração do corpo no trabalho ao longo da história. In: VASCONCELLOS, L. C. F.; OLIVEIRA, M. H. B. (Orgs.). *Saúde, Trabalho e Direito: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória*. Rio de Janeiro: Educam, 2011, p. 85-124.

PEREIRA JÚNIOR, C. Estabelecimento de nexos causais entre adoecimento e trabalho: a perspectiva médico-legal e judicial. In: MENDES, René (org.). *Patologia do Trabalho*. 3ª ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2013, p. 237-247.

\_\_\_\_\_. Laudo pericial - aspectos práticos na elaboração. V Seminário sobre Perícias Médicas. In: *XII Congresso Nacional da Associação Nacional de Medicina do Trabalho*, 2003.

PEREIRA NETO, A. F. *Ser médico no Brasil: o presente no passado*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

PETIT, F. *L'essentiel du droit de la protection sociale*. Issy-les-Moulineaux: Gualino éditeur, 2016.

PHILIPPI JR., A.; PACHECO, R.; FERNANDES, V.; SOMMERMAN, A. Interdisciplinaridade. In: MENDES, R. (Org.). *Dicionário de Saúde e Segurança do Trabalhador: Conceitos – Definições – História – Cultura*. Novo Hamburgo/RS: Proteção Publicações, 2018, p. 643-644.

\_\_\_\_\_. Multidisciplinaridade. In: MENDES, R. (Org.). *Dicionário de Saúde e Segurança do Trabalhador: Conceitos – Definições – História – Cultura*. Novo Hamburgo/RS: Proteção Publicações, 2018, p. 790-791

\_\_\_\_\_. Transdisciplinaridade. In: MENDES, R. (Org.). *Dicionário de Saúde e Segurança do Trabalhador: Conceitos – Definições – História – Cultura*. Novo Hamburgo/RS: Proteção Publicações, 2018, p. 1196-1197

PINHEIRO, T. M. M.; RIBEIRO, F. N. Vigilância em saúde do trabalhador como prática pública (1). In: MENDES, R. (Org.). *Dicionário de Saúde e Segurança do Trabalhador: Conceitos – Definições – História – Cultura*. Novo Hamburgo/RS: Proteção Publicações, 2018, p. 1231-1232.

PINTO DA COSTA, J. *Curso Básico de Medicina Legal*, Porto: Euedito, 2012.

PINTO JÚNIOR, A. G. et. al. Evolução da saúde do trabalhador na perícia médica previdenciária no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(10):2841-2849, 2012.

PINTO SILVA, E.; HELOANI, R. Trapaça. In: VIEIRA, F. O. (org.). *Dicionário Crítico de gestão e psicodinâmica do trabalho*. Curitiba: Juruá, 2013, p. 483-488.

- POLITZER, G. *Crítica dos fundamentos da psicologia*. Portugal: Editora Presença, 1975.
- QUEIROZ F.A. Médico clínico versus médico perito: relacionamento com o paciente. In: *Jornal Medicina*, 2005.
- RABELO, L. D. B. C.; SILVA, J. M. A. A perícia judicial como atuação do psicólogo do trabalho. *Arquivos Brasileiros de Psicologia* [no prelo].
- RAMAZZINI, B. *As doenças dos trabalhadores*. São Paulo: Fundacentro, 2000.
- RAMOS, G. T et. al. (coords.). *O golpe de 2016 e a reforma da previdência: narrativas de resistência*. Bauru: Canal 6, 2017.
- RE, A. et. al. Anthropometric and ergonomic approach to the ageing: the importance of the multidisciplinary study in the act on ageing Project (piedmont region). *J. Biol. Res.*, n. 1, vol. LXXXV, 2012.
- RE, A.; CALLARI, T. C.; OCCELLI, C. *Sfide attuali, passate, future: il percorso di Ivar Oddone. Atti del Convegno – Torino, 29 novembre 2012*. Torino: OTTO editore, 2014.
- REBELO, P. ABMT (Associação Brasileira de Medicina do Trabalho). In: MENDES, R. (Org.). *Dicionário de Saúde e Segurança do Trabalhador: Conceitos – Definições – História – Cultura*. Novo Hamburgo/RS: Proteção Publicações, 2018, p. 67-68.
- REIS, P. e-Social. In: MENDES, R. (Org.). *Dicionário de Saúde e Segurança do Trabalhador: Conceitos – Definições – História – Cultura*. Novo Hamburgo/RS: Proteção Publicações, 2018, p. 484-485.
- RIBEIRO, H. P. Lesões por Esforços Repetitivos (LER): uma doença emblemática. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 13(Supl. 2):85-93, 1997.
- \_\_\_\_\_. *Os operários do direito*. Florianópolis: Lagoa, 2009.
- \_\_\_\_\_. *O juiz sem a Toga*. Florianópolis: Lagoa, 2005.
- RIBEIRO, J. O. X. O nexo técnico epidemiológico e a responsabilidade pelo meio ambiente do trabalho. In: DARCANCHY, Mara Vidigal (Coord.). *Responsabilidade social nas relações laborais: homenagem ao professor Amauri Mascaro Nascimento*. São Paulo: LTr, 2007.
- RIBEIRO, L. (org.). *Medicina no Brasil*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1940.
- RIGOLIN, A.; CAMARGO, D. A. Dano moral e dano psíquico no trabalho. In: GUIMARÃES, L. A. M., GRUBITS, S. *Série Saúde Mental e Trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004, v. 3, p. 281-300.
- RIGOTTO, R. M. *Não somos máquinas: um estudo das ações sindicais em defesa da saúde na Grande BH*. Belo Horizonte, 1992. [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Educação da UFMG].

- RODRIGUES, C. A. S. Sinopse de medicina legal. Goiânia: Ed. da UCG, 2003. *SBPM: Sociedade Brasileira de Perícias Médicas*. Disponível em: <http://www.periciasmedicas.org.br.htm>. Acesso em: 23 jun.2015.
- RODRIGUES, E. M. *Estudos de processos judiciais de insalubridade*. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, SP: [s.n.], 2011.
- ROJAS, N. *Medicina legal*. 12.ed. Buenos Aires: Lebreria “El Ateneo” Editorial, 1984.
- ROSEN, G. Da polícia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica. Trad. Angela Loureiro. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- ROVINSKI, M. Elaboração do Novo Regimento Interno do Instituto Geral de Perícias. *Revista do IGP - Instituto Geral de Perícias*. Secretaria da Justiça e da Segurança - RS, Porto Alegre/RS, 2003.
- ROVINSKI, S. L. R. *A avaliação psicológica no contexto jurídico*. Porto Alegre, 2008. \_\_\_\_\_ . *Fundamentos da perícia psicológica forense*. São Paulo: Vetor, 2004.
- SÁ, E. C.; TORRES, R. A. T. Nexo Causal. In: MACÊDO, K. B. (org.). *Organização do trabalho e adoecimento – uma visão interdisciplinar*. Goiânia: Ed. da PUC Goiás, 2016, p. 163-167.
- SAAD, T. L. P. *Acidente de Trabalho*. São Paulo: LTr, 1988.
- SÁNCHEZ GAMBOA, S. *Pesquisa em educação: métodos e epistemologia*. Chapecó: Argos, 2012.
- SANTOS, A. A. dos. *Direitos humanos e emancipação [tese]: uma aproximação a partir da ontologia lukacsiana*. Tese (doutorado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências Jurídicas. Programa de Pós-Graduação em Direito. Florianópolis, 2011.
- SANTOS, L. B. P. dos. *Uma análise crítica da depressão dentro do âmbito do trabalho e suas consequências jurídicas*. [Trabalho de Conclusão de Curso] – Graduação em Direito da Universidade Federal do Paraná, Curitiba-PR, 2013.
- SANTOS JÚNIOR, E. A.; CHEREM, A. J. Estabelecimento de nexos causal entre adoecimento e trabalho: a perspectiva da perícia médica previdenciária. In: MENDES, René (org.). *Patologia do Trabalho*. 3ª ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2013, p. 249-291.
- SAPANET, M.; CREUSOT, G.; DUMASDELAGE, G.; CARBONNIÉ, C.; ROUGÉ, D. *Expertises médicales – dommages corporels, assurances de personnes, organismes sociaux*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson, 2016.
- SARTORI, V. B. *Lukács e a crítica ontológica ao direito*. São Paulo: Cortez, 2010.

- SATO, L.; OLIVEIRA, F. Psicologia social do trabalho. In: MENDES, R. (Org.). *Dicionário de Saúde e Segurança do Trabalhador: Conceitos – Definições – História – Cultura*. Novo Hamburgo/RS: Proteção Publicações, 2018, p. 950-951.
- SATO L.; LACAZ, F.A.C.; BERNARDO, M.H. Psychology and the Workers' Movement in the State of São Paulo (Brazil). *Journal of Health Psychology*, 9 (1): 121-130, 2004.
- SCHILLING, R. S. F. More effective prevention in occupational health practice? *Occupational medicine*, 34(3): 71-9, 1984.
- SEGNINI, L. R. P. Taylorismo: uma análise crítica. In: BRUNO, Lúcia & SACCARO, Cleusa. *Organização, trabalho e tecnologia*. São Paulo: Atlas, 1986, Cap. 5.
- SELIGMANN-SILVA, E. Psicopatologia e saúde mental no trabalho. In: MENDES, René. *Patologia do Trabalho*. Rio de Janeiro: Atheneu, 2003, p. 45-90.
- \_\_\_\_\_. *Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo*. São Paulo: Cortez, 2011.
- SERRA, E.; GURGEL, J. B. *Evolução histórica da Previdência Social*. Rio de Janeiro: Sindicato Nacional dos Editores de Livros, 2007.
- SILVA, A. O papel da prova pericial na investigação do nexo causal em ações de indenização por doenças ocupacionais. In: MACÊDO, K. B. (org.). *Organização do trabalho e adoecimento – uma visão interdisciplinar*. Goiânia: Ed. da PUC Goiás, 2016, p. 149-162.
- SILVA, A. M. Aptidão e inaptidão para o trabalho. In: MENDES, R. (Org.). *Dicionário de Saúde e Segurança do Trabalhador: Conceitos – Definições – História – Cultura*. Novo Hamburgo/RS: Proteção Publicações, 2018, p. 144-146.
- SILVA, D. P. *Vocabulário jurídico*. 14. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2000.
- SILVA, H. X. A medicina legal como especialidade. *Arquivos da Sociedade Brasileira de Medicina Legal*, ano I; jun.1999.
- SILVA, J. A. R. *Acidente de trabalho: responsabilidade objetiva do empregador*. 3ª ed. São Paulo: Ltr, 2014.
- \_\_\_\_\_. As perícias judiciais para a constatação de doença ocupacional - um gravíssimo problema a desafiar uma solução urgente - para a efetiva proteção à saúde do trabalhador. *Revista LTr*, v. 74 (3), mar. 2010.
- SILVA, M. C. M. V. da. Perícia psicológica ocupacional. In: MENDES, R. (Org.). *Dicionário de Saúde e Segurança do Trabalhador: Conceitos – Definições – História – Cultura*. Novo Hamburgo/RS: Proteção Publicações, 2018, p. 876-877.

SILVA JÚNIOR, E. Nexo técnico epidemiológico e sua aplicação perante a justiça do trabalho nas ações de indenização por acidentes do trabalho e doenças ocupacionais. *Revista do Tribunal Regional do Trabalho 15ª Região*, n. 40, 2012, p. 129-138.

SILVA-JUNIOR, J. S. Capacidade e incapacidade para o trabalho (perspectiva previdenciária). In: MENDES, R. (Org.). *Dicionário de Saúde e Segurança do Trabalhador: Conceitos – Definições – História – Cultura*. Novo Hamburgo/RS: Proteção Publicações, 2018, p. 220-221.

\_\_\_\_\_. Nexos previdenciários (ou nexos técnicos previdenciários). In: MENDES, R. (Org.). *Dicionário de Saúde e Segurança do Trabalhador: Conceitos – Definições – História – Cultura*. Novo Hamburgo/RS: Proteção Publicações, 2018, p. 804-805.

\_\_\_\_\_. Retorno ao trabalho (1). In: MENDES, R. (Org.). *Dicionário de Saúde e Segurança do Trabalhador: Conceitos – Definições – História – Cultura*. Novo Hamburgo/RS: Proteção Publicações, 2018, p. 994.

SOBOLL, L. A.; HELOANI, R. A origem das discussões sobre assédio moral no Brasil e os limites conceituais. In: SOBOLL, L. A. *Assédio moral/organizacional: uma análise da organização do trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 17-24, 2008.

SOUSA-LIMA, T. G. *O papel do médico perito*. Disponível em: [http://www.msites.com.br/periciamedica\\_apostila\\_per.htm](http://www.msites.com.br/periciamedica_apostila_per.htm), 2011.

SOUZA, Diego. *Saúde do(s) trabalhador(es): análise ontológica da “questão” e do “campo”*. [Tese de Doutorado] em Serviço Social. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Rio de Janeiro, 2016.

SOUZA, L. E. P. F. de. Saúde Pública ou Saúde Coletiva? *Revista espaço para a saúde*. Londrina: v. 15, n. 4, p. 07-21, out/dez. 2014.

SIANO, A. K. (et. al.). Influência de alterações normativas da Previdência Social sobre o perfil de concessão de auxílio-doença relativo a transtornos mentais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(4):2189-2198, 2011.

SUAYA, D. *Historia vital del trabajo: herramienta de atención en salud colectiva*. Buenos Aires: Cooperativa Chilavert Artes Gráficas, 2010.

SUPINO, E. ABMLPM (Associação Brasileira de Medicina Legal e Perícias Médicas). In: MENDES, R. (Org.). *Dicionário de Saúde e Segurança do Trabalhador: Conceitos – Definições – História – Cultura*. Novo Hamburgo/RS: Proteção Publicações, 2018, p. 67.

SUPIOT, A. *La gouvernance par les nombres: cours au Collège de France (2012-2014)*. Paris: Librairie Arthème Fayard, 2015.

TAKAHASHI, M.A.B.C. *Incapacidade e previdência social: trajetória de incapacitação de trabalhadores adoecidos por LER/DORT no contexto da reforma previdenciária brasileira da década de 1990*. Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, SP: [s.n.], 2006.

TAKAHASHI M.A.B.C., IGUTI A.M. As mudanças nas práticas de reabilitação profissional da Previdência Social no Brasil: modernização ou enfraquecimento da proteção social? *Cad Saude Publica* 2008; 24(11): 2661-2670.

TAMBELLINI, A. T. A medicina do século XX no Brasil. In: *Congresso Internacional de Americanistas*, 1998, Amsterdam (mimeo).

\_\_\_\_\_. *Avanços na formulação de uma política nacional de saúde no Brasil: as atividades subordinadas à área das relações produção e saúde*. Texto originalmente apresentado à I Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores (Brasília, 1986). Rio de Janeiro: Cesteh-ENSP-Fiocruz (mimeo).

\_\_\_\_\_. O trabalho e a doença. In: GUIMARÃES, R. (org.). *Saúde e medicina no Brasil: contribuição para um debate*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978, p. 93-119.

TAVARES, M. L. C. M. *Carência para benefícios previdenciários por incapacidade*. Brasília: Associação Nacional dos Médicos Peritos da Previdência Social, 2006.

TERRA, L. S. V. *O militante, o sacerdote, o missionário e o tecnoburocrata: uma investigação participativa acerca de modalidades do trabalho médico alienado na Atenção Primária no SUS Campinas*. Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, 2017.

TERCIOTI, A. C. G. *Assédio moral no trabalho: danos causados ao trabalhador e medidas preventivas*. São Paulo: LTr, 2013.

TODESCHINI, R.; CODO, W. *O novo seguro acidente e o novo FAP*. São Paulo: LTr, 2009.

\_\_\_\_\_. Uma revisão crítica da metodologia do Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário (NTEP). *Revista Baiana de Saúde Pública*, v. 37, nº 2, p. 486-500, abr./jun., 2013.

TORRES, G. C. B. Celeridade do processo e meios alternativos de solução de conflitos: a experiência do Sicoprev. *Revista de Doutrina da 4ª Região*. Porto Alegre, n. 61, ago. 2014.

TREZUB, C. J. *Perícia Médica: Conceitos e Fundamentos*. SBPM, outubro/2006.

- \_\_\_\_\_. *Sociedade brasileira de perícias médicas*. Curitiba, 2008.
- VAISMAN, E. *O Problema da Ideologia na Ontologia de G. Lukács*. Dissertação (Mestrado em Filosofia), Universidade Federal da Paraíba, 1986.
- VALTRIANI, P. *Les politiques sociales em France*. Paris: Hachette Supérieur, 2011.
- VASCONCELLOS, L.C.F. & PIGNATI, W.A. Medicina do Trabalho: subsciência ou subserviência? Uma abordagem epistemológica. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(4): 105-115, 2006.
- VASCONCELLOS, L.C.F; OLIVEIRA, M. H. B. (orgs.). *Saúde, Trabalho e Direito: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória*. Rio de Janeiro: Educam, 2011.
- VASCONCELLOS L. C. F., RIBEIRO F. S. N. Investigação epidemiológica e intervenção sanitária em saúde do trabalhador: o planejamento segundo bases operacionais. *Cad Saude Publica*, 1997; 13(2):269-275.
- VACONCELLOS, L.P.W. *A simulação na perícia médica*. São Paulo: LTr, 2010.
- VERONESI, R. Capacidade funcional para o trabalho: Importante instrumento de decisão para a justiça do trabalho. *Interfaces Científicas - Direito*, Aracaju, v.2, n.3, p. 23-31, jun. 2014.
- VIANNA, M. L. T. W. Reforma da Previdência. *Seminário de Pesquisa, Instituto de Economia – UFRJ*. Rio de Janeiro, junho, 2003a.
- VIEIRA, C. E. C. O nexos causal entre transtorno de estresse pós-traumático e trabalho: controvérsias acerca do laudo de uma perícia judicial. *Rev. Bras. Saúde ocup.*, São Paulo, 34 (120): 150-162, 2009.
- VILELA, R. A. G. Acidente do trabalho. In: MENDES, R. (Org.). *Dicionário de Saúde e Segurança do Trabalhador: Conceitos – Definições – História – Cultura*. Novo Hamburgo/RS: Proteção Publicações, 2018, p. 81-83.
- WANDELLI, L. V. Da psicodinâmica do trabalho ao direito fundamental ao conteúdo do próprio trabalho e ao meio ambiente organizacional saudável. *Revista Eletrônica do Curso de Direito da UFSM*, v. 10, n. 1, 2015, p. 193-217.
- WILD, C. L. D. T. Distribuição das perícias médicas realizadas no Instituto de Medicina Social e de Criminologia do Estado de São Paulo (IMESC) segundo o tipo de ação judicial. *Saúde, Ética & Justiça*, 18(2):137-40, 2013.
- \_\_\_\_\_. Erro médico – o laudo pericial e a decisão judicial. *Saúde, Ética & Justiça*, 19(1):21-25, 2014.

## ANEXO I

### GLOSSÁRIO

**AA (Auxílio Acidente)** – O Auxílio Acidente (AA) está previsto no art. 86 da Lei nº. 8.213/91 e no art. 104 do Regulamento da Previdência Social (Decreto nº. 3.048/99). É o único benefício previdenciário que possui natureza jurídica indenizatória. Também dispensa carência por força do art. 26, I da Lei nº. 8.213/91. Benefício este a que o segurado do INSS pode ter direito quando desenvolver sequela permanente que reduza sua capacidade laborativa. O auxílio acidente corresponderá a 50% (cinquenta por cento) do salário de benefício que deu origem ao auxílio doença do segurado, corrigido até o mês anterior ao do início do auxílio acidente, e será devido até a véspera de início de qualquer aposentadoria ou até a data do óbito do segurado. O seu pagamento é mensal e deve ser efetuado até o último dia de vida do segurado acidentado. Tal direito é analisado pela perícia médica do INSS, no momento da avaliação pericial. O benefício é pago como uma forma de indenização em função do acidente e, portanto, não impede o cidadão de continuar trabalhando.

**ABMLPM (Associação Brasileira de Medicina Legal e Perícias Médicas)** – Fundada em 1º. de abril de 2011, é resultante da fusão entre a Associação Brasileira de Medicina Legal e a Sociedade Brasileira de Perícias Médicas. A ABMLPM, departamento científico da Associação Médica Brasileira, representa a especialidade de Medicina Legal e Perícia Médica, e como legítima e única responsável pela especialidade no país, tem - entre seus vários papéis - a certificação da atuação profissional. Sua missão consiste no estabelecimento, consolidação e evolução dos fundamentos científicos e técnicos da Medicina Legal e Perícia Médica, tornando-se referência na atividade que une os fundamentos da ciência atinente ao Médico Perito com as necessidades da Justiça (SUPINO, 2018, p. 67).

**ABMT (Associação Brasileira de Medicina do Trabalho)** - Fundada em 14 de dezembro de 1944, na cidade do Rio de Janeiro, que era, à época, capital da República, é a mais antiga associação médica brasileira voltada às práticas da Medicina do Trabalho e à defesa da saúde dos trabalhadores. O objetivo primordial da ABMT foi difundir, entre os profissionais interessados, os conhecimentos acerca dos requisitos de saúde para o exercício do trabalho; conhecer e diagnosticar as doenças que acometiam os

trabalhadores; e esclarecer a influência das condições ambientais sobre a execução do trabalho. Equivale a dizer que era voltada para a pesquisa e divulgação científica, enquanto as atividades de seus fundadores no Ministério eram mais voltadas à fiscalização (REBELO, 2018, p. 67-68).

**ABRASTT (Associação Brasileira de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora)** – Entidade dedicada a defender a saúde e a vida dos trabalhadores e das trabalhadoras, enquanto direitos humanos e sociais fundamentais do indivíduo, bem como promover o trabalho como preservação da dignidade humana e combater a prática da Saúde como uma mercadoria. Visa igualmente promover o cuidado integral da saúde dos trabalhadores e trabalhadoras, como prática de inclusão social no mercado de trabalho e disseminar e compartilhar conhecimentos e saberes sobre ensino, práticas e pesquisas em Saúde do Trabalhador. Promove também a inclusão de programas de ensino e pesquisa em Saúde do Trabalhador nas universidades e apoia e contribui para a prática da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e inclusão do cuidado da saúde do trabalhador na rede do Sistema Único de Saúde (SUS), além de fortalecer e valorizar a inclusão das ações de vigilância e cuidado integral da saúde dos trabalhadores nas políticas de Atenção Básica e em todas as instâncias do SUS.

**Ação judicial** – Ou simplesmente, *ação*, é o direito de obter um interesse pretendido através da aplicação da justiça. O meio para levar a pretensão ao juízo é a propositura da ação, através da formulação do bem jurídico pretendido (pedido), explicitada num documento denominado *petição inicial*, ou simplesmente *inicial*. Habitualmente, ao falar-se em ação, designa-se a ação proposta. Na Justiça do Trabalho é chamada *reclamação* (BRANDIMILLER, 1996, p. 71).

**Acidente do Trabalho** - Trata-se, no Brasil, do principal agravo à saúde do trabalhador, com impactos negativos, seja na esfera social e familiar ou nas esferas econômicas, previdenciárias e jurídicas, com impactos para as empresas, para as políticas públicas e, principalmente, na qualidade de vida do trabalhador acidentado e da sua família. Existem no Brasil, duas definições oficiais para acidente de trabalho: a primeira oriunda da legislação previdenciária, e a segunda do Ministério da Saúde. Elas possibilitam diferentes interpretações para o evento, conforme o texto original. Segundo o Ministério da Previdência, conforme definido no artigo 19 da Lei nº 8.213/91, Acidente de Trabalho é: “o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa ou pelo exercício do trabalho dos segurados referidos no inciso VII do art. 11 desta lei, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou a perda ou redução, permanente

*ou temporária, da capacidade para o trabalho”* (BRASIL, 1991). Definição mais abrangente, e mais adequada, é a proposta pelo Ministério da Saúde, que define o acidente de trabalho como sendo: *“um evento súbito ocorrido no exercício de atividade laboral, independentemente da situação empregatícia e previdenciária do trabalhador acidentado, e que acarreta dano à saúde, potencial ou imediato, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que causa, direta ou indiretamente (concausa) a morte, ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho. Inclui ainda o acidente ocorrido em qualquer situação em que o trabalhador esteja representando os interesses da empresa ou agindo em defesa de seu patrimônio; assim como aquele ocorrido no trajeto da residência para o trabalho ou vice-versa”* (BRASIL, 2006, p.11).

**Acordo Coletivo de Trabalho** - Conceito indicado expressamente pelo legislador no art. 611, § 1º, da CLT: *“É facultado aos Sindicatos representativos de categorias profissionais celebrar Acordos Coletivos com uma ou mais empresas da correspondente categoria econômica, que estipulem condições de trabalho, aplicáveis no âmbito da empresa ou das acordantes às respectivas relações de trabalho”*. Diferentemente do contrato individual do trabalho, o Acordo Coletivo é um ajuste celebrado entre uma entidade sindical, que representa os trabalhadores, com o empregador, para criar novas condições de trabalho aplicáveis no âmbito da referida empresa. O Acordo Coletivo também difere da Convenção Coletiva de Trabalho, porque tem, de um lado uma ou mais empresas ajustando condições de trabalho com uma entidade sindical dos trabalhadores, enquanto na Convenção Coletiva as partes são necessariamente entidades sindicais. Oliveira (2018, p. 91-92) ressalta que a Reforma Trabalhista de 2017, ao instituir a prevalência do negociado sobre o legislado, vedou expressamente a supressão ou a redução em negociação coletiva das normas de saúde, higiene e segurança do trabalho previstas em lei ou em normas regulamentadoras do Ministério do Trabalho (Art. 611-B, XVII, da CLT).

**ACP (Ação Civil Pública)** - Instrumento processual, previsto na Constituição Federal brasileira de 1988 e em normas infraconstitucionais, de que podem se valer o Ministério Público (MP) e outras entidades legitimadas para a defesa de interesses difusos, coletivos e individuais homogêneos. Em outras palavras, a ação civil pública não pode ser utilizada para a defesa de direitos e interesses disponíveis nem para interesses propriamente privados, salvo se, pela sua abrangência e dispersão, puderem interessar a grupos, classes ou categorias de pessoas que se encontrem na mesma situação de fato e de direito (como

no caso dos interesses individuais homogêneos). Disciplinada pela Lei n. 7.347, de 24 de julho de 1985, a Ação Civil Pública tem por objetivo reprimir ou mesmo prevenir danos ao meio ambiente, ao consumidor, ao patrimônio público, aos bens e direitos de valor artístico, estético, histórico e turístico, por infração da ordem econômica e da economia popular, à ordem urbanística, ao patrimônio público e social, à honra e à dignidade de grupos raciais, étnicos e religiosos, podendo ter por objeto a condenação em dinheiro ou o cumprimento de obrigação de fazer ou não fazer. O art. 5º da Lei 7.347/85 traz o rol taxativo das entidades legítimas para propor a ação civil pública, são eles: (a) o Ministério Público; (b) a Defensoria Pública; (c) a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; (d) Autarquias, empresas públicas, fundações e sociedades de economia mista; (e) o Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil (Lei 8.906/94, art. 54, inciso XIV); e (f) associações que, concomitantemente, estejam constituídas há pelo menos 1 (um) ano nos termos da lei civil e incluam, entre suas finalidades institucionais, a proteção ao meio ambiente, ao consumidor, à ordem econômica, à livre concorrência ou ao patrimônio artístico, estético, histórico, turístico e paisagístico; (g) as entidades e órgãos da administração pública, direta ou indireta, ainda que sem personalidade jurídica, especificamente destinados ao ajuizamento da ação coletiva (art. 82, III, do Código de Defesa do Consumidor, aplicável de maneira integrada ao sistema da ação civil pública, conforme art. 21 da Lei n. 7.347/85).

**AEPS (Anuário Estatístico da Previdência Social)** – Instrumento de acompanhamento e disseminação de informações sobre segurados e benefícios, arrecadação, acidentes de trabalho, assistência social, previdência complementar e do setor público, entre outras.

**Agravo** – Qualquer dano à integridade física, mental e social dos indivíduos, provocado por circunstâncias nocivas, como acidentes, intoxicações, abuso de drogas, e lesões auto ou heteroinflingidas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

**Alcoolismo crônico relacionado ao trabalho** – O consumo coletivo de bebidas alcóolicas associado a situações de trabalho pode ser decorrente de prática defensiva, como meio de garantir inclusão no grupo. Também pode ser uma forma de viabilizar o próprio trabalho, em decorrência dos efeitos farmacológicos próprios do álcool: calmante, euforizante, estimulante, relaxante, indutor do sono, anestésico e antisséptico. Uma frequência maior de casos de alcoolismo tem sido observada em determinadas ocupações, especialmente aquelas que se caracterizam por ser socialmente desprestigiadas e mesmo determinantes de certa rejeição (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, p. 175).

**Alienação e Exteriorização** – Marx utiliza-se tanto do termo “exteriorização” (*Entausserung*) quanto “alienação” (*Entfremdung*) para se referir ao trabalho na sociedade capitalista. Contudo, há a distinção entre os termos pois “exteriorização” concerne à separação do produtor de seu produto, independentemente das condições e relações sociais em que essa separação é efetuada, enquanto “alienação” é relativo a um contexto histórico definido, em que a separação ocorre numa relação de expropriação, dominação e mesmo hostilidade em relação à obra do trabalhador.

**Alta programada** – Quando os segurados do INSS necessitam pleitear benefício por incapacidade, ao se submeterem à primeira perícia, dela saem com uma data de cessação de benefício já agendada, se o benefício lhes for concedido. Se por ocasião da data de cessação de benefício ainda não se apresentem em condições de retornarem ao trabalho, devem entrar com um pedido de prorrogação para que sejam submetidos à nova perícia. A iniciativa de solicitação de suspensão da cessação de benefício deve partir do segurado, pois, do contrário, o sistema o considera apto para o retorno ao trabalho em data futura a partir da avaliação na perícia inicial. Esse sistema foi chamado de Cobertura Previdenciária Estimada (COPEs), cognomidade de “data certa” ou “alta programada” (MAENO, 2011, p. 140).

**Análise Pluridimensional** – A proposta do psiquiatra francês Louis Le Guillant (1984) foi de desenvolver uma abordagem em saúde mental e trabalho que permitisse demonstrar a existência de uma relação entre a condição de vida e de trabalho e o surgimento, a frequência e a gravidade dos distúrbios mentais. Desenvolveu então uma abordagem que qualifica de "pluridimensional" em que, de acordo com Lima (2002), recorre, na busca de informações, a todos os instrumentos disponíveis: observações diretas, questionários, entrevistas no local de trabalho, fontes documentais, estudos de caso e dados estatísticos variados.

**ANAMATRA (Associação Nacional dos Magistrados da Justiça do Trabalho)** - Entidade sediada em Brasília, foi fundada em 1976 e representa cerca de quatro mil juízes do trabalho. Em seu quadro de associados, há magistrados trabalhistas de todas as Unidades da Federação, além de representantes das 24 associações regionais de magistrados da Justiça do Trabalho - AMATRAS. A ANAMATRA é dirigida por uma Diretoria Executiva, cujos membros são eleitos por voto direto e secreto dos associados, para mandatos de dois anos, vedada a reeleição para o mesmo cargo. Também compõem a ANAMATRA o seu Conselho Fiscal, o Conselho de Representantes, bem como a Assembleia Geral, composta por todos os juízes associados, podendo deliberar sobre

qualquer matéria estatutária ou de relevância para a Magistratura ou para o Poder Judiciário. A ANAMATRA tem como objetivos estatutários promover maior aproximação, cooperação e solidariedade entre os Juízes do Trabalho, defendendo e representando os seus interesses e prerrogativas, e lutando pelo crescente prestígio da Justiça e do Direito do Trabalho (OLIVEIRA, 2018, p. 123).

**Anamnese (Histórico) Profissional (Ocupacional)** – Principal instrumento para a investigação das relações saúde-trabalho-doença e, portanto, para o diagnóstico correto do dano para a saúde e da relação etiológica com o trabalho. Ela faz parte da entrevista médica, que compreende a história clínica atual, a investigação sobre os diversos sistemas ou aparelhos, os antecedentes pessoais e familiares, a história ocupacional, hábitos e estilo de vida, o exame físico e a propedêutica complementar. Deve estar incorporada à entrevista clínica e seguir uma sistematização para que nenhum aspecto relevante seja esquecido, como por exemplo, as ocupações anteriores desempenhadas pelo trabalhador, particularmente aquelas às quais ele dedicou mais tempo ou que envolveram situações de maior risco para a saúde. Lamentavelmente, na formação médica, pouca ou nenhuma atenção é dada ao desenvolvimento dessa habilidade, fazendo com que os profissionais tenham dificuldade para utilizá-la no cotidiano de trabalho (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, p. 29-30).

**ANAMT (Associação Nacional de Medicina do Trabalho)** – Tem por finalidade congrega todos os médicos que exerçam a Medicina do Trabalho para promover, por meio de publicações, cursos e conferências, a difusão da especialidade, realizando congressos e jornadas.

**ANMP (Associação Nacional dos Médicos Peritos da Previdência Social)** – Entidade representativa de classe da categoria de Peritos Médicos e Supervisores Médicos Periciais da Previdência Social congregando cerca de 80% da categoria de 5.000 servidores públicos federais da Carreira de Perito Médico da Previdência Social.

**ANPT (Associação Nacional dos Procuradores do Trabalho)** - Como entidade representativa de classe, é uma sociedade sem fins lucrativos, que congrega os membros do Ministério Público do Trabalho (MPT) de todo o País. Preocupa-se com a promoção da cooperação e solidariedade entre os membros do MPT e a defesa dos seus direitos, garantias, prerrogativas e interesses. Além disso, entre as finalidades da ANPT está a sua colaboração com os Poderes Públicos no desenvolvimento da Justiça, na defesa dos interesses sociais e no estudo e solução de problemas que se relacionem com o Ministério Público e seus membros. Criada para defender e representar os interesses e prerrogativas

dos membros do Ministério Público do Trabalho, a ANPT tem como princípios de sua atuação a transparência, a gestão democrática e a busca incessante de melhorias institucionais. A entidade desenvolve forte atuação política em temas relacionados à discriminação de trabalhadores, meio ambiente do trabalho, combate ao trabalho escravo, combate ao trabalho infantil e defesa dos direitos individuais e coletivos.

***APCME (Association pour la Prise en Charge des Maladies Eliminables)*** - Iniciada ao final dos anos 1970, tutelada no início pelas *Mutualités des Travailleurs des Bouches-du-Rhône*, província de Port-de-Bouc, no sul da França próximo à Marseille, esta importante experiência francesa na atenção básica em Saúde do Trabalhador situada numa região de grande concentração de indústrias, teve como objetivo em seus 30 anos de existência (1977-2017), melhorar a assistência global de pacientes acolhidos pela medicina geral. Trata-se de permitir aos médicos generalistas, como a lei o solicita, de desempenhar seus papéis de informantes e de atores sobre os problemas e as doenças elimináveis - devidos ao meio ambiente construído pelo homem - sobre o espaço de vida e de trabalho de seus pacientes. O cumprimento desta função levava à eliminação dessas doenças pelos atores envolvidos que detinham o poder de fazê-lo e, assim, contribuir para a melhoria do estado de saúde e a eliminação dos custos humanos e financeiros evitáveis. Face à uma doença suscetível de ser relacionada ao meio ambiente de trabalho, o médico generalista não ficava desamparado. O conhecimento da etiologia era, portanto, uma dimensão essencial da qualidade do cuidado que condiciona a utilização de estratégias adequadas para o diagnóstico, a terapêutica e a reinserção. Tratava-se de integrar os médicos generalistas (profissionais liberais) à uma organização já aprovada dentro do seguinte desenho: a) De permitir ao médico generalista que faça o que a lei que o demanda (evocar sistematicamente a suspeita de uma etiologia ambiental e declarar as suspeitas que ele não pode excluir); b) construir uma memória informatizada integrada à memória individual de cada médico (ou seja, com base na documentação completa de cada caso, de uma forma que permita à cada médico "acumular" seu conhecimento com os de outros médicos da rede) e; c) desenvolver relações com o sistema de prevenção (médicos ocupacionais, inspetor, delegados CHSCT, etc.). A associação era comprometida com cada declaração que desencadeava um percurso enriquecedor das informações sobre cada caso, utilizando-se da experiência da sociedade, dos médicos do trabalho e dos inspetores do trabalho. Este percurso seguia um procedimento preciso, desenvolvido de acordo com 5 critérios relativos a: a) a natureza da doença; b) os fatores causais que a ocasionam; c) a busca desses fatores no local de trabalho; d) o diagnóstico diferencial; e) o uso de dados

relacionados a situações de trabalho semelhantes. Este comportamento dos médicos - facilitado notadamente pelas funções do polo de coordenação - provocava um aumento da validade científica das suspeitas, um maior registro dos dados necessários, e a superação do desconhecimento atual das reais situações de trabalho.

**Apoio Matricial (AM) e Equipe de Referência (ER)** – O AM objetiva assegurar retaguarda especializada, suporte técnico a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde e intercâmbio sistemático de conhecimentos entre diversas especialidades e profissões. Depende da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes de uma ER e os especialistas que oferecem AM. Tal metodologia pretende assegurar maior eficácia e eficiência ao trabalho em saúde pública, mas também investir na construção de autonomia dos usuários. As ERs por sua vez, são um rearranjo organizacional que busca deslocar o poder das profissões e corporações de especialistas, reforçando o poder de gestão da equipe interdisciplinar. É composta por um conjunto de profissionais considerados essenciais para a condução de problemas de saúde dentro de certo campo de conhecimento (CAMPOS, 2007, p. 399-400).

**Aposentadoria Especial (B46)** - Benefício concedido ao segurado que tenha trabalhado em condições prejudiciais à saúde ou à integridade física. Para ter direito à aposentadoria especial, o trabalhador deve comprovar, além do tempo de trabalho, efetiva exposição aos agentes nocivos químicos, físicos, biológicos ou associação de agentes prejudiciais pelo período exigido para a concessão do benefício (15, 20 ou 25 anos). A aposentadoria especial é devida ao segurado empregado, trabalhador avulso e contribuinte individual, este somente quando cooperado filiado a cooperativa de trabalho ou de produção. Além disso, a exposição aos agentes nocivos deve ter ocorrido de modo permanente, não ocasional, nem intermitente. É necessário o cumprimento da carência, que corresponde ao número mínimo de contribuições mensais indispensáveis para que o segurado faça jus ao benefício. A comprovação de exposição aos agentes nocivos é feita por formulário denominado Perfil Profissiográfico Previdenciário (PPP), preenchido pela empresa ou seu preposto, com base em Laudo Técnico de Condições Ambientais de Trabalho (LTCAT) expedido por médico do trabalho ou engenheiro de segurança do trabalho.

**Aposentadoria por Invalidez** - Benefício devido ao trabalhador permanentemente incapaz de exercer qualquer atividade laborativa e que também não possa ser reabilitados em outra profissão, de acordo com a avaliação da perícia médica do INSS. O benefício é pago enquanto persistir a incapacidade e pode ser reavaliado pelo INSS a cada dois anos. Inicialmente a pessoa deve requerer um auxílio-doença, que possui os mesmos requisitos

da aposentadoria por invalidez. Caso a perícia-médica constate incapacidade permanente para o trabalho, sem possibilidade de reabilitação em outra função, a aposentadoria por invalidez será indicada. Não tem direito à aposentadoria por invalidez quem se filiar à Previdência Social já com doença ou lesão que geraria o benefício, a não ser quando a incapacidade resultar do agravamento da enfermidade. O(a) aposentado(a) por invalidez que necessitar de assistência permanente de outra pessoa pode ter direito a um acréscimo de 25% no valor de seu benefício, inclusive sobre o 13º salário (artigo 45 da Lei nº 8.213/1991). Além disso, o(a) segurado(a) deve passar por uma nova avaliação médico-pericial do INSS. Caso o benefício seja cessado por óbito, o valor não é incorporado à pensão deixada aos dependentes. A aposentadoria por invalidez deixa de ser paga quando o(a) segurado(a) recupera a capacidade e/ou volta ao trabalho.

**APS (Agências da Previdência Social)** - As agências de atendimento são unidades fixas, espalhadas por todo o território nacional, totalizando mais de 1500 pontos de atendimento. Elas são responsáveis por fazer todo tipo de atendimento disponibilizado à população.

**APSADJ (Agência da Previdência Social de Atendimento de Demanda Judicial)** - Têm como propósito centralizar em local específico todas as atividades que assegurem o cumprimento de decisões judiciais dentro dos prazos estabelecidos pelo juízo. Estas agências não fazem atendimento ao público, uma vez que a finalidade é de apenas atender as demandas oriundas de ordens judiciais dos cidadãos que buscaram a tutela jurisdicional do Estado.

**Aptidão e Inaptidão para o Trabalho** - Aptidão é a capacidade daquele que tem habilidade e condições de realizar satisfatoriamente uma tarefa (FERREIRA, 2010). Aptidão para o Trabalho considera, entre outros aspectos, as condições cardiorrespiratórias e musculoesqueléticas, além de capacitação técnico-profissional. Inversamente, inaptidão, definitiva ou circunstancial, relaciona-se à incapacidade, inabilidade, insuficiência de habilidades ou falta de preparação para uma tarefa (SILVA, 2018, p. 144-145).

**ASO (Atestado de Saúde Ocupacional)** – Documento emitido pelo médico no Programa de Controle Médico em Saúde Ocupacional (PCMSO) para atestar o estado de saúde do trabalhador.

**Assédio Moral** – Conduta abusiva, intencional, frequente e repetida, que ocorre no ambiente de trabalho e que visa diminuir, humilhar, vexar, constranger, desqualificar e demolir psicologicamente um indivíduo ou um grupo, degradando as suas condições de

trabalho, atingindo a sua dignidade e colocando em risco a sua integridade pessoal e profissional (FREITAS, HELOANI & BARRETO, 2008, p. 37).

**Ato Inseguro** – Entendendo as cargas como os elementos que sintetizam a mediação entre o trabalho e o desgaste do trabalhador, a dinâmica de um acidente é produto de uma combinação de cargas determinada pela lógica global do processo de trabalho, e não “culpa” do trabalhador por conduta equivocada e/ou “descuido” do mesmo.

**Ato Médico** – De acordo com a Resolução CREMESC 042/98, é o ato profissional, exclusivo, realizado por quem está habilitado para exercer a medicina e procura estabelecer o(s) diagnóstico(s), prevenção e tratamento das doenças humanas. O ato médico tem como objetivo identificar o diagnóstico, sindrômico, anatômico, fisiológico, e etiológico das doenças humanas, tratá-las, manter e recuperar a saúde dos indivíduos, reabilitando-os ou habilitando-os para suas atividades e reintegrando-os à sociedade. Caracteriza-se por: anamnese, exame físico, ou psíquico, formulação de hipótese diagnósticas ou de diagnósticos, indicação, análise ou realização de exames complementares, formulação e prescrição terapêutica. Utiliza para sua consecução, conhecimentos, técnicas e procedimentos aceitos como científicos e éticos, aprendidos nos cursos de graduação, especialização e de atualização em medicina. O tratamento das complicações e os atestados médicos fazem parte do ato médico sendo este considerado por seus profissionais o cerne da profissão médica, tendo sua prática e seu ensino privativos de médico.

**Atos processuais** – São as ações dos sujeitos do processo: a contestação do réu, o requerimento pedindo a juntada de um documento, a juntada do documento, numerando e rubricando as folhas dos autos, a nomeação do perito, a apresentação do laudo pericial, e etc. (BRANDIMILLER, 1996, p. 72).

**Autor** – É o litigante que postula sua pretensão ao juízo através da ação. *Requerente* (Rqte.) e *suplicante* (Supte.) são expressões sinônimas. Na Justiça do Trabalho, o autor é denominado *reclamante* (Rcte.). Para postular sua pretensão em juízo, deverá o litigante fazer-se representar por *advogado*, denominado *representante* ou *patrono* do autor. O empregado é habitualmente o autor nas diferentes ações em trabalho-saúde, pleiteando indenização ou reparação por sequelas de acidentes do trabalho ou doenças relacionadas ao trabalho ou mesmo adicional de salário por exposição a risco. Ocorrendo morte do empregado, podem pleitear a indenização, reparação, ou direitos trabalhistas, seus dependentes ou herdeiros, que figuram como autores. Pode também o autor ser substituído pelo Ministério Público, através de seus promotores, em determinadas

situações previstas em lei. Nas ações penais públicas de responsabilização criminal do empregador, o autor é o Ministério Público. Nas ações regressivas, para ressarcimento do Seguro de Acidentes do Trabalho (SAT) pelo empregador, o autor é o INSS (BRANDIMILLER, 1996, p. 71).

**Autos do processo** – Ou simplesmente, *autos*, assim é denominado o conjunto material de documentos referentes aos diferentes atos do processo, que vão sendo *juntados* no transcorrer do mesmo, encadernados em capa de cartolina, organizado em folhas numeradas e rubricadas. A constituição dos autos inicia-se com a petição do autor, subscrita pelo advogado que o representa. A referência a documento encartado nos autos é feita com a menção do número da folha (abreviadamente fls.), por exemplo: *conforme consta no documento de fls. 27 dos autos*. A retirada de um documento já encartado nos autos, por determinação do juiz, denomina-se *desentranhamento*. Os autos do processo permanecem no cartório da vara ou na secretaria da junta (BRANDIMILLER, 1996, p. 73).

**Auxílio-acidente previdenciário (B36)** - É o benefício pago ao trabalhador pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) que sofre um acidente e fica com sequelas que reduzem sua capacidade de trabalho. É concedido para segurados que recebiam auxílio-doença. Para concessão do auxílio-acidente não é exigido tempo mínimo de contribuição, mas o trabalhador deve ter qualidade de segurado e comprovar a dificuldade para continuar desempenhando suas atividades, por meio de exame da perícia médica do INSS. O auxílio-acidente, por ter caráter de indenização, pode ser acumulado com outros benefícios pagos pela Previdência, exceto aposentadoria. O benefício deixa de ser pago quando o trabalhador se aposenta. O valor desse benefício corresponde a 50% do salário de benefício que deu origem ao auxílio-doença corrigido até o mês anterior ao do início do auxílio-acidente.

**Auxílio-acidente acidentário (B94)** - Benefício pago pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) aos trabalhadores com sequelas permanentes, ocasionadas por acidente de trabalho. Esse auxílio é mensal e permanente até a aposentadoria, de acordo com a Convenção Coletiva da categoria, quando o trabalhador tiver a limitação de sua capacidade laboral comprovada. O valor é sobre a média de contribuições do segurado.

**Auxílio-doença previdenciário (B31)** – Benefício concedido ao segurado do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) em carência mínima de 12 meses, que for considerado por médico perito incapaz de exercer suas funções por mais de 15 dias consecutivos por motivo de doença.

**Auxílio-doença acidentário (B91)** – Benefício concedido ao segurado do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) isento de carência, que ficar incapaz de exercer suas funções por um período superior a 15 dias, por motivo de acidente ou adoecimento profissional de qualquer natureza consistindo em recebimento integral dos proventos do beneficiado, estabilidade no emprego por período de 12 meses após retorno ao trabalho, contagem do tempo de afastamento para fins de aposentadoria e, recolhimento, por parte do empregador, de Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) durante o recebimento do auxílio.

**AX 1** – Sigla que indica o Exame Pericial Inicial no Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). Dá-se no primeiro encontro entre o segurado e o perito médico para avaliação de incapacidade laboral do primeiro, após o período de latência em que este o segurado do INSS agenda a perícia (via internet ou telefone).

**AX N** - Reavaliações subsequentes do segurado afastado do trabalho por incapacidade decorrente de doença.

**Baremo (Barema)** - Do ponto de vista etimológico, Baremo deriva do francês *barème*, corruptela do nome do matemático François-Bertrand Barrême (1638-1703), que elaborou no século XVII, tabelas de conversão de moedas estrangeiras para a moeda francesa. Na Medicina, este termo denomina tabelas graduais utilizadas para avaliar danos corporais. Existem dois tipos de baremos: os funcionais e os percentuais. Atualmente é um instrumento muito utilizado por diversos governos europeus para classificar a capacidade funcional. Esta classificação é dividida em 5 categorias de acordo com o grau da lesão incapacitante: (1) Transtornos ligeiros: déficit fisiológico entre 0 e 5%, doenças como sequelas de fraturas, amputações de falanges distais. (2) Transtornos moderados: déficit fisiológico entre 5 e 15%, doenças como luxações, perda da falange distal do dedo indicador. (3) Transtornos médios: déficit fisiológico entre 15 e 30%, doenças que reduzem de 1/5 a 1/3 da função do membro superior dominante. (4) Transtornos importantes: déficit fisiológico entre 30 e 60%, doenças que reduzem em mais da metade a função do membro superior dominante. (5) Transtornos muito importantes: déficit fisiológico acima de 60%. Nos membros superiores seriam distúrbios que no máximo permitam a apreensão de objeto sem qualquer força e que nos piores casos (perda de função) representa uma percentagem de incapacidade na ordem de 80% (FERNANDES & CHEREM, 2005, p. 129). No Brasil, existe a tabela da Superintendência de Seguros Privados (SUSEP), que contempla um baremo destinado ao mercado de seguros privados, porém com larga utilização pelos/pelas peritos(as) do INSS

e Judiciais também. Fernandes (2018, p. 176) salienta que o valor referenciado no baremo percentual, refere-se ao dano apresentado pela pessoa, não devendo ser confundido com incapacidade física, laboral ou incapacidade de ganho, devendo ser avaliada após estar estabelecida a quantidade de perda funcional.

**BPC/LOAS (Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social/Lei Orgânica da Assistência Social)** - Benefício da assistência social, cuja a operacionalização do reconhecimento do direito é do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). A pessoa deverá comprovar que possui 65 anos de idade ou mais, que não recebe nenhum benefício previdenciário, ou de outro regime de previdência e que a renda mensal familiar per capita é inferior a 1/4 do salário mínimo vigente. A pessoa com deficiência deverá comprovar que a renda mensal do grupo familiar per capita é inferior a 1/4 do salário mínimo e que possui uma deficiência que a caracterize como Pessoa com Deficiência, conforme o conceito da Lei Brasileira de Inclusão. Benefício condicionado à análise realizada pelo Serviço Social e pela Perícia Médica do INSS.

**Burnout (ou Síndrome do Esgotamento Profissional)** – *A sensação de estar acabado ou síndrome do esgotamento profissional (CID-10 Z73.0)* é um tipo de resposta prolongada a estressores emocionais crônicos no trabalho. Tem sido descrita como resultante da vivência profissional em um contexto de relações sociais complexas, envolvendo a representação que a pessoa tem de si e dos outros. O trabalhador que antes eram muito envolvido afetivamente com seus clientes, com seus pacientes ou com o trabalho em si, desgasta-se e, em um dado momento, desiste, perde a energia ou se “queima” completamente. O trabalhador perde o sentido de sua relação com o trabalho, desinteressa-se e qualquer esforço lhe parecem inútil. O Manual das Doenças Relacionadas ao Trabalho (MinS, 2001, p. 191) atenta para uma diferenciação que deve ser feita entre o *burnout*, que seria uma resposta ao estresse laboral crônico, de outras formas de resposta ao estresse. A *síndrome de burnout* envolve atitudes e condutas negativas com relação aos usuários, aos clientes, à organização e ao trabalho, sendo uma experiência subjetiva que acarreta prejuízos práticos e emocionais para o trabalhador e a organização. O quadro tradicional de estresse não envolve tais atitudes e condutas, sendo um esgotamento pessoal que interfere na vida do indivíduo, mas não de modo direto na sua relação com o trabalho. Pode estar associada a uma suscetibilidade aumentada para doenças físicas, uso de álcool ou outras drogas (para obtenção de alívio) e para o suicídio.

**Campo (político)** – Noção bourdieuriana (2011) em que um campo, estritamente político, é um microcosmo, isto é, um pequeno mundo social relativamente autônomo no interior

do grande mundo social dividido em profissionais e leigos. Nele se encontrará um grande número de propriedades, relações, ações e processos que se encontram no mundo global, mas esses processos, esses fenômenos, se revestem aí de uma forma particular. Um campo é um microcosmo autônomo no interior do macrocosmo social.

**Capacidade** – Descreve a habilidade de um indivíduo executar uma tarefa ou uma ação, com o mais alto nível de funcionalidade provável, em um ambiente considerado uniforme ou padrão (WHO, 2011; OPAS/OMS, 2003).

**Capacidade/Incapacidade (perspectiva previdenciária)** - Para a legislação previdenciária brasileira, a incapacidade laborativa é a impossibilidade de desempenho das funções específicas de uma atividade ou ocupação, em consequência de alterações morfofisiológicas, provocadas por doença ou acidente. Também abrange o risco de vida, para o segurado ou para terceiros, ou o risco de agravamento clínico que a permanência em atividade laborativa possa acarretar. O conceito de incapacidade deve ser analisado quanto ao grau (parcial ou total), à duração (temporária ou indefinida/permanente) e à profissão desempenhada (uniprofissional, multiprofissional ou omniprofissional) (SILVA-JUNIOR, 2018, p. 220).

**Capital** – É a relação social de produção voltada para a acumulação de valor através da produção de mercadorias. Baseia-se na propriedade privada dos meios de produção social e na divisão hierárquica do trabalho. São estas relações sociais e seus substratos jurídico-político e sociocultural que permitem que se desenvolva o processo de “fazer mais-dinheiro” através da produção de mercadorias e – vale destacar – da exploração da força de trabalho como mercadoria. Estas relações sociais são elas próprias, produzidas e continuamente reproduzidas no decorrer da produção social do capital. Deste modo, o capital se constituiu como um sistema social que não apenas produz mercadorias, mas produz e reproduz suas próprias condições de vida social, ou seja, um complexo de instituições políticas, jurídicas, ideológicas e culturais baseados nos valores da propriedade privada e da divisão hierárquica do trabalho. Por isso, nessa perspectiva, a lógica do capital permeia a vida cotidiana, constituindo objetivações estranhadas.

**Capital Financeiro** – Pode ser resumido na fórmula: Capital Bancário + Capital Industrial + Capital Fictício. Compreende-se enquanto capital privado altamente concentrado – do capital aplicado na produção de bens e serviços, mas também, de forma crescente, do capital financeiro centralizado, mantendo-se sob a forma de dinheiro e obtendo rendimentos como tal. O capital financeiro (ou capital-dinheiro ou ainda capital-rentista), tem como meta primordial simplesmente mais a apropriação de riquezas do que

sua criação mediante ampliação da produção. E teve facilitada a sua hegemonização graças às novas formas de centralização do capital-dinheiro (fundos de pensão e de investimentos) que ascenderam nos idos de 1970 e que permanecem ainda hoje nos cenários econômicos nacionais através de “instituições que lidam com massas financeiras gigantescas, procurando se valorizar por meio de formas e critérios puramente financeiros. Essas massas buscam maior rentabilidade e, também, máxima mobilidade e flexibilidade, sem ter nenhuma obrigação a não ser crescer /valorizar-se.” (CHESNAIS, 1995, p.19). É ao mesmo tempo real (individual), fictício (totalidade: se todos quiserem de volta, não existe o material) e precisa de um lastro material.

**Capitalismo** – Denominação do modo de produção em que o capital, sob suas diferentes formas, é o principal meio de produção. O capital pode tomar a forma de dinheiro ou crédito para a compra da força de trabalho e dos materiais necessários à produção, a forma de maquinaria física (capital em sentido estrito), ou, finalmente, a forma de estoques de bens acabados ou de trabalho em processo. Qualquer que seja a sua forma, é a propriedade privada do capital nas mãos de uma classe, a classe dos capitalistas, com a exclusão do restante da população, que constitui a característica básica do capitalismo como modo de produção (DESAI, 2001, p. 53).

**CAPS (Centro de Atenção Psicossocial)** - Serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) abertos destinados a prestar atenção diária a pessoas com transtornos mentais. Os CAPS oferecem atendimento à população, realizam o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Os CAPS também atendem aos usuários em seus momentos de crise. O CAPS apoia usuários e famílias na busca de independência e responsabilidade para com seu tratamento. Os projetos desses serviços, muitas vezes, ultrapassam a própria estrutura física, em busca da rede de suporte social, potencializadora de suas ações, preocupando-se com a pessoa, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana. Dispõe de equipe multiprofissional composta por médico/psiquiatra, psicólogos, dentre outros.

**Carga** – Carga dos autos é a retirada dos mesmos, do cartório ou da secretaria, pelos advogados das partes ou pelo perito, por determinado prazo, para estudo. Retiram-se em carga ou devolvem-se os autos (e não o “processo”). A carga dos autos é permitida ao perito durante os trabalhos periciais. Aos assistentes técnicos das partes é vedada a qualquer momento, devendo consulta-los no balcão do cartório. Habitualmente o advogado da parte solicita cópias dos documentos que interessam ao seu assistente

técnico. Quando há um prazo comum para ambas as partes, como ocorre para manifestação sobre o laudo pericial, é vedada a carga dos autos pelas partes (BRANDIMILLER, 1996, p. 73).

**Cargas de Trabalho** - Análise do processo de trabalho ao se identificar os elementos que interagem com o corpo do trabalhador e que geram neste, processos de adaptação que se traduzem em desgaste. É, portanto, a mediação entre o trabalho e o desgaste do trabalhador, o movimento dinâmico dos elementos e riscos numa dinâmica global de processo de trabalho. As cargas de trabalho de um mesmo grupo podem se potencializar entre si de tal modo que não somente se somam como também incrementam seu efeito sobre os processos biopsíquicos humanos.

**Cargas Psíquicas** - As cargas psíquicas têm o mesmo caráter que as fisiológicas à medida que adquirem materialidade através da corporeidade humana. São socialmente produzidas e não podem ser compreendidas como ‘riscos’ isolados, ou abstratos, à margem das condições que geram. Pensadas sobretudo em função de suas manifestações somáticas e não tanto psicodinâmicas, podem provisoriamente ser agrupadas em dois grandes grupos, quais sejam: (1) que abrange tudo aquilo que provoca uma sobrecarga psíquica, ou seja, situações de tensão prolongada (Ex.: atenção permanente, supervisão com pressão, consciência da periculosidade do trabalho, os altos ritmos, as metas inatingíveis e etc.) e; (2) que se refere à subcarga psíquica, ou seja, à impossibilidade de desenvolver e fazer uso da capacidade psíquica (Ex.: perda do controle sobre o trabalho ao estar o trabalhador subordinado ao movimento de uma máquina/tecnologia; a desqualificação do trabalho, resultado da separação entre sua concepção e execução; a parcelização do trabalho, que redundam em monotonia e repetitividade e etc.). Laurell & Noriega (1989, p. 112) nos chamam à atenção que as cargas psíquicas não têm existência senão como relação entre os homens e dos homens com as coisas, e que somente adquirem materialidade nos processos psíquicos e corporais deles. Nesse sentido, dizem os autores que, a monotonia, a repetitividade e a desqualificação são por exemplo a hipertrofia do pensamento e da criatividade, que ademais se expressa em mudanças nos corticosteroides; da mesma forma como a supervisão crítica ou despótica, as metas irreais ou a consciência da periculosidade do trabalho são tensão nervosa prolongada sintetizada na reação aguda ou crônica ao estresse, à depressão e à fadiga nervosa.

**CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho)** – Notificação obrigatória efetuada, junto ao INSS, com o objetivo de registrar os acidentes de trabalho e as doenças

relacionadas ao trabalho daqueles sob regime celetista (CLT), havendo ou não afastamento do trabalho.

**Causa** - O conceito de causa, na versão uni ou multicausal, necessita da identificação de eventos independentes relacionados através de uma ligação unidirecional, necessária, específica e capaz de gerar o desfecho de interesse. Tais características são raramente observadas nos processos biológicos e sociais. A busca por mecanismos de causalidade, assemelhados aos fisiopatológicos e tendo como causa um fator social está fadado ao fracasso, uma vez que os aspectos da vida social não podem ser dissociados sob pena de perderem sua significação, e de não fazerem sentido quando isolados do contexto da sua produção (BARATA, 2005, p. 14).

**CERESTs (Centros de Referência em Saúde do Trabalhador)** – Tem por finalidade a promoção, a proteção e o atendimento à saúde dos trabalhadores. Incluem centros, programas, núcleos e serviços no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

**CES (Comité Social et Économique)** - Órgão representativo que funde as missões anteriormente atribuídas aos representantes do Comitê de Saúde, Segurança e Condições de Trabalho (CHSCT) e ao conselho de empresa. Inclui o empregador ou seu representante (possivelmente assistido por 2 funcionários) e um representante sindical de cada organização representativa dos trabalhadores presentes na empresa. O comitê possui tanto membros suplentes quanto titulares e também pode ser complementado por outros membros durante as sessões sobre saúde, segurança e condições de trabalho.

**CFM (Conselho Federal de Medicina)** – Autarquia federal que objetiva regular, disciplinar e fiscalizar o exercício da medicina no Brasil e a ética médica.

**CHSCT (Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail)** – Semelhante às Comissões Internas de Prevenção de Acidentes (CIPAs) brasileiras, o Comitê de Saúde, Segurança e Condições de Trabalho (CHSCT) foi, na França, uma instituição representativa tanto dos trabalhadores quanto dos patrões. Foi substituído pelo Comitê Social e Econômico (CES) em 23 de setembro de 2017.

**CID-10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª revisão)** – Publicação desenvolvida pela OMS, com o fim de obter informações estatísticas sobre doenças e causas de óbitos, principalmente para atender às necessidades dos serviços de Saúde Pública, visando ainda à unificação da nomenclatura médica.

**ICF (Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Doença)** – Nos textos originais, a *ICF – International Classification of Functioning, Disability and*

*Health*, é uma das classificações de referência da OMS, envolvendo domínios de saúde, organizados a partir de um modelo biopsicossocial, interativo e dinâmico que permite compreender a funcionalidade/incapacidade (biológica, individual ou social) não só a partir da doença ou da condição de saúde, mas também a partir do ambiente (físico, social e de atitudes) em que cada indivíduo se insere (MARCELINO & DI NUBILA, 2013, p. 320).

**Classe Dominante (ou Burguesia)** – Classe economicamente dominante no mundo social do capital que, em virtude de sua posição econômica, domina e controla todos os aspectos da vida social. Esta classe, que dispõe dos meios da produção material tem controle sobre os meios da produção intelectual e, para manter e reproduzir o modo de produção e as formas de sociedade existentes, deve necessariamente exercer o poder de Estado, isto é, dominar politicamente.

**Classe Social** – De acordo com Lenin (1974, p. 479 apud Antunes, Silva e Freitas, 2018, p. 268), são grandes grupos de pessoas que se diferenciam umas das outras pelo lugar que ocupam em um sistema de produção social historicamente determinado, por sua relação (na maioria dos casos fixada e formulada na lei) com os meios de produção, por seu papel na organização social do trabalho e, conseqüentemente, pela magnitude da parte da riqueza social de que dispõem e o modo como a obtêm. Ou seja, são grupos de pessoas, um dos quais pode apropriar-se do trabalho do outro em virtude dos diferentes lugares que ocupam em um sistema de economia social determinado.

**Classe Trabalhadora** – Classe revolucionária por natureza dos modernos trabalhadores assalariados que, não possuindo meios próprios de produção, dependem da venda de sua força de trabalho para sobreviver. *“Os trabalhadores percorrem diversas etapas em seu desenvolvimento. Sua luta contra a burguesia começa com sua própria existência”* (MARX & ENGELS, 2008, p. 21).

**Classificação de Ivar Oddone** - no livro “Ambiente de trabalho: a luta dos trabalhadores pela saúde”, o médico e psicólogo italiano Ivar Oddone (1923-2011) e seus colaboradores do Movimento Operário Italiano – MOI propuseram uma forma de classificar o adoecimento relacionado ao trabalho, que, entre outras virtudes, tem a de seu pragmatismo operacional. Partem de quatro grupos de “causas da nocividade ambiental” e chegam a três grupos de “efeitos sobre a saúde”: (1) o primeiro grupo de fatores nocivos compreende os fatores presentes também no ambiente em que a pessoa vive fora do trabalho: luz, barulho, temperatura, ventilação e umidade. Segundo a classificação utilizada no livro destes autores, este grupo de fatores pode produzir, como efeitos

nocivos, acidentes e doenças inespecíficas; (2) o segundo grupo compreende os fatores característicos do ambiente de trabalho: poeiras, gases, vapores e fumos, como, por exemplo: poeira de sílica, de amianto, vapores de benzeno, gás de sulfeto de carbono etc., os quais podem produzir doenças inespecíficas e doenças profissionais; (3) o terceiro grupo de fatores nocivos está relacionado com o trabalho físico e pode produzir acidentes, doenças inespecíficas e doenças profissionais; (4) quarto grupo de fatores nocivos compreende cada condição de trabalho, além do trabalho físico, capaz de provocar estresse, por exemplo: monotonia, ritmos excessivos, ocupação do tempo, repetitividade, ansiedade, responsabilidade, posições incômodas etc. Acidentes e doenças inespecíficas são causados por estes fatores nocivos. Os três grupos de efeitos são assim explicados pelo prof. Oddone e seus colaboradores: “*Por acidente entendemos o acidente em si, ou a disponibilidade do operário para sofrer danos pela concomitância de diversos fatores nocivos. Por doença inespecífica entendemos um conjunto de doenças físicas e psíquicas não diretamente associável a uma causa determinada, mas atribuíveis, ao menos em parte, a um ou mais fatores do ambiente de trabalho. Estas compreendem um grupo heterogêneo que vai do cansaço e da insônia persistente, aos distúrbios digestivos, à úlcera gastroduodenal, às colites, às neuroses, às artroses e à asma brônquica, para talvez chegar até a hipertensão e a outras doenças, sempre mais frequentes nas sociedades industriais, das quais não se conhece a origem. Por doença específica ou profissional entende-se uma doença definida, cuja causa é diretamente identificável num dos fatores do ambiente de trabalho. Tomamos como exemplos a silicose, o benzolismo e o saturnismo*” (ODDONE, MARRI, BRIANTE, 1986, p. 17). Mendes (2018, p. 272-273) aponta que as explicações são claras e interessantes, muito embora as fronteiras limítrofes sejam de difícil caracterização formal, especialmente em contextos litigiosos, como nos estudados por nós, a Previdência Social e a Justiça do Trabalho.

**Classificação de Ramazzini** - Da classificação empírica construída por Bernardino Ramazzini, há mais de 300 anos, Mendes (2018, p. 273-274) pinça os critérios para uma primeira sistematização do adoecimento relacionado ao trabalho: (1) em um primeiro grupo estão aquelas doenças diretamente causadas pela “nocividade da matéria manipulada”, de natureza relativamente específica, e que vieram a dar origem às “doenças profissionais”, também conhecidas como “tecnopatias”; (2) já no segundo grupo estão situadas as doenças produzidas pelas condições de trabalho: “posições forçadas e inadequadas”, “operários que passam o dia de pé, sentados, inclinados, encurvados etc.”. São as que mais tarde foram denominadas “doenças causadas pelas condições especiais

em que o trabalho é realizado”, doenças também conhecidas como “mesopatias”. O autor atenta que tal esquematização básica adotada por Ramazzini, de certa forma, permanece na legislação previdenciária (acidentária) brasileira, sobretudo quando ela divide a doença profissional (“peculiar a determinada atividade”), da doença do trabalho “assim entendida a adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relacione diretamente...”. (Artigo 20 da Lei nº 8.213/91).

**Classificação de Schilling** – Preocupado com a sistematização dos métodos de identificação para se detectar efeitos a longo prazo das doenças e suas causas, o médico inglês Richard Schilling (1911-1997) desenvolveu uma classificação que consiste em relacionar trabalhos específicos com exposições aos riscos, de modo a compreender a incidência e a gravidade dos adoecimentos como produto de causas interativas e exposições ambientais. O Ministério da Saúde (2001) vem utilizando a Classificação de Schilling para traçar o perfil de adoecimento e morte dos trabalhadores configurando o nexo causal entre doença-trabalho. Entre os agravos específicos estão incluídas as doenças profissionais, para as quais se considera que o trabalho ou as condições em que ele é realizado constituem causa direta. A relação causal ou nexo causal é direta e imediata. A eliminação do agente causal, por medidas de controle ou substituição, pode assegurar a prevenção, ou seja, a eliminação ou erradicação. Esse grupo de agravos, chamado de Schilling I, tem, também, uma conceituação legal no âmbito do Seguro Acidente de Trabalho (SAT) da Previdência Social e sua ocorrência deve ser notificada segundo regulamentação na esfera da Saúde, Previdência Social e do Trabalho. Os outros dois grupos, Schilling II e III, são formados por doenças consideradas de etiologia múltipla, ou causadas por múltiplos fatores de risco. Nessas doenças comuns, o trabalho poderia ser entendido como um fator de risco, ou seja, um atributo ou uma exposição que estão associados com uma probabilidade aumentada de ocorrência de uma doença, não necessariamente um fator causal. Portanto, a caracterização etiológica ou nexo causal será essencialmente de natureza epidemiológica, seja pela ampliação quantitativa ou qualitativa do espectro de determinantes causais, que podem ser melhor conhecidos a partir do estudo dos ambientes e das condições de trabalho. A eliminação desses fatores de risco reduz a incidência ou modifica o curso evolutivo da doença ou agravo à saúde.

**CLT (Consolidação das Leis do Trabalho)** - Estatui as normas que regulam as relações individuais e coletivas de trabalho, nelas previstas; aprovada pelo Decreto-Lei n. 5.452/1943 de 1º de maio de 1943.

**CNAE (Classificação Nacional de Atividades Econômicas)** – Elaborada sob coordenação da Secretaria da Receita Federal e orientação técnica do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), aprovada e divulgada pela Comissão Nacional de Classificação (CONCLA), a CNAE objetiva registrar, catalogar e classificar pesquisas estatísticas nacionais no contexto de globalização da economia, mantendo a compatibilidade com a Classificação Internacional da ONU (NR 4, da Portaria Mtb n. 3.214/1978, de 6 de julho de 1978).

**CNAMTS (*Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés*)** – Em tradução livre e literal, o Fundo Nacional de Seguro de Saúde para Trabalhadores Assalariados, é organizado em 2 agências gerenciadas separadamente: (a) “Divisão Doença” (*la branche maladie*) para casos de doença, maternidade, deficiência, morte e; (b) “Divisão de acidentes de trabalho e doenças profissionais” (*la branche accidents du travail et maladies professionnelles*). O CNAMTS possui uma estrutura administrativa organizada a nível regional ou local: (a) os fundos de pensões e seguros de saúde profissional (*les Caisses d'Assurance Retraite et de la Santé Au Travail - CARSAT*) que intervêm em matéria de aposentadoria, prevenção e tarificação de acidentes de trabalho, doenças profissionais e ações sociais e; (b) os fundos de seguro primário de saúde (*les Caisses Primaires d'Assurance Maladies - CPAM*) que garantem o registro de segurados e serviços de benefícios. Eles desempenham um papel de prevenção e educação em saúde (centros de exames de saúde e ações de triagem específicas) (GRANDGUILLOT, 2017, p. 22).

**CNCEJ (*Conseil Nationale des Compagnies d'Experts Judiciaires*)** – O Conselho Nacional de Companhias de Peritos Judiciais francês foi criado em 1931, com vistas a reagrupar as Companhias constituídas por peritos inscritos nas listas das Jurisdições Judiciárias ou Administrativas. O Conselho busca estudar todas as questões concernentes a perícias judiciais com vista a alcançar uma unidade de doutrina bem como, técnicas em que tal seja possível uma unificação de métodos e procedimentos periciais. Também estabelece regras de deontologia aplicáveis aos peritos, inspecionando o cumprimento das mesmas, e buscar solucionar, por conciliação, as controvérsias que possam surgir entre as próprias Companhias ou entre membros de Companhias diferentes (os conflitos entre membros de uma mesma Companhia são de responsabilidade da própria), assim como centraliza as sugestões e reclamações das Companhias, para defender seus interesses morais e materiais e de as representar em todas as circunstâncias e instâncias administrativas e jurídicas ou entre autoridades públicas e organismos internacionais

cujos objetivos sejam o desenvolvimento, a pesquisa e a defesa dos peritos. Fazem parte do *Conseil...* as seguintes Companhias: (a) *La Compagnie des experts agréés par la Cour de Cassation*; (b) *La Compagnie des experts près la Cour administrative d'appel de Bordeaux* (recebe o cadastro dos peritos autorizados pelo Tribunal administrativo de apelação de Bordeaux); (c) *La Compagnie des experts près la Cour administrative d'appel de Douai* (recebe o cadastro dos peritos autorizados pelo Tribunal administrativo de apelação de Douai); (d) *La Compagnie des experts près la Cour administrative d'appel de Lyon* (recebe o cadastro dos peritos autorizados pelo Tribunal administrativo de apelação de Lyon); (e) *La Compagnie des experts près la Cour administrative d'appel de Marseille* (recebe o cadastro dos peritos autorizados pelo Tribunal administrativo de apelação de Marseille); (f) *La Compagnie des experts près les Cours administratives d'appel de Paris et de Versailles* (recebe o cadastro dos peritos autorizados pelo Tribunal administrativo de apelação de Bordeaux); (g) *Les Compagnies pluridisciplinaires* (as Companhias Multidisciplinares agrupam os peritos registrados na Corte de apelação de sua jurisdição); (h) As Associações de Companhias, tais como a *Union des Compagnies d'experts près la Cour d'appel d'Aix en Provence (UCECAAP)* e a *Union des Compagnies d'experts près la Cour d'appel de Paris (UCECAP)* e; (i) *Les Compagnies nationales* (que agrupam os peritos, de uma mesma especialidade, previamente inscritos em uma Companhia Multidisciplinar).

**CNDSS (Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde)** - Em março de 2005, a Organização Mundial da Saúde (OMS) criou a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (*Commission on Social Determinants of Health, CSDH*), com o objetivo de promover, em âmbito internacional, uma tomada de consciência sobre a importância dos determinantes sociais na situação de saúde de indivíduos e populações e sobre a necessidade do combate às iniquidades em saúde por eles geradas. Um ano depois, em 13 março de 2006, através de Decreto Presidencial, foi criada no Brasil a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) com um mandato de dois anos. A criação da CNDSS se inscreveu nesse processo de desenvolvimento da reforma sanitária. Contando com 16 integrantes, sua constituição diversificada é uma expressão do reconhecimento de que a saúde é um bem público construído com a participação solidária de todos os setores da sociedade brasileira. Os objetivos da CNDSS, estabelecidos no Decreto Presidencial que a criou, podem ser assim resumidos: (a) gerar informações e conhecimentos sobre os determinantes sociais da saúde no Brasil; (b) contribuir para a

formulação de políticas que promovam a equidade em saúde; (c) mobilizar diferentes instâncias do governo e da sociedade civil sobre este tema.

**CNIS (Cadastro Nacional de Informações Sociais)** - Base de dados onde estão registradas informações sobre os trabalhadores, como vínculos empregatícios e remunerações, para garantia de seus direitos previdenciários.

**CNJ (Conselho Nacional de Justiça)** – Instituição pública que visa a aperfeiçoar o trabalho do sistema judiciário brasileiro, principalmente no que diz respeito ao controle e à transparência administrativa e processual. De acordo com a Constituição Federal de 1988, compete ao CNJ zelar pela autonomia do Poder Judiciário e pelo cumprimento do Estatuto da Magistratura, definir os planos, metas e programas de avaliação institucional do Poder Judiciário, receber reclamações, petições eletrônicas e representações contra membros ou órgãos do Judiciário, julgar processos disciplinares e melhorar práticas e celeridade, publicando semestralmente relatórios estatísticos referentes à atividade jurisdicional em todo o país.

**CNPS (Conselho Nacional de Previdência Social)** - Órgão superior de deliberação colegiada, tem como principal objetivo estabelecer o caráter democrático e descentralizado da administração, em cumprimento ao disposto no art. 194 da Constituição, com a redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, que preconiza uma gestão quadripartite, com a participação do Governo, dos trabalhadores em atividade, dos empregadores e dos aposentados. Criado pela Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, o Conselho de Previdência, ao longo do tempo vem aperfeiçoando sua atuação no acompanhamento e na avaliação dos planos e programas que são realizados pela administração, na busca de melhor desempenho dos serviços prestados à clientela previdenciária.

**Competência** – É a atribuição conferida a cada ramo ou instância do poder judiciário para apreciar os diferentes tipos de ações. Há uma jurisdição competente para processar e julgar cada tipo diferente de ação analisada (BRANDIMILLER, 1996, p. 72).

**Comunismo** – Marx refere-se a comunismo em dois sentidos diferentes mas relacionados: como um movimento político da classe operária atuante na sociedade capitalista e como uma forma de sociedade de “produtores associados” que a classe trabalhadora criaria através de sua luta para que a liberdade na esfera econômica consistisse no fato de a humanidade socializada, regular seu intercâmbio com a natureza racionalmente, trazendo-a sob seu controle comum, ao invés de serem por ela governados como por algum poder cego.

**Concausa (concausalidade)** – Entendida como a associação de fatores laborais e extralaborais que atuam em conjunto na gênese ou agravamento de uma lesão ou patologia. Segundo o Inciso I do artigo 21 da Lei nº 8.213/91 – Planos de Benefícios da Previdência Social, deverá ser equiparado como um acidente de trabalho aquele que, embora não tenha sido a causa única, mas que tenha contribuído diretamente para a morte do segurado, para redução ou perda da sua capacidade para o trabalho, ou produzido lesão que exija atenção médica para a sua recuperação. Pode ocorrer por fatos preexistentes, supervenientes ou concomitantes/simultâneos àqueles que desencadearam o implemento do nexo de causalidade. Ex: *“Se o trabalhador sofre ferimento leve e, não obstante vem a morrer porque era diabético, tem-se que a concausa é preexistente. Se o trabalhador recebe ferimento leve e vem a morrer em virtude do tétano, trata-se de concausa superveniente. Se o trabalhador, acometido de mal súbito, cai de um andaime, morrendo em consequência, configura-se a concausa simultânea”* (MARTINS, 2002, p. 424).

**Condição de saúde (distúrbios ou doença)** – Termo genérico para doenças (agudas ou crônicas), distúrbios, lesões ou traumatismos. Pode incluir também outras circunstâncias, como gravidez, envelhecimento, estresse, anomalia congênita, ou predisposição genética. A condição de saúde é codificada pela Classificação Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde (CID-10).

**Conseil de prud’hommes** - Na França, os tribunais trabalhistas foram criados no início do século XIX e dispõem-se de forma que os juízes não são togados, são eleitos por seus pares, com um número par de juízes. Metade de seus membros representam os empregadores, e metade representam os empregados. O *Conseil de prud’hommes* constitui-se num tribunal de primeira instância de litígios nascidos da execução ou da ruptura do contrato de trabalho entre empregadores e empregados regidos pelo direito privado, como as rescisões contratuais e as rescisões por tempo indeterminado. Os funcionários públicos franceses que também são regidos pelas regras do direito privado também dependem deste chamado “conselho dos sábios”. Nele, o litígio é examinado pelos conselheiros na instância em que se executa o contrato de trabalho (salvo exceções exaustivamente tratadas pela lei francesa através de jurisprudências) ou na jurisdição que abarque a residência do trabalhador. Então, os conselhos podem ser instituídos em cada município, com subseções em indústria, comércio, agricultura, além de outras, determinadas pela atividade principal do empregador. São renovados a cada três anos na sua metade e os conselheiros devem ter a idade mínima de 25 anos, ser alfabetizado e ter

seis anos no exercício da profissão. Como a finalidade do Conselho é julgar dissídios individuais que tiverem por causa a interpretação ou o cumprimento do contrato de trabalho, contudo, o mesmo não possui poderes para executar seus julgados. Nos dissídios coletivos, no entanto, as competências para julgá-los são de processos de conciliação e arbitragem. A conciliação deve ser tentada obrigatoriamente, porém a arbitragem é facultativa e feita por um terceiro que é livremente indicado pelas partes. A conciliação é feita em comissão paritária ou perante autoridade pública, o inspetor de divisão do trabalho, em nível regional, ou o ministro, em nível nacional. Da sentença arbitral, cabe recurso ao Conselho Superior de Arbitragem, composta de cinco magistrados administrativos e quatro magistrados judiciais. A maior crítica que é feita ao sistema francês são a eventual ignorância jurídica dos conselheiros e a parcialidade de seus julgados.

**Constituição Federal** - Aprovada pela Assembleia Nacional Constituinte em 22 de setembro de 1988 e promulgada em 5 de outubro de 1988, a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 é a lei fundamental e suprema do Brasil, servindo de parâmetro de validade a todas as demais espécies normativas, situando-se no topo do ordenamento jurídico. Pode ser considerada a sétima ou a oitava constituição do Brasil e a sexta ou sétima constituição brasileira em um século de República. Ficou conhecida como "Constituição Cidadã", por ter sido concebida no processo de redemocratização, iniciado com o encerramento da ditadura militar no Brasil (1964–1985). Até outubro de 2017, à Carta Magna foram acrescentadas 104 emendas, sendo 97 emendas constitucionais ordinárias, 6 emendas constitucionais de revisão e 1 tratado internacional aprovado de forma equivalente.

**Contradição** - A contradição crucial das sociedades capitalistas é aquela salientada por Marx, ou seja, a contradição entre o desenvolvimento das forças produtivas e as relações sociais de produção capitalistas. É a contradição objetiva entre a capacidade de o modo de produção capitalista produzir riqueza – não apenas riqueza abstrata, forma espúria da riqueza social apropriada pelo capital, mas também riqueza humano-genérica – e a incapacidade da sociedade capitalista em realizá-las efetivamente. É a vigência da dinâmica promessa-e-frustração que caracteriza o movimento sociometabólico da ordem burguesa. Tal conceito também se expressa no entendimento de que o homem da sociabilidade do mundo burguês é eivado de contradições em todos seus aspectos.

**Convenção Coletiva de Trabalho** – De acordo com Oliveira (2018, p. 310-311), o conceito de Convenção Coletiva de Trabalho foi indicado expressamente pelo legislador,

como consta do art. 611 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT): “*Art. 611 - Convenção Coletiva de Trabalho é o acordo de caráter normativo, pelo qual dois ou mais Sindicatos representativos de categorias econômicas e profissionais estipulam condições de trabalho aplicáveis, no âmbito das respectivas representações, às relações individuais de trabalho*”. Diferentemente do contrato individual do trabalho, a Convenção Coletiva é um ajuste celebrado entre entidades sindicais, representantes dos empregados e dos empregadores, para criar novas condições de trabalho que serão aplicadas para as categorias que participaram da negociação.

**COPES (Cobertura Previdenciária Estimada)** – ver “Alta Programada”

**Corpo-Mente** – Considerando a unicidade corpo-mente, que torna saúde geral e mental indissociáveis, podemos dizer que o campo da Saúde Mental Relacionada ao Trabalho (SMRT) por exemplo, é a inter-relação entre o trabalho e os processos saúde-doença cuja dinâmica se inscreve mais marcadamente nos fenômenos mentais, mesmo quando sua natureza seja eminentemente social. Os transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho resultam, assim, não de fatores isolados, mas de contextos de trabalho em interação com o corpo e aparato psíquico dos trabalhadores. As ações implicadas no ato de trabalhar podem atingir o corpo dos trabalhadores, produzindo disfunções e lesões biológicas, mas também reações psíquicas às situações de trabalho patogênicas, além de poderem desencadear processos psicopatológicos especificamente relacionados às condições do trabalho desempenhado pelo trabalhador.

***Cour de Cassation*** – A Corte de Cassação, ou Tribunal de Cassação, ou simplesmente, Suprema Corte, é o mais alto tribunal do poder judiciário francês. Situada no Palácio de Justiça de Paris, a tarefa deste Supremo Tribunal é controlar a aplicação exata da lei por meio dos tribunais e tribunais/cortes de recurso/apelação, garantindo assim uma interpretação uniforme da lei.

**CPC (Código de Processo Civil)** – O CPC, Lei n. 13.105, de 16 de março de 2015 é a lei que regulamenta o processo judicial civil no Brasil, estando em vigor desde o dia 18 de março de 2016. Primeiro Código de Processo Civil brasileiro publicado em regime democrático, e o primeiro código brasileiro cuja tramitação legislativa se deu totalmente em regime democrático. Contém todas as normas estritamente relacionadas aos processos judiciais de natureza civil, ou seja, aqueles fora dos âmbitos penal, tributário, trabalhista e eleitoral, entre outros. Disciplina os prazos e recursos cabíveis e a forma como os juízes, as partes e terceiros interessados devem atuar no curso de uma demanda de natureza estritamente cível. O art. 769 da CLT determina e ao mesmo tempo delimita a aplicação

subsidiária do CPC no trâmite das demandas submetidas à Justiça Especializada do Trabalho. Esse artigo estabelece que a aplicação da lei processual civil no direito do trabalho está condicionada a dois requisitos: (1) a CLT deve ser omissa quanto àquele procedimento; (2) o conteúdo da norma subsidiária não pode ferir os princípios que regem o direito do trabalho.

**CPS (Conselhos de Previdência Social)** - Em 2003, por força do Decreto nº 4.874, de 11 de novembro, foram criados os Conselhos de Previdência Social – CPS, unidades descentralizadas do Conselho Nacional de Previdência Social – CNPS. São canais de diálogo social que funcionam no âmbito das Gerências Executivas do Instituto Nacional do Seguro Social – INSS. Têm por objetivo, assim como o CNPS, apresentar propostas para melhorar a gestão e a política previdenciárias. São instâncias colegiadas e têm caráter consultivo e de assessoramento, podendo encaminhar propostas para serem deliberadas no âmbito do CNPS. Os conselhos buscam ampliar o diálogo entre a gerência-executiva do INSS e a sociedade, permitindo que as necessidades específicas de cada localidade no que diz respeito ao debate de políticas públicas e de legislação previdenciárias sejam atendidas de modo mais eficiente. Os CPS são compostos por 10 conselheiros, sendo 2 representantes dos trabalhadores, 2 dos empregadores, 2 dos aposentados e pensionistas e 4 do Governo, os quais se reúnem ao menos uma vez por bimestre. Cada representante tem como principal atribuição identificar características da Previdência que possam ser aperfeiçoadas; fazer propostas para melhorar a gestão do sistema previdenciário; facilitar o desenvolvimento e solidificação da gestão democrática e próxima dos cidadãos, além de exercer o controle social sobre a administração pública.

**CRAS (Centro de Referência em Assistência Social)** – Sistema governamental responsável pela organização e oferta de serviços da Proteção Social Básica nas áreas de vulnerabilidade e risco social. Por meio do CRAS, as famílias em situação de extrema pobreza passam a ter acesso a serviços como cadastramento e acompanhamento em programas de transferência de renda. O Brasil conta, atualmente, com 7.669 unidades distribuídas pelo território nacional. Além de ofertar serviços e ações de proteção básica, o CRAS possui a função de gestão territorial da rede de assistência social básica, promovendo a organização e a articulação das unidades a ele referenciadas e o gerenciamento dos processos nele envolvidos.

**Crítérios de Inclusão e Exclusão** - São aqueles que possibilitam o estabelecimento do perfil do sujeito participante de uma pesquisa. Sem tais critérios não se tem clareza de quem será o sujeito da pesquisa. Os critérios de inclusão são as condições que fazem com

que tal indivíduo seja sujeito participante de uma pesquisa. Os critérios de exclusão, por sua vez, são aquelas condições que retiraria o sujeito da pesquisa uma vez que este preenchesse os critérios de inclusão. Assim, os critérios de exclusão não podem ser uma negativa dos critérios de inclusão, o que levaria a uma contradição, pois se eu incluo o indivíduo por uma razão X, não será esta a mesma a excluí-lo.

**CRPS (Conselho de Recursos da Previdência Social)** - Órgão colegiado, integrante da estrutura do Ministério da Previdência Social, que funciona como um tribunal administrativo e tem por função básica mediar os litígios entre segurados e o INSS, conforme dispuser a legislação, e a Previdência Social. O CRPS é formado por 4 (quatro) Câmaras de Julgamento (CaJ), localizadas em Brasília-DF, que julgam em segunda e última instância matéria de Benefício, e por 29 (vinte e nove) Juntas de Recursos (JR) nos diversos estados que julgam matéria de benefício em primeira instância. O CRPS deve ser presidido por representante do governo, com conhecimento da legislação previdenciária, nomeado pelo Ministro de Estado da Previdência Social.

**CRRMP (Comité Regional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles)** – O Comitê Regional para o Reconhecimento das Doenças Profissionais (CRRMP), foi criado em 1993 na França para permitir que pessoas seguradas pelo sistema de Seguridade Social do país cuja doença não figure nas Tabelas das Doenças Relacionadas ao Trabalho (*Tableaux des Maladies Professionnelles*), ou não atinjam todos os critérios para serem inclusas nos parâmetros das referidas tabelas, tenham possivelmente reconhecida a natureza profissional de sua patologia. O CRRMP é submetido à uma *Caisse Primaire d'Assurance Maladie* (CPAM), uma espécie de Fundo de Seguro de Saúde Primário, e deve se pronunciar sobre o vínculo entre a patologia apresentada pela vítima e sua atividade profissional. Um CRRMP é composto por 3 membros (de acordo com o artigo D 461-27 do Código da Seguridade Social): (1) o(a) médico(a)-conselheiro(a) regional mencionado(a) no artigo R. 315-3 ou um/uma médico(a)-conselheiro(a) de nível regional que ele/ela designa para representa-lo(la); (2) o(a) médico(a) inspetor(a) regional do trabalho mencionado(a) no artigo L. 8123-1 do Código do Trabalho ou o(a) médico(a) inspetor(a) que ele/ela designa para representa-lo(la). Não necessariamente precisa ser o(a) médico(a) inspetor(a) da região onde se situa o CRRMP e; (3) Um(a) professor(a) universitário(a) de hospitais universitários ou um/uma profissional do ramo hospitalar particularmente qualificado(a) em matéria de patologias do trabalho, bem como seus/suas suplentes, que são nomeados(as) por quatro anos pelo(a) prefeito(a) regional sob proposição do diretor-geral da agência regional de saúde (*l'Agence Régionale de Santé* –

ARS). Somente médicos(as) com um desses títulos e atividades podem ser membros do CRRMP. Se um dos membros examinou o trabalhador em consulta particular por exemplo, ele é obrigado a recusar-se a compor o comitê. Na sessão, o comitê é composto por três membros com voz deliberativa, representando cada uma das categorias citadas. Somente esses três membros participam da discussão e escrevem a relatório.

**CTPS (Carteira de Trabalho e Previdência Social)** - Documento obrigatório para toda pessoa que venha a prestar algum tipo de serviço, seja na indústria, no comércio, na agricultura, na pecuária ou mesmo de natureza doméstica.

**Dano** – Noronha (2003, p. 555-559) descreve o dano como caracterizado simplesmente como sendo o prejuízo resultante de uma lesão antijurídica de bem alheio. Numa noção mais esclarecedora, poderá dizer-se que é o prejuízo, econômico ou não econômico, de natureza individual ou coletiva, resultante de ato ou fato antijurídico que viole qualquer valor inerente à pessoa humana, ou atinja coisa do mundo externo que seja juridicamente tutelada. Interessa-nos nesse texto os danos pessoais, ou referentes à pessoa, quando são afetados valores ligados à própria pessoa do lesado, nos aspectos físicos, psíquico e moral, mesmo quando não seja caracterizável um direito de personalidade. É corporal e físico, o dano que se traduz em lesões à integridade corporal, a componentes materiais da estrutura humana, como o corpo, os órgãos, os membros e a imagem corpórea. Exemplos deste dano seriam a morte, a incapacidade total ou parcial, a doença resultante de acidente. É psíquico o dano que ofende a integridade psíquica, isto é, os atributos do intelecto e do sentimento que constituem os elementos intrínsecos, ou íntimos, da personalidade. Exemplos deste dano seriam as ofensas à liberdade, à intimidade, ao sigilo e à incolumidade da mente (também chamada de integridade psíquica). E é moral o dano que atenta contra o conceito que a coletividade tem da pessoa, isto é, que viola elementos valorativos (ou virtudes) da pessoa, como ser social. Exemplos deste dano seriam as ofensas à identidade, à honra e às criações intelectuais.

**Dano Existencial** – Para Frota (2018, p. 338-339), constitui espécie de dano imaterial ou não material que acarreta à vítima, de modo parcial ou total, a impossibilidade de executar, dar prosseguimento ou reconstruir o seu *projeto de vida* (na dimensão familiar, afetivo-sexual, intelectual, artística, científica, desportiva, educacional ou profissional, entre outras) e a dificuldade de retomar sua vida de relação (de âmbito público ou privado, sobretudo na seara da convivência familiar, profissional ou social). É, portanto, concebido como lesão que atinge negativamente interesses sem natureza e expressão econômica

imediate. Através dele, o trabalhador se vê privado do direito fundamental e constitucional de livre dispor de seu tempo ou de se autodeterminar.

**Dano Individual e Coletivo** – De acordo com Noronha (2003, p. 572), *danos individuais* são aqueles que afetam pessoas certas e determinadas, na sua integridade (física, psíquica e moral) ou nas coisas que compõem o seu patrimônio. *Danos coletivos*, ou *transindividuais* (também designados de *supra-individuais*, ou *metaindividuais*), são aqueles que atingem bens de interesse da generalidade das pessoas que integram uma comunidade.

**Dano Moral** – De acordo com Frota (2011, p. 3), é identificado como um sentimento de uma profunda prostração do ânimo, um abatimento do espírito, aflição, angústia e desgosto causados à pessoa pelo ato ilícito; não acarreta uma repercussão econômica ao patrimônio econômico da pessoa, mas é passível de indenização, como qualquer outro prejuízo, servindo o ressarcimento em dinheiro como um conforto, uma espécie de compensação para o ofendido, bem assim como um poderoso desestímulo à reincidência da prática do ato ilícito pelo ofensor.

**Dano Moral Coletivo** - corresponde à lesão aos interesses ou direitos de natureza transindividual, titularizados pela coletividade, considerada em seu todo ou em qualquer das suas expressões (grupos, classes e categorias de pessoas), em decorrência da violação inescusável do ordenamento jurídico.

**DATAPREV** (Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social) – Empresa pública vinculada ao Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário, instituída em 4 de novembro de 1974, originada dos centros de processamento de dados do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e do Instituto de Pensões e Aposentadorias dos Servidores do Estado (IPASE), tem, entre outras atribuições, a responsabilidade de informatizar os diversos órgãos previdenciários, processar benefícios e a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT).

**DATASUS (Departamento de Informática do SUS)** – Órgão do Ministério da Saúde, cujas responsabilidades são coletar, processar, disseminar informações sobre saúde e prover os órgãos do SUS de sistemas de informação e suporte de informática necessários ao processo de planejamento, operação e controle, por meio da manutenção de bases de dados nacionais, do apoio e da consultoria na implantação de sistemas e coordenação das atividades de informática inerentes ao seu funcionamento integrado.

**DCB (Data de Cessação do Benefício)** – Com vistas à chamada “alta programada”, o perito médico da Previdência Social, após o Exame Pericial Inicial (AX 1), se concedido

o benefício, define a Data da Cessação do Benefício, presumindo o tempo de recuperação do segurado de acordo com a enfermidade apresentada. De acordo com Manual Técnico de Perícia Médica (BRASIL, 2002) do INSS, este tempo não deve ser superior a 60 dias.

**DCI (Data de Comprovação da Incapacidade)** - Quando a probabilidade do restabelecimento não é grande, a perícia médica da Previdência Social estabelece uma data, chamada Data da Comprovação da Incapacidade (DCI), data esta na qual o segurado deverá retornar para nova avaliação. Em geral, tende a ser superior a 60 dias

**DPU (Defensoria Pública da União)** – Instituição essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe a orientação jurídica e a defesa dos necessitados, em todos os graus, perante o Poder Judiciário da União (a Justiça Federal, a Justiça Eleitoral, a Justiça do Trabalho e a Justiça Militar). Nos casos relativos ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), caso o segurado tenha o pedido de benefício negado, a DPU presta auxílio gratuito ao cidadão carente em casos como auxílio doença/acidente por exemplo. Em regra, a Defensoria Pública da União presta assistência jurídica integral e gratuita às pessoas com renda familiar bruta que não ultrapasse o valor total de R\$ 2.000,00, conforme Resolução CSDPU nº134/2017.

**Deficiências (*impairments*)** – Problemas nas funções ou nas estruturas do corpo, como um desvio significativo ou uma perda. Podem ser temporárias ou permanentes, progressivas, regressivas ou estáveis, intermitentes ou contínuas. O desvio em relação ao modelo baseado na população pode ser leve ou grave e pode flutuar ao longo do tempo.

**Desembargador Federal do Trabalho** - Magistrado que integra os Tribunais Regionais do Trabalho (TRTs) da respectiva região e julgam em 2ª instância a tramitação de um processo trabalhista advindos comumente das Varas do Trabalho.

**Desgaste** – A noção de desgaste relaciona-se às cargas de trabalho, que são elementos do processo laboral que interatuam dinamicamente entre si e com o corpo do trabalhador, gerando processos de adaptação que se traduzem em perda da capacidade corporal e psíquica, potencial e/ou efetiva. Como exemplos de cargas de trabalho, existem a atenção permanente, a supervisão com pressão, a consciência de periculosidade do trabalho, os ritmos extenuantes, a desqualificação e parcialização do trabalho. Como efeito, existe o desgaste caracterizado, ora por acidentes de trabalho com lesões corporais, ora tensão, a depressão e a ansiedade permanente e seus equivalentes somáticos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, p. 568).

**Desgaste Mental** – Nas intersecções entre processo de trabalho e processo saúde-doença, determinações de ordem sociopolítica e econômica passam a atuar. Nas situações de

trabalho dominado, a desvantagem que faz com que o corpo e os potenciais psíquicos do trabalhador sejam consumidos pelo processo de trabalho e por constrangimentos a ele vinculados se configura como *desgaste*. O modelo centrado no conceito de *desgaste mental* permite compreender as interações entre: a) os “fatores” ambientais e psicossociais objetivados pelos estudos do *work-stress*; b) o mundo subjetivo e a identidade permanentemente envolvidos nas transformações de seu micro e macrocontextos e nas elaborações de sentido vinculadas às transformações; c) as diferentes esferas da vida social onde se desenvolvem *relações de poder* – que, quando desvantajosas para a integridade e estabilidade mental do trabalhador, acarretarão o *desgaste* (SELIGMANN-SILVA, 2011, p. 137).

**Determinação Social** - O conceito de determinação é mais adequado para a compreensão de processos sociais complexos, pois não necessita do isolamento completo das variáveis nem da noção de independência entre elas. Tampouco está baseado na ideia de um vínculo necessário, genético e específico. Na perspectiva das diferentes variedades de determinação existentes no mundo material, os limites nem sempre são claros, não há vínculos unidirecionais, e a maioria das relações são contingentes, ou seja, não são nem necessárias nem suficientes em si mesmas. Outro desdobramento teórico relacionado com a forma de fragmentação da realidade tem a ver com o conceito de totalidade. A maioria dos enfoques da complexidade pressupõe a ideia de uma realidade organizada hierarquicamente em diferentes dimensões. Entretanto, algumas abordagens substituem esse conceito pela noção de um todo composto por partes isoláveis e decomponíveis, possibilitando assim a identificação da ação específica de cada variável sobre o desfecho estudado (BARATA, 2005, p. 14).

**DID (Data de Início da Doença)** – Data aproximada em que se iniciaram os sinais e sintomas maiores da doença em questão (não é a data aproximada do início biológico da doença), ou seja, refere-se à clínica relatada. O material de capacitação para novos peritos médicos da Previdência Social disponibilizado na Intraprev (2012) faz referências ao laudo médico pericial que deve conter a história da doença atual, o início da doença (quando apareceram os primeiros sinais e sintomas da doença), a duração e evolução dos sintomas (contínua, períodos assintomáticos e sua duração) e os exames complementares com data, local da realização, com nome e CRM do profissional que realizou, com transcrição das principais alterações constantes no laudo.

**DIESAT (Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho)** - A criação do DIESAT é resultado da organização dos

trabalhadores e do novo sindicalismo da década de 70. Em 1979 são realizadas as primeiras Semanas de Saúde do Trabalhador – SEMSATs – em que diferentes sindicatos, trabalhadores, e profissionais de saúde debatiam as péssimas condições de trabalho, os altos índices de acidentes e doenças profissionais, o não reconhecimento de doenças relacionadas ao trabalho, além da assistência à saúde aos trabalhadores. Essas iniciativas reafirmam a intenção da classe trabalhadora em fundamentar suas reivindicações, criando o DIESAT em 14 de agosto de 1980 a segunda entidade intersindical voltada para a relação entre trabalho e saúde. Responsável pelas primeiras e principais pesquisas e estudos sobre a saúde dos trabalhadores, produzidas em conjunto e com a participação ativa dos sindicatos e trabalhadores, estes estudos diferenciavam-se das pesquisas desenvolvidas na época, que apresentavam uma tendência comum de mascarar os verdadeiros fatores dos acidentes e doenças, responsabilizar (culpabilizar) o trabalhador pelos acidentes partindo de uma noção individualista, além de não abordar a organização do trabalho como origem dos acidentes e doenças. Toda produção do departamento, bem como sua estrutura está à disposição das entidades filiadas e da sociedade civil, de forma a subsidiar as ações por melhores condições de saúde da classe trabalhadora. O DIESAT é hoje assessor técnico dos conteúdos relacionados à trabalho e saúde e é mantido por seus filados – sindicatos, federações, confederações de trabalhadores – e também pelos recursos provenientes de estudos, pesquisas, cursos e assessorias realizadas.

**DII (Data de Início da Incapacidade)** – Data em que os sinais e sintomas se tornaram tão significativos que já impediam a continuidade da atividade laboral. Refere-se principalmente a um evento característico, como, um evento comprovado de internação, um boletim de ocorrência, etc. Tal como prevê a Instrução Normativa INSS/Pres nº 45/2010: *“data em que as manifestações da doença provocaram um volume de alterações morfofisiológicas que impedem o desempenho das funções específicas de uma profissão, obrigando ao afastamento do trabalho”*. Tanto a DID quanto a DII são fixadas pelo perito médico, com base em uma avaliação pericial clínica, bem como outros documentos, em informações solicitadas ao médico assistente, com base também, em comprovantes de internação, em exames complementares ou mesmo em boletins de ocorrência, dentre outros. A DII deve ser sempre posterior à data que marca a condição de segurado perante o Regime Geral de Previdência Social (RGPS), mesmo nas situações de isenção de carência. O que ressalta que a DII pode ser anterior ao período de carência.

**Direito ao Trabalho** – De acordo com Wandelli (2018, p. 369), é o direito humano e fundamental, com múltiplas dimensões normativas, cujo âmbito de proteção abrange os

diversos aspectos fáticos e jurídicos, para que as diferentes formas de trabalho humano estejam dotadas das condições necessárias para que possam exercer seu papel primordial de mediação na realização de necessidades e interesses humanos reconhecidos para uma vida digna.

**Direito Material do Trabalho** - Segmenta-se em um ramo individual e um ramo coletivo, cada um possuindo regras, processos e princípios próprios. A compreensão global impõe uma compreensão acerca dos princípios específicos de seu segmento juscoletivo de modo que o Direito Coletivo atua sobre o Direito Individual, produzindo-lhe importante universo de regras jurídicas, consubstanciado no conjunto de diplomas autônomos que compõem sua estrutura normativa (notadamente Convenção e Acordo Coletivo de Trabalho). Desse modo, o Direito Coletivo pode alterar o conteúdo do Direito Individual do Trabalho, ao menos naqueles setores socioeconômicos em que incidam seus específicos diplomas. Delgado (2009) nos expõe que, desde a Carta de 1988, a propósito, ampliou-se o potencial criativo do Direito Coletivo, lançando a necessidade de pesquisar os critérios objetivos de convivência e assimilação entre as normas autônomas negociadas e as normas heterônomas tradicionais da ordem jurídica do país.

**Direito Previdenciário** – Faz parte dos direitos e garantias fundamentais. Fundada no princípio do Seguro Social, a Previdência Social, mediante contribuição, tem por fim assegurar aos seus beneficiários meios indispensáveis de manutenção, por motivo de incapacidade, desemprego involuntário, idade avançada, tempo de serviço, encargos familiares e prisão ou morte daqueles de quem dependiam economicamente (BRASIL, 1991).

**Direito Processual do Trabalho** – É o ramo do Direito Processual que tem por objeto a disciplina da *jurisdição*, da *ação* e do *processo trabalhista*. A *jurisdição*, como poder de atuar o Direito nos casos concretos, pressupõe uma organização que a realize e uma fonte de que emane, segundo a norma fundamental de cada sistema jurídico. A *ação* é o direito de provocar a atuação dessas organizações, quando dos conflitos de interesses, exercitando-se com a observância de certos pressupostos e condições e de acordo com uma tipologia variável e adequada aos fins que pretende atingir, a declaração, a condenação, a execução. O *processo* é uma relação jurídica que se instaura perante as organizações jurisdicionais, tendo como sujeitos as partes do conflito de interesses e desenvolvendo-se conforme uma série de atos procedimentais prevendo as suas diversas fases e características que se entrelaçam numa unidade. A natureza da lide, *trabalhista*, e não o fim do processo, importa na definição. O processo, penal, civil, trabalhista, tem um

só e mesmo fim, a atuação do Direito. A manutenção da ordem jurídica, a realização de objetivos materiais econômicos, são comuns a todo processo. Portanto, bastam para distinguir o processo trabalhista dos demais (NASCIMENTO, 1974, p. 58-61).

**DIRSAT (Diretoria de Saúde do Trabalhador)** - Diretoria ligada ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) que visa desenvolver estudos voltados para o aperfeiçoamento das atividades médico periciais, propor intercâmbio com órgãos governamentais visando o acompanhamento e o controle epidemiológico das doenças de maior prevalência nos benefícios por incapacidade, além de planejar a especialização de ações para a melhoria da qualidade, correção e aprimoramento do reconhecimento de direitos aos benefícios por incapacidade previdenciários (PINTO JÚNIOR; BRAGA; ROSELLICRUZ, 2012, p. 2842).

**Doença** – Significa uma enfermidade ou estado clínico, independentemente de origem ou fonte, que represente ou possa representar um dano significativo para os seres humanos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). Ver também “Desgaste”.

**Doença/Transtorno Mental** – Para Jervis (1981, 68), *“se os transtornos psíquicos, tal e como concretamente se manifestam na vida do Indivíduo são, sobretudo, o reflexo pessoal parcial de algumas contradições sociais, se também é certo que até agora a psiquiatria tentou, ocultar esse fato (esforçando-se por apresentar o sofrimento individual como um fato privado, contingente e vergonhoso) então é hoje necessário que, da contradição individual e particular, passemos à tomada de consciência do dano coletivo, e a partir deste, e das condições sociais que o geraram”*.

**Doença do Trabalho** – Conceito brasileiro e legal, isto é, da lei da Previdência Social, lei que abriga as previsões ditas “acidentárias”, no passado, próprias e separadas das previsões legais ditas “previdenciárias”. É assim entendida como a adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relacione diretamente (MENDES, 2018, p. 391-392).

**Doença Ocupacional** - neologismo de utilização crescente no Brasil, principalmente na Justiça do Trabalho, e serve para designar doença relacionada ao trabalho. No entendimento de Mendes (2018, p. 399-400), o termo deve ser evitado, não apenas pela qualificação de ocupacional, que nem sempre é sinônimo de profissional ou se refere ao trabalho – posto que ocupação pode ser qualquer atividade que ocupe o tempo, realizada por uma pessoa, incluindo o trabalho – mas, principalmente, porque já existe abundância de termos formais, reconhecidos no âmbito administrativo, legal e técnico-científico, a ponto de existirem disponíveis suficientes alternativas para expressar uma mesma ideia,

com nuances específicas nada desprezíveis. Com efeito, a legislação previdenciária se refere à doença profissional e à doença do trabalho, com significados distintos. A legislação da Saúde utiliza o termo doenças relacionadas ao trabalho (ou com o trabalho), listando-as desde 1999, e discorrendo minuciosamente sobre cada uma delas, desde 2001 (BRASIL, 1991; BRASIL, 1999; BRASIL, 2001).

**Doença Profissional** – De acordo com Mendes (2018, p. 401-403) corresponde ao conceito disposto na classificação do primeiro grupo da OIT (cujo nexos se estabelece em bases clínicas e individuais) que se assemelha ao entendimento em Schilling I, onde o trabalho é causa necessária. Também correspondem ao primeiro grupo da Classificação de Ramazzini, ou às assim chamadas tecnopatias. Contudo, Doença Profissional é o primeiro estágio – e o mais óbvio – do adoecimento relacionado com o trabalho, sendo referenciado, em nível internacional, à Organização Internacional do Trabalho (OIT) e à Organização Mundial da Saúde (OMS), e, no Brasil, à legislação da Saúde (Lei n. 8.080/90 e Portaria n. 1.339/GM/1999), e ainda, à legislação Previdenciária (Lei n. 8.213/91 e Decreto n. 3.048/1999 e sucedâneos).

**Doença Relacionada ao Trabalho (ou com o Trabalho)** - Conceito abrangente e relativamente impreciso de acordo com Mendes (2018, p. 405-406) que abriga em seu interior toda e qualquer doença causada, provocada, agravada ou desencadeada pelo trabalho, seja este conceituado como processo de trabalho, ambiente de trabalho, condição de trabalho, exposição ocupacional, ocupação, profissão ou outro entendimento similar.

**DPU (Defensoria Pública da União)** – De acordo com o art. 134 da Emenda Constitucional nº 80 de 4 de junho de 2014, é a instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe, como expressão e instrumento do regime democrático, fundamentalmente, a orientação jurídica, a promoção dos direitos humanos e a defesa, em todos os graus, judicial e extrajudicial, dos direitos individuais e coletivos, de forma integral e gratuita, aos necessitados, na forma do inciso LXXIV do art. 5º da Constituição Federal de 1988.

**DRT (Delegacia Regional do Trabalho)** – Órgão do Ministério do Trabalho (MT) para execução de atividades relacionadas à segurança e à medicina do trabalho, nos limites de sua jurisdição, inclusive Campanha Nacional de Prevenção de Acidentes do Trabalho (CANPAT), do Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT) e da fiscalização do cumprimento dos preceitos e regulamentas na área de sua alçada.

**Enfermidade** – Ver “Doença” e “Desgaste”.

**Entrevista Aberta (Não estruturada)** – Forma de entrevista em que o pesquisador tem o mínimo de participação. Este, geralmente, formula uma questão disparadora e escuta o que o entrevistado tem a narrar. Desde então sua intervenção será mínima. É o entrevistado que conduz sua narrativa e o entrevistador só interrompe para esclarecer ou aprofundar algum aspecto que considera fundamental (SANTOS, OSTERNE & ALMEIDA, 2014, p. 39).

**Estresse** – Esgotamento dos mecanismos de adaptação diante de agressões intensas e prolongadas. Sua noção está associada a uma linha importante de estudos epidemiológicos e multidisciplinares que fundamentam a associação entre situações de trabalho penosas, desgastantes, ameaçadoras, e o desenvolvimento de queixas e alterações psicopatológicas caracterizando síndromes ansiosas, depressivas e psicossomáticas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

**Etiologia** – Considera todas as doenças com origens simultaneamente biológicas, psicológicas e sociais, sendo necessária uma atuação multiprofissional para, efetivamente, combater a doença, dando preferência para a prevenção primária. Assim, as condições materiais da existência no tempo e no espaço são o contexto de produção das explicações etiológicas, da prática médica e da cura.

**Etiopatogenia** – Estudo e análise das causas das doenças e dos mecanismos patogênicos que atuam sobre o organismo e ocasionam o desenvolvimento de tais enfermidades.

**EPC (Equipamentos de Proteção Coletiva)** – Todos e quaisquer dispositivos de uso coletivo, de fabricação nacional ou estrangeira, destinados a proteger a saúde e a integridade física do coletivo de trabalhadores. Todas as possibilidades de controle das condições de risco presentes nos ambientes de trabalho por meio de EPC devem ser esgotadas antes de se recomendar o uso dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs). As estratégias de controle devem incluir os procedimentos de vigilância ambiental e da saúde do trabalhador (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, p. 45).

**EPI (Equipamentos de Proteção Individual)** – Todos e quaisquer dispositivos de uso individual, de fabricação nacional ou estrangeira, destinados a proteger a saúde e a integridade física dos trabalhadores. De acordo com a Norma Regulamentadora n. 6 (NR6), torna-se obrigatório a toda empresa o fornecimento gratuito, aos empregados, de EPI em perfeito estado de conservação e funcionamento e adequados aos riscos profissionais.

**Epidemiologia Social** - Investiga explicitamente os determinantes sociais do processo saúde-doença. O que distingue a epidemiologia social das outras abordagens

epidemiológicas não é a consideração de aspectos sociais, pois, bem ou mal, todas reconhecem a importância desses aspectos, mas a explicação do processo saúde-doença. Trata-se, portanto, de uma distinção no plano teórico (BARATA, 2005, p. 8).

**Episódios Depressivos** – As decepções sucessivas em situações de trabalho frustrantes, as perdas acumuladas ao longo dos anos de trabalho, as exigências excessivas de desempenho cada vez maior no trabalho geradas pelo excesso de competição, implicando ameaça permanente de perda do lugar que o trabalhador ocupa na hierarquia da empresa, perda efetiva, perda do posto de trabalho, assédio moral e demissão podem determinar depressões mais ou menos graves ou protraídas. A situação de desemprego prolongado tem estado também associada ao desenvolvimento de Episódios Depressivos (F32. -, grupo V da CID-10). Os mesmos devem ser classificados nas modalidades: leve, moderado, grave sem sintomas psicóticos e grave com sintomas psicóticos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, p. 178).

**Ergonomia** - Disciplina que tem como objeto, a atividade humana em relação às diferentes condições ambientais, instrumentais e organizacionais em que se desenvolve. Seu objetivo é contribuir para a concepção de objetos, serviços, ambientes de vida e trabalho, que respeitem os limites do homem e fortaleçam as capacidades operacionais a fim de otimizar o bem-estar humano e a performance global do sistema.

**e-Social (Sistema de Escrituração Digital das Obrigações Fiscais, Previdenciárias e Trabalhistas)** - Instituído pelo Decreto nº 8.373, de 11 de dezembro de 2014, é o instrumento de unificação da prestação das informações referentes à escrituração das obrigações fiscais, previdenciárias e trabalhistas, tendo por finalidade padronizar sua transmissão, validação, armazenamento e distribuição, constituindo ambiente nacional composto por escrituração digital, contendo informações fiscais, previdenciárias e trabalhistas; aplicação para preenchimento, geração, transmissão, recepção, validação e distribuição da escrituração, e repositório nacional, contendo o armazenamento da escrituração. O e-Social representa para a área de Segurança e Saúde no Trabalho (SST) um grande impacto, “colocando em xeque” a qualidade de suas práticas, já que está implícito um processo de “gestão de informações de Segurança e Saúde no Trabalho” através de eventos específicos e outros eventos que requerem variáveis de SST, tais como:

*Indiretos* - a. S-2100 - Cadastramento Inicial do Vínculo; b. S-1060 - Tabela de Ambientes de Trabalho; c. S-1200 - Remuneração de trabalhador vinculado ao Regime Geral de Previdência Social; d. S-2200 - Admissão de Trabalhador; e. S-2230 - Afastamento Temporário e; f. S-2299 – Desligamento. *Diretos* - a) S-2210 - Comunicação

de Acidente de Trabalho; b) S-2220 - Monitoramento da Saúde do Trabalhador; c) S-2240 - Condições Ambientais do Trabalho – Fatores de Risco e; d) S-2241 - Insalubridade, Periculosidade e Aposentadoria Especial. Segundo Reis (2018, p. 484-485), há algum tempo, o Governo Federal direciona suas ações para o “uso inteligente da informação”, sendo que, Saúde e Segurança no Trabalho, ao lidar de forma organizada através da coleta de dados padronizados, seguida da estruturação desses dados transformando-os em informação (dados com significação), permitirá através da análise, síntese e crítica, a geração de conhecimento e consequente uso inteligente.

**Estado** - caracteriza-se como um fenômeno histórico, visto que: (a) o Estado não é algo eterno ou um dado da natureza humana. Sociedades sem Estado existiram (comunismo primitivo) e podem vir a existir (comunismo); (b) o Estado é algo indissociável da existência das classes sociais. O Estado é, portanto, um fenômeno típico das sociedades divididas em classe exploradora e classe explorada e, de modo regular, cumpre as funções de manter a ordem social e de garantir a conservação da dominação de uma classe sobre a outra (MARTUSCELLI, 2018, p. 488-489).

**Estrutura e Superestrutura** – Metáfora do edifício utilizada por Marx e Engels para apresentar a ideia de que a estrutura econômica da sociedade (a base ou infraestrutura) condiciona a existência e as formas do Estado e da consciência social (superestrutura jurídica, política e cultural) (LARRAIN, 2001, p. 27).

**Exame médico pós-afastamento (de retorno ao trabalho)** - Realizado obrigatoriamente no 1º dia da volta ao trabalho, de trabalhador ausente por período igual ou superior a 30 (trinta) dias, por motivo de doença ou acidente, de natureza ocupacional ou não, ou parto. Ao término do exame, o médico emitirá o Atestado de Saúde Ocupacional (ASO) com a definição de apto ou inapto para a função específica que o trabalhador exerce (RAMADAN, 2018, p. 510-511).

**Expert Judiciaire** – Na França, um perito judicial é um especialista: em arquitetura, em engenharia, em arte, em comunicação, em contabilidade, em medicina, etc., tendo concordado em colocar uma parte de sua atividade ao serviço da Justiça. No momento dos julgamentos, fala-se muitas vezes de perícias e peritos, mas o termo "perito" não corresponde a uma profissão como advogado ou similar. Assim, um número grande de profissionais possui a qualificação de "peritos" para cobrir diferentes atividades sendo este termo, de fato, um sinônimo de Especialista. O perito judicial deve obter sua inscrição na lista oficial do Tribunal de Recurso (*Cour d'Appel*) e, em alguns casos, na lista "nacional" elaborada pelo Supremo Tribunal francês (*Cour de Cassation*). Antes do

registro, cada pedido é examinado por magistrados da Procuradoria e dos juízes, após consulta à Companhia de Peritos Judiciários (*Compagnies d'Experts Judiciaires*). Menos de 3% dos candidatos estavam na lista do Tribunal de Recurso no ano de 2017. O *Expert Judiciaire* é um profissional cuja presença em uma lista traz aos litigantes, garantias de honorabilidade, competência e independência. Enquanto permanecer na lista, o perito judicial permanece à disposição dos magistrados que lhe confiam perícias.

**Família das Classificações da OMS** – Integra o grupo de “Classificações Sociais ou de Saúde” da Família das Classificações das Nações Unidas. É constituída por: (1) *classificações de referência*: resultam de acordo internacionais, têm ampla aceitação e concordância oficial para uso e são aprovadas e recomendadas como diretrizes para relatórios internacionais. Podem ser utilizadas como modelos para o desenvolvimento ou revisão de outras classificações, no que diz respeito à estrutura, caráter e definição das categorias (MARCELINO & DI NUBILA, 2013, p. 295). Na OMS, fazem parte desta categoria: Classificação Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde (CID 10), Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e Classificação Internacional de Intervenções em Saúde (CIIS); (2) *classificações derivadas*: baseiam-se em uma ou mais classificações de referência, podendo resultar do rearranjo ou agregação de seus itens, de modo a fornecer detalhes adicionais, além dos oferecidos pela(s) de referência, para atender a uma finalidade específica. Muitas vezes são adaptadas para uso em nível nacional ou multinacional. Na OMS a categoria que faz parte e que aqui nos interessa é a da Classificação de Transtornos Mentais e Comportamentais da CID-10 e; (3) *classificações relacionadas*: referem-se, em parte, às classificações de referência, ou são relacionadas em um nível específico de sua estrutura. Resultam de trabalho de outros setores da própria organização ou de outras organizações. Destinam-se a descrever aspectos importantes de saúde ou o sistema de saúde não abrangidos pelas classificações de referência ou derivadas. Na OMS, faz parte a categoria que nos interessa, a da Classificação Internacional de Causas Externas das Lesões (ICECI).

**FAP (Fator Acidentário Previdenciário)** – Flexibiliza a alíquota a ser paga por uma determinada empresa, tendo como referência o estipulado para o ramo econômico ao qual pertence, depende, dentre outros fatores, dos benefícios acidentários concedidos aos trabalhadores desse ramo (MAENO, 2011, p. 135). Dado um conjunto de afastamentos dos trabalhadores, por mais de 15 dias, de uma empresa, que detém um Cadastro Nacional Pessoa Jurídica (CNPJ), e seus estabelecimentos, pertencente a uma Classificação

Nacional de Atividades Econômicas (CNAE), medido segundo três dimensões: coeficientes de frequência, duração e despesa. Para proceder em distingui-las, com justiça fiscal, mediante tributação que flutue o Seguro Acidente do Trabalho (SAT) de 50% a 100% da alíquota passa-se pelo FAP, que consiste em um número decimal compreendido em intervalo fechado, contínuo, de 0,5000 a 2,0000, que multiplica a alíquota nominal de SAT definida pelo risco previdenciário presumido à CNAE pertencente, por estabelecimento da empresa (OLIVEIRA, 2018, p. 522-524).

**Fatores ambientais** – De acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF (WHO, 2011; OPAS/OMS, 2003), constituem o ambiente físico, social e de atitudes no qual as pessoas vivem e conduzem sua vida. São externos ao indivíduo e podem ter influência positiva ou negativa sobre seu desempenho enquanto membro da sociedade, sobre a capacidade de executar ações ou tarefas, ou sobre a função ou estrutura do corpo. Estão organizados na CIF segundo dois níveis distintos: (1) *individual*: no ambiente imediato do indivíduo, englobando espaços como o domicílio, o local de trabalho e a escola. Este nível inclui as características físicas e materiais do ambiente em que o indivíduo se encontra, bem como o contato direto com outros indivíduos, tais como, família, conhecidos, colegas e estranhos e; (2) *social*: estruturas sociais formais e informais, serviços e regras de conduta ou sistemas na comunidade ou cultura que têm um impacto sobre os indivíduos. Este nível inclui organizações e serviços relacionados com o trabalho, com atividades na comunidade, com organismos governamentais, serviços de comunicação e de transporte e redes sociais informais, bem como, leis, regulamentos, regras formais e informais, atitudes e ideologias.

**Fatores contextuais** – Representam o histórico completo de vida e do estilo de vida de um indivíduo. São constituídos pelos componentes *Fatores Ambientais* e *Fatores Pessoais*, que podem ter um impacto sobre o indivíduo com determinada condição de saúde e sobre a saúde do indivíduo ou estados a ela relacionados.

**Fatores pessoais** – Representam o histórico particular da vida e estilo de vida de um indivíduo e englobam características que não são parte de uma condição de saúde ou estados de saúde. Incluem: raça, sexo, idade, outros estados de saúde, condição física, estilo de vida, hábitos, criação, estilos de enfrentamento, antecedentes sociais, níveis de instrução, profissão, experiência prévia e atual, padrão geral de comportamento e caráter, ativos psicológicos pessoais e outras características, todas ou algumas das quais podem desempenhar um papel na incapacidade em qualquer nível. Não são classificados na CIF, mas podem ter impacto sobre o resultado de várias intervenções.

**Fatores Psicossociais no Trabalho** - têm sido entendidos como sendo a interação entre o ambiente, conteúdo e condições de trabalho, capacidade dos trabalhadores, necessidades, cultura e fatores individuais extras laborais. Dependendo da forma como estes aspectos são percebidos ou vivenciados pelos trabalhadores, eles podem afetar a sua saúde, bem como seu desempenho e satisfação no trabalho. A interação negativa entre as condições de trabalho e os fatores humanos pode levar aos distúrbios emocionais, problemas de comportamento e alterações bioquímicas e neuro-hormonais, apresentando riscos para a saúde física e mental dos trabalhadores (ILO, 1984). No Brasil, as Normas Reguladoras do Trabalho (NR) do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) nº. 33 e 35 versam sobre a necessidade de se considerar os riscos psicossociais, na avaliação de saúde dos trabalhadores que acessam espaço confinado ou que trabalham em altura, respectivamente. O Glossário da NR-33 define “riscos psicossociais” como sendo “a influência na saúde mental dos trabalhadores, provocada pelas tensões da vida diária, pressão do trabalho e outros fatores adversos” (BRASIL, 2006).

**Fetichismo da Mercadoria** – Tendo mostrado que a produção de mercadorias constitui uma relação social entre produtores, relação essa que coloca diferentes modalidades e quantidades de trabalho em equivalência mútua enquanto valores, Marx (2013, 146-158) indaga como tal relação aparece para os produtores ou, de modo mais geral, na sociedade. As relações sociais entre alfaiate e carpinteiro aparecem como uma relação entre casaco e mesa nos termos da razão em que essas coisas se trocam entre si, e não em termos do trabalho nelas materializado. Assim, o autor assinala que essa aparência das relações entre mercadorias como uma relação entre coisas oculta a relação entre os produtores.

**FGTS (Fundo de Garantia por Tempo de Serviço)** – Criado com o objetivo de proteger o trabalhador demitido sem justa causa, mediante a abertura de uma conta vinculada ao contrato de trabalho. No início de cada mês, os empregadores depositam em contas abertas na Caixa Econômica Federal (banco estatal), em nome dos empregados, o valor correspondente a 8% do salário de cada funcionário. O Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) é constituído pelo total desses depósitos mensais e os valores pertencem aos trabalhadores que, em algumas situações, podem dispor do total depositado em seus nomes.

**Funcionalidade** – É um termo genérico para as funções do corpo, estruturas do corpo, atividades e participação. Indica os aspectos positivos da interação entre um indivíduo (com uma condição de saúde) e seus fatores contextuais (fatores ambientais e pessoais) (WHO, 2011; OPAS/OMS, 2003).

**FUNDACENTRO (Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho)** – Colaboradora da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização Internacional do Trabalho (OIT), vinculada ao Ministério do Trabalho, atua no desenvolvimento de pesquisas em segurança e saúde no trabalho, na difusão do conhecimento, por meio de cursos, congressos, seminários, palestras, publicações periódicas e científicas e informativas, além da prestação de serviços à comunidade e da assessoria técnica a órgãos públicos, empresariais e de trabalhadores.

**Gestão de Afastamentos do Trabalho por Doença** – De acordo com Matosinhos, Amaral e Pereira (2018, p. 566-567), é o processo de dirigir ações, com utilização de recursos e objetivos previamente definidos, para a análise e tratativa das situações em que o trabalhador está ausente de seu emprego, seja por doenças relacionadas ao trabalho, acidentes de trabalho ou doenças adquiridas na comunidade. O processo de gestão dos afastamentos por doença é iniciado com a obtenção de dados relativos ao absenteísmo, por doenças dos trabalhadores de determinada empresa que se quer analisar. A seleção deve contemplar tudo aquilo que for de interesse para a empresa e que produz impacto para a saúde coletiva daquela população. Esses dados devem ser manipulados em um primeiro nível para se tornarem informação que, a partir daí, podem ser analisados e assim transformados em conhecimento.

**Grupos Focais** – São uma técnica de pesquisa qualitativa onde os pesquisadores organizam e conduzem, com o apoio de um(a) moderador(a), uma discussão com um grupo de pessoas, sobre temas e questões que interessam para a equipe de pesquisa. Têm como objetivo compreender o que essas pessoas pensam e como se sentem a respeito de determinado assunto, a partir da interação entre os participantes que precisam possuir algo em comum que está relacionado ao tema ou foco do grupo (PIMENTA, 2014, p. 125).

**Homem cordial** - Conceito desenvolvido pelo historiador brasileiro Sérgio Buarque de Holanda em seu livro "Raízes do Brasil", em que virtudes tão elogiadas por estrangeiros como hospitalidade e generosidade representam “um traço definido do caráter brasileiro, na medida, ao menos, em que permanece viva e fecunda a influência ancestral dos padrões de convívio humano”. Logo, as raízes do caráter brasileiro se encontram no meio rural e patriarcal do período colonial. O “homem cordial” é, segundo essa definição, “a forma natural e viva que se converteu em fórmula”. Mas tais virtudes não pressupõem bondade, mas somente o predomínio dos comportamentos de aparência afetiva, inclusive suas manifestações externas, não necessariamente sinceras nem profundas, que se opõem aos ritualismos de polidez. O “homem cordial” é visceralmente inadequado às relações

impessoais que decorrem da posição e da função do indivíduo, e não da sua marca pessoal e familiar, das afinidades nascidas na intimidade dos grupos primários. Ao que se poderia chamar “mentalidade cordial” estão ligados vários traços importantes, como a sociabilidade apenas aparente, que na verdade não se impõe ao indivíduo e não exerce efeito positivo na estruturação de uma ordem coletiva. Decorre deste fato o individualismo, que aparece no livro de Holanda focalizado de outro ângulo e se manifesta como relutância em face da lei que o contrarie. Ligada a ele, a falta de capacidade para aplicar-se a um objetivo exterior.

**Identidade** – Pode se referir a vários objetos, à pessoa e sua personalidade, ao grupo (identidade biológica, social, profissional, ocupacional e cultural) e a instituições. O conceito de identidade está sempre relacionado à noção de alteridade, pois é necessário existir outra pessoa ou um ‘não eu’ com caracteres diferenciados para definir por comparação e diferenciação com os caracteres pelos quais a pessoa se identifica com ela mesma (MACÊDO & HELOANI, 2013, p. 219-223).

**Ideologia** –Marx (1982) nos apresenta uma definição de ideologia, quando, falando da passagem de uma forma da vida social a outra, afirma que “*na consideração de tais transformações é necessário distinguir sempre entre a transformação material das condições econômicas de produção, que pode ser objeto de rigorosa verificação da ciência natural, e as formas jurídicas, políticas, religiosas, artísticas ou filosóficas, em resumo, as formas ideológicas pelas quais os homens tomam consciência desse conflito e o conduzem até o fim*”. Para Vaisman (1986), no entendimento de Lukács, as formas ideológicas da vida social são instrumentos ideais da resolução de conflitos também em períodos de normalidade, e não apenas nos momentos de crise que marcam a passagem de uma forma da vida social a outra. A ideologia é, portanto, forma de elaboração ideal da realidade que serve para tornar a práxis social dos homens consciente e operativa.

**IMESC (Instituto de Medicina Social e de Criminologia de São Paulo)** - Vincula-se à Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania do Governo do Estado de São Paulo e possui um Centro de Perícias em sua Divisão Técnica de Saúde do Departamento de Estudos e Perícias. As solicitações para realização de perícias no IMESC são provenientes do Poder Judiciário, mediante ofício emitido pelo juiz, e encaminhadas às diferentes áreas do Centro de Perícias, de acordo com suas especificidades.

**Incapacidade** – Termo genérico para deficiências, limitações de atividade e restrições de participação. Indica os aspectos negativos da interação entre um indivíduo (condição de saúde) e seus fatores contextuais (fatores ambientais e pessoais). Na versão em português

da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Doença (CIF), o termo que se opõe à Incapacidade é Funcionalidade e não Capacidade (WHO, 2011; OPAS/OMS, 2003).

**Indenização por Acidente ou Doença Relacionada ao Trabalho** – É o direito que tem a vítima, em determinadas hipóteses, de receber uma reparação pecuniária, suportada pelo empregador, para ressarcimento dos danos sofridos. De acordo com Oliveira (2018, p. 623-624), normalmente, a vítima de acidente do trabalho ou doenças ocupacionais quando fica incapacitada, mesmo temporariamente, ou o dependente do acidentado falecido, primeiramente, busca os benefícios cabíveis junto à Previdência Social, mas pode também ter direito à indenização em face do empregador, quando preencher simultaneamente os três pressupostos da responsabilidade civil: o dano, o nexo causal e a culpa ou exercício de atividade de risco.

**Indivíduo** – De acordo com Bock, Furtado e Teixeira (2002, p. 89) o indivíduo é constituído ao longo de sua vida a partir de sua intervenção no meio (sua atividade instrumental) e da relação com os outros homens. Seres únicos, porém, não autônomos no sentido de se ter um desenvolvimento independente. Por ser ativo, social e histórico, o indivíduo constrói sua existência a partir de uma ação sobre a realidade, que tem, por objetivo, satisfazer suas necessidades que são sociais e produzidas historicamente em sociedade. Através da atividade, o homem produz o necessário para satisfazer suas necessidades. A atividade de cada indivíduo, ou seja, sua ação particular, é determinada e definida pela forma como a sociedade se organiza para o trabalho.

**INSS (Instituto Nacional do Seguro Social)** – Autarquia federal vinculada ao Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário que recebe e executa as contribuições para a manutenção do RGPS (Regime Geral da Previdência Social, que tem suas políticas elaboradas pela Secretaria de Previdência do Ministério da Fazenda), responsável pelo pagamento da aposentadoria, pensão por morte, auxílio-doença previdenciário, auxílio-doença acidentário e outros benefícios para aqueles que adquirirem o direito a estes benefícios segundo o previsto pela lei.

**INST (Instituto Nacional de Saúde no Trabalho)** - Órgão de assessoria técnica e política vinculado à CUT criado em 1990, dirigido a pesquisa, informação e comunicação em saúde, condições de trabalho e meio ambiente, visando a prevenção de acidentes e doenças profissionais.

**Intelectual Orgânico** – Para Gramsci (1987, p. 52), os “intelectuais orgânicos” desempenham um papel fundamental de colaborar e gerir uma superestrutura para tornar

consciente, hegemônica e homogênea a classe à qual se vinculam. Tais intelectuais não representam, de per si, uma classe, e, assim, não podem ser considerados independentes nem autônomos, pois estão organicamente vinculados com forças no poder ou que almejam por ele, muitas vezes digladiando-se por isso. Em suma, esses “agentes da hegemonia” estão ligados de forma umbilical aos grupos dominados ou dominantes.

**Interdisciplinaridade** - Modo de coprodução de conhecimento científico no qual disciplinas são integradas, dando origem a novos domínios científicos e de formação. Assim como a Multidisciplinaridade e a Transdisciplinaridade, a Interdisciplinaridade é uma inovação à produção disciplinar de conhecimento. Diferenciadas pelo propósito e pelo perfil dos protagonistas, esses três modos de produção de conhecimento têm em comum o rompimento da fragmentação disciplinar (em que cada especialidade busca suas próprias visões de mundo, métodos, instrumentos e aplicações). Philippi Jr., Pacheco, Fernandes e Sommerman (2018, p. 643-644) explicam que, tanto *multi* como *inter* referem-se ao que está entre disciplinas, em modo crescente de integração das mesmas. Assim, a Interdisciplinaridade pressupõe a convergência de duas ou mais áreas do conhecimento, pertencentes ou não à mesma classe, em torno de um objeto ou problema. A convergência possibilita a transferência de métodos de uma área para outra, gerando novos conhecimentos ou interdisciplinas.

**Intervenção Ética de Impacto** – Trata-se de inspeções paradigmáticas e exemplares para o ramo da produção ou para uma determinada área em questão. Desenvolve-se, a partir de uma intervenção articulada entre serviços de saúde, com a organização sindical dos trabalhadores e com outros setores com responsabilidade direta ou indireta na questão, uma forma de atuação que garante, não apenas a transparência das ações fiscais, como também a atuação na perspectiva de um horizonte técnico-ético da relação entre a produção e a saúde, incorporando o saber operário numa perspectiva transdisciplinar. Realça, também, a explicitação das responsabilidades na área, propiciando uma vivência das condições que só seriam conhecidas através de relatórios técnicos e burocratizados e alcançam, enfim, a possibilidade de apontar soluções distantes da competência do poder Executivo, culminando, por exemplo, em legislações específicas de eliminação de riscos. Adotando a Intervenção Ética de Impacto, as Vigilâncias Epidemiológica e Sanitária superam a dicotomia conceitual e adotam um, novo paradigma com maior consistência, agilidade e poder de resolução das questões investigadas. A práxis desta metodologia resulta na consolidação do Controle Social, numa área complexa onde o conflito

capital/trabalho se explícita em seus pormenores, viabilizando-se na perspectiva transformadora dos processos produtivos (VASCONCELLOS & RIBEIRO, 1997).

**Intimação** – Ato pelo qual se dá a ciência a alguém dos atos e termos do processo, para que faça ou deixe de fazer alguma coisa. Pode ser realizada pelo correio, por oficial de justiça, por publicação em jornal que divulgue os atos oficiais, pelo escrivão ou pelo chefe de secretaria, se as partes estiverem presentes no cartório, e ainda por outras formas de menor interesse para o trabalho pericial (BRANDIMILLER, 1996, p. 74).

**Inspeção do Trabalho** - Atividade pela qual o Estado confirma a observância, por parte das empresas e assemelhados, das obrigações consignadas no conjunto das normas que regem o trabalho. A atividade é exercida pelos Auditores Fiscais do Trabalho, profissionais qualificados, de formação generalista, mas com destaque para as áreas do Direito do Trabalho, da Engenharia de Segurança e da Medicina do Trabalho, que atuam em fiscalizações às empresas ou setores econômicos de forma planejada e estratégica, com vistas à melhoria das condições de trabalho no país (BAUMECKER, 2018, p. 639-640).

**Juiz do Trabalho** - Exerce jurisdição nas Varas do Trabalho como juiz singular e lhe compete julgar os feitos que tramitam na Justiça do Trabalho. O ingresso na carreira de Juiz do Trabalho se dá por concurso público de provas e títulos, no cargo de juiz do trabalho substituto, realizado por cada Tribunal Regional do Trabalho (TRTs), na forma da Lei (art. 93, I da CF/88).

**Jurisdição** – É a função do poder judiciário, exercida através dos juízes dos diferentes ramos e instâncias, no contexto de um processo, destinada à solução de um litígio entre partes. Neste sentido particular e mais frequente – solução de litígios – denomina-se *jurisdição contenciosa*. É um conceito relacionado com o exercício da autoridade da qual é investido o cidadão incumbido de julgar a lide (BRANDIMILLER, 1996, p. 72).

**Jurisprudência** – Enunciado de súmula de jurisprudência, ou simplesmente súmula de jurisprudência, ou mesmo súmula, corresponde à síntese do pensamento, unânime ou majoritário, de uma determinada Corte de Justiça acerca de uma questão até então controvertida segundo Gonçalves (2018, p. 677). As súmulas de jurisprudência, salvo aquelas dotadas de efeito vinculante, não possuem força de lei e, portanto, sua observância não se faz obrigatória por parte dos demais Tribunais ou Juízos. Todavia, é inegável a importância basilar que sempre desfrutaram e desfrutam os enunciados de súmula na hermenêutica jurídica, especialmente as proferidas pelo Supremo Tribunal

Federal (STF), assim como as promulgadas pelo Tribunal Superior do Trabalho (TST), instância maior do judiciário trabalhista brasileiro.

**Justiça do Trabalho** – Ramo do poder judiciário que lida com matérias relativas ao trabalho e suas relações. Os órgãos da Justiça do Trabalho são o Tribunal Superior do Trabalho (TST) composto por ministros do trabalho, os Tribunais Regionais do Trabalho (TRTs) compostos por desembargadores do trabalho, e as Varas do Trabalho, compostas por juízes do trabalho. Compete-lhe julgar as causas oriundas das relações de trabalho. Os Juízes do Trabalho formam a primeira instância da Justiça do Trabalho e suas decisões são apreciadas em grau de recurso pelos TRTs. O TST, dentre outras atribuições, zela pela uniformidade das decisões da Justiça do Trabalho. Em 31 de dezembro de 2004, por meio da Emenda Constitucional n. 45, sua competência foi ampliada, passando a processar e julgar toda e qualquer causa decorrente das relações de trabalho, o que inclui os litígios envolvendo os sindicatos de trabalhadores, sindicatos de empregadores, análise das penalidades administrativas impostas pelos órgãos do governo incumbidos da fiscalização do trabalho e direito de greve. Recebe anualmente cerca de 2,4 milhões de processos trabalhistas.

**Justiça Estadual** – Compõe-se de duas instâncias, o Tribunal de Justiça (TJ) e os Juízes Estaduais. O TJ tem a competência de, em segundo grau, revisar as decisões dos juízes e, em primeiro grau, julgar determinadas ações em face de determinadas pessoas. Os integrantes dos TJs são chamados Desembargadores. Os Juízes Estaduais são os chamados Juízes de Direito.

**Justiça Federal** - Julga, dentre outras, as causas em que forem parte a União, autarquia ou empresa pública federal (como o INSS por exemplo). Dentre outros assuntos de sua competência, os Tribunais Regionais Federais (TRFs) decidem em grau de recurso as causas apreciadas em primeira instância pelos Juízes Federais. São órgãos da Justiça Federal os Tribunais Regionais Federais (TRFs) e os juízes federais.

**LER/DORT (Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho)** - São por definição um fenômeno relacionado ao trabalho. São danos decorrentes da utilização excessiva, imposta ao sistema musculoesquelético, e da falta de tempo para recuperação. Caracterizam-se pela ocorrência de vários sintomas concomitantes ou não, de aparecimento insidioso, geralmente nos membros superiores, tais como dor, parestesia, sensação de peso e fadiga. Abrangem quadros clínicos do sistema musculoesquelético adquiridos pelo trabalhador submetido a determinadas condições de trabalho.

***L'accident du travail (AT)*** – Na França, os “Acidentes de Trabalho” são aqueles causados por ocasião ou no trabalho, seja qual for a causa, para qualquer pessoa que trabalhe em qualquer capacidade ou local para um ou mais empregadores. São necessárias duas condições para se configurar “Acidente de Trabalho”: 1) um fato acidental: um fato preciso e repentino, durante ou no momento do trabalho, que origine uma lesão corporal verificada por um médico e; 2) um fato relacionado ao trabalho: ocorrer no local e durante o horário de trabalho ou, para um trabalhador em atividades externas à organização, resultar de atos inerentes à vida profissional. Assim que estas duas condições forem cumpridas, o acidente é considerado de natureza profissional qualquer que seja a causa (GRANDGUILLOT, 2017, p. 70).

**Lide** – ou *litígio*, é o conflito de interesses caracterizado por uma pretensão resistida: aquele, perante o qual é pleiteado um determinado interesse, resiste.

**Limbo Previdenciário** – Dá-se quando o Médico do Trabalho, após ter qualificado o empregado como “inapto” a determinada função, o encaminha para o serviço de Perícias Médicas do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), sugerindo, mediante atestado médico, determinado lapso de tempo para respectivo tratamento e recuperação. O Médico Perito do INSS, por sua vez, após concessão de benefício previdenciário por um prazo menor do que o sugerido pelo Médico do Trabalho, qualifica este empregado como “capaz” para retorno às suas atividades laborais. Estabelece-se então o chamado “limbo trabalhista-previdenciário” (MENDANHA, 2015, p.25).

**LOS (Lei Orgânica da Saúde)** – Compreendida pela Lei Federal n. 8.080/1990 que dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências; e pela Lei Federal n. 8.142/1990 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da Saúde e dá outras providências.

**LTCAT (Laudo Técnico de Condições Ambientais do Trabalho)** – Documento que identifica, entre outras especificações, as condições ambientais de trabalho, o registro dos agentes nocivos e a conclusão de que a exposição a estes são ou não prejudiciais à saúde ou à integridade física (NR-1, NR-2, NR-5, NR-7, NR-9, NR-15 e NR-16).

**Maladie Professionnelle** – Na França, uma “Doença Profissional” é reconhecida como tal quando é designada em uma lista oficial adotada por decreto. Esta lista, que assume a forma de tabelas que classificam doenças em três grupos, está sujeita a revisão no âmbito da melhoria do conhecimento médico (a última versão é o decreto n. 2017-812 de 5 de

maio de 2017). Cerca de uma centena, essas tabelas enumeram as doenças, bem como as atividades que suscetivelmente podem provoca-las. Elas também indicam o tempo de atendimento: o trabalhador não deve ter deixado de estar exposto ao risco desde um determinado momento durante a primeira observação médica. Este período decorre do final da exposição ao risco. As “Doenças Profissionais” na França são reagrupadas em função de suas origens e distintas, portanto, em três categorias: 1) Manifestações mórbidas de intoxicação aguda ou crônicas; 2) As infecções microbianas e; 3) As afeições nascidas de um ambiente ou uma atitude orientada pelo trabalho (PETIT, 2016, p. 111).

**Materialismo Histórico-Dialético** – A teoria da sociedade de Marx é, ao mesmo tempo, materialista histórica e dialética, além de científica. Materialista Dialética por ser, de modo geral considerada como a filosofia do marxismo que exprime-se nas seguintes leis: (1) a lei da transformação da quantidade em qualidade, segundo a qual as mudanças quantitativas dão origem a mudanças qualitativas revolucionárias; (2) a lei da unidade dos contrários, que sustenta que a unidade da realidade concreta é uma unidade de contrários ou contradições; (3) a lei da negação da negação, que pretende que, no conflito de contrários, um contrário nega o outro e é, por sua vez, negado por um nível superior de desenvolvimento histórico que preserva alguma coisa de ambos os termos negados (processo por vezes representado no esquema triádico de tese, antítese e síntese) (EDGLEY, 2001, p. 259). E Materialista Histórica enquanto expressão que designa o corpo central de doutrina de concepção materialista da história, núcleo científico e social da teoria marxista, tratando-se de uma visão do desenrolar da história que procura a causa final e a grande força motriz de todos os acontecimentos históricos importantes no desenvolvimento econômico da sociedade, nas transformações dos modos de produção e de troca, na conseqüente divisão da sociedade em classes distantes e na luta entre essas classes (SHAW, 2001, p. 259-260).

**Medicina do Trabalho** – Configura-se como uma especialidade médica que se apropria das várias interfaces entre o ser humano, o meio ambiente e o trabalho para prevenir agravos e promover a saúde e o bem-estar dos trabalhadores em toda sua integralidade, assegurando a proteção dos mesmos, contribuindo para a sua adaptação física e mental e colaborando para o estabelecimento do maior nível de bem-estar possível para os trabalhadores (MERLO & DANTAS FILHO, 2013, p. 257).

**Medicina Legal** - Aplicação teórico-prática da arte e ciência médica, na elaboração e execução das leis que dela carecerem. De acordo com Fávero (1980), a Medicina Legal é ciência porque coordena e sistematiza verdades gerais, num conjunto doutrinário, e é arte

porque, nas mãos do perito, aplica técnicas e preceitos em busca da missão prática requerida. No Brasil, a Medicina Legal se atém aos foros criminal, cível e trabalhista, na fase probatória, ou seja, na formação e análise científica das provas, à luz da ciência e arte médica (HOPPE, 2018, p. 741).

**Medicina Social Latino-Americana** – Constitui um modelo de investigação do processo saúde-doença que afirma sua historicidade e busca compreender a multiplicidade de suas determinações. Apreende o trabalho através da categoria *processo de trabalho*, que se inscreve nas relações sociais de produção estabelecidas entre *capital e trabalho*. E, conforme a acepção marxista, aqui o trabalho é, ontologicamente, a ação do homem sobre a natureza para modificá-la e transformá-la e a si mesmo não sendo, portanto, externa ao homem. Tal ação vai ocorrer sobre o *objeto de trabalho*, mediante os *instrumentos de trabalho*, configurando o próprio *trabalho* e suas diferentes formas de organização, divisão, valorização, características de cada formação social e modo de produção, o que imprime um caráter histórico ao estudo das relações trabalho-saúde e, conseqüentemente, do adoecimento pelo trabalho (LACAZ, 2007, p. 759). Busca compreender o nexo biopsíquico como processo complexo e enquanto tal com sua especificidade, o que exclui reduzi-lo à soma de suas partes. Ou seja, não pode colocar reduções sucessivas, mas, ao contrário, a integração cada vez mais complexa dos elementos, no marco de uma dinâmica global que imprime uma nova qualidade ao conjunto. Seus conceitos devem, então, permitir captar essa complexidade (LAURELL & NORIEGA, 1989, p. 109).

**Médico do Trabalho** - Profissional médico que possui especialização em medicina do trabalho (especialidade médica reconhecida pelo conselho federal de medicina) adquirido através de residência médica ou curso de especialização em área de concentração em saúde do trabalhador ou denominação equivalente (Medicina do Trabalho), reconhecido pela Comissão Nacional de Residência Médica do Ministério da Educação, ambos ministrados por universidade ou faculdade que mantenha curso de graduação em medicina. Atua na área da saúde ocupacional, realizando exames admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais, e elabora o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), em atendimento a legislação vigente. Este profissional é, portanto, o médico que cuida da saúde global dos trabalhadores, através de avaliações, programas de saúde e prevenção de doenças e patologias gerais e relacionadas ao trabalho. Possui interface multidisciplinar com engenharia de segurança do trabalho, fisioterapia, enfermagem do trabalho, psicologia, fluidoterapia, psiquiatria e outras disciplinas. De acordo com a Associação Nacional de

Medicina do Trabalho (ANAMT), cabe ao médico do trabalho se atualizar constantemente e realizar suas atividades embasado na legislação trabalhista.

**Mercadoria** – Possui duas características: pode satisfazer a necessidade humana, e por isso tem um valor de uso e pode obter mercadorias em troca, poder de permutabilidade, chamado valor de troca, ou simplesmente, valor. Seu preço se dá pela quantidade de trabalho abstrato nelas contido. O conceito de mercadoria é usado por Marx (2013, p. 113-158) para analisar formas que surgem com base na produção e na troca de mercadorias já bem desenvolvidas, tais como o capitalismo, e para se estabelecer as categorias fundamentais dentro das quais o capital pode ser analisado enquanto uma forma que tem fundamento na existência de um sistema de produção de mercadorias e na forma monetária do valor.

**Método Dialético** – Pressupõe dois momentos inseparáveis: a investigação (ou a pesquisa) e a exposição (ou a apresentação). A investigação, ou o método de investigação (*Forschungsmethode*), é o esforço prévio de apropriação, pelo pensamento, das determinações do conteúdo do objeto no próprio objeto, quer dizer, uma apropriação analítica, reflexiva, do objeto pesquisado antes de sua exposição metódica. E a exposição, ou o método de exposição (*Darstellungsmethode*), não é simplesmente uma autoexposição do objeto, senão ele seria acrítico, mas é uma exposição crítica do objeto com base em suas contradições, quer dizer, uma exposição crítico-objetiva da lógica interna do objeto, do movimento efetivo do próprio conteúdo do objeto. A exposição é uma expressão (tradução) ideal do movimento efetivo do real, isto é, trata-se não de uma produção, mas de uma reprodução do movimento efetivo do material, do real, de tal modo que o real se “espelhe” no ideal. Reproduzir quer dizer aqui reconstruir criticamente, no plano ideal, o movimento sistemático do objeto, pois o objeto não é dado pela experiência direta e imediatamente (CHAGAS, 2012, p. 2-3).

**Ministério da Saúde (MS)** – Órgão do Poder Executivo Federal responsável pela organização e elaboração de planos e políticas públicas voltados para a promoção, a prevenção e a assistência à saúde dos brasileiros. É função do Ministério da Saúde (MS) dispor de condições para a proteção e recuperação da saúde da população, reduzindo as enfermidades, controlando as doenças endêmicas e parasitárias visando a melhoria da vigilância em saúde.

**Ministério do Trabalho (MT)** – Órgão da administração Pública Federal responsável pelas políticas e diretrizes trabalhistas no país e pela fiscalização do cumprimento da legislação trabalhista em todo território nacional.

**Ministério Público do Trabalho (MPT)** – Ramo do Ministério Público (MP) cuja função é atuar na defesa dos direitos coletivos e individuais na área trabalhista. A Constituição da República de 1988 define, em seu artigo 127, o Ministério Público como sendo "instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis". Funciona processualmente nas causas de competência da Justiça do Trabalho. Possui atribuições judiciais e extrajudiciais. A atuação judicial refere-se à atuação nos processos judiciais, seja como parte, autora ou ré, seja como fiscal da lei. Já a atuação extrajudicial refere-se à sua atuação fora do âmbito judicial, na esfera administrativa e, além disso, destaca-se a sua atuação como agente de articulação social, incentivando e orientando os setores não-governamentais e governamentais na execução de políticas de elevado interesse social, especialmente nas questões ligadas à erradicação do trabalho infantil, do trabalho forçado e escravo, bem como no combate a quaisquer formas de discriminação no mercado de trabalho.

**MOI (Modelo Operário Italiano)** - Importante referência teórico-metodológica, sobretudo no que se refere às intervenções nos ambientes de trabalho sob o protagonismo dos trabalhadores em aliança com profissionais de saúde e pesquisadores acadêmicos. Modelo operário de produção de conhecimento encabeçado pelo médico e psicólogo Ivar Oddone que atua numa perspectiva de colaborar para fortalecer a defesa das classes trabalhadoras e populares, articulada em princípios e conceitos como: conhecer e transformar; validação consensual; não delegação; grupo operário homogêneo; valorização da experiência e da “subjetividade” operária; defesa da saúde nos locais de trabalho e socialização do conhecimento (MUNIZ et. al., 2013). O objetivo da abordagem do modelo tem, portanto, como endereço teleológico a negociação das condições de trabalho, com a finalidade de eliminar a nocividade ambiental no mundo do trabalho. O modelo de intervenção propõe a discussão em quatro partes: a primeira, de caráter geral sobre os diversos riscos, e apresenta os fatores de risco divididos em quatro grupos; na segunda parte detalha cada grupo de risco e seus efeitos na saúde do trabalhador; na terceira, discute soluções indicadas para diminuir/eliminar riscos no ambiente de trabalho, e na quarta parte detalha a discussão sobre riscos químicos como poeiras, benzeno, entre outros (ODDONE et al., 1986).

**Multidisciplinaridade** - Primeiro estágio de combinação de conhecimentos em que todos os protagonistas são atores científicos, oriundos de diferentes disciplinas, que trabalham com o propósito de resolverem um problema complexo. Nesse trabalho coletivo não há

impactos colaterais na produção de conhecimento de cada disciplina. Ainda que a multidisciplinaridade possa ampliar as visões de mundo originais, não ocorre a revisão conjunta dos paradigmas, métodos e ferramentas com que cada disciplina aborda a realidade que lhe serve de objeto científico. Segundo Philippi Jr., Fernandes, Pacheco e Sommerman (2018, p. 790-791), ontologicamente a multidisciplinaridade consiste na colaboração coordenada de múltiplas disciplinas, sem que essa colaboração provoque alterações epistemológicas e metodológicas nas mesmas. No plano epistêmico, a coprodução multidisciplinar pressupõe uma coordenação que, juntamente com o objeto ou com o problema-alvo, serve de elo em torno do qual as disciplinas atuam.

**Nexo Causal** – Conceituar o nexo de causalidade é falar de determinação do processo saúde-doença e abordar toda essa problemática dos adoecimentos relacionados ao trabalho a partir de um ângulo diferente, isto é, enquanto fenômenos coletivos e como fatos sociais. O estudo do processo saúde-doença da coletividade trabalhadora enfatiza a compreensão do problema da causalidade, pois, ao preocupar-se pelo modo como o processo biológico ocorre socialmente, readquire a unidade entre “a doença” e “a saúde”, dicotomizada no pensamento médico clínico hegemônico. Desse modo, o próprio padrão social de desgaste e reprodução biológica determina o marco dentro do qual a doença é gerada. É neste contexto que Laurell (1982, p. 16) diz que se deverá recuperar a não-especificidade etiológica do social e, inclusive, do padrão de desgaste e reprodução biológica relativo à doença, pois não se expressam em entidades patológicas específicas, mas sim, no que a autora cunha de perfil patológico de um grupo social, que é uma gama ampla de padecimentos específicos mais ou menos bem definidos. É importante fazer esse esclarecimento, já que se enfatiza como processo geral o nexo biopsíquico e estabelece a “doença” como processo particular. A complexidade do desgaste faz com que haja dificuldades de se evidenciar o nexo causal entre trabalho-adoecimento sobretudo porque em sua maior parte é inespecífico e não se expressa com clareza em elementos facilmente observáveis ou mensuráveis. Entretanto, não é possível ratificá-lo senão por meio de alguma de suas dimensões ou por meio de uma série de indicadores, o que Laurell & Noriega (1984, p. 117) enfatizam a necessidade de se estabelecer os chamados *indicadores de processo*, que permitiriam captar a presença de elementos de processo de desgaste sem ter que os referir a um dano consumado ou demonstrável. Então, os autores chamam a atenção que, para se evidenciar o *nexo biopsíquico da coletividade trabalhadora* (termo que sugerem em substituição à “nexo causal”), o ponto principal a ser reforçado é que os processos de desgaste caracterizam as coletividades humanas e não

primariamente os indivíduos. Ou seja, se bem seja certo que o padrão de desgaste se expressa através dos indivíduos que integram a coletividade, não é senão nela que adquire pleno significado, visibilidade e claro, nexos de causalidade. Assim é porque não depende das características individuais biopsíquicas de cada um, mas das condições específicas através e ante as quais a coletividade se constitui como tal. Mendes (2018, p. 802-804) ainda salienta que, no campo da Saúde do Trabalhador, as finalidades da investigação e estabelecimento de nexos causais podem ser muito distintas, mas se resumem, genericamente, em duas principais: finalidades etiológico-diagnósticas das “causas” de um determinado adoecimento, e/ou finalidades compensatórias ou indenizatórias, onde o estabelecimento de nexos é pré-requisito para a obtenção de direitos e benefícios, por exemplo, de seguradoras, do Seguro Social, ou no campo do Judiciário cível ou trabalhista.

**Nexo Técnico Previdenciário Individual ou por doença equiparada a acidente de trabalho** – Decorrente de acidentes de trabalho típicos ou de trajeto, bem como de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele relacionado diretamente, nos termos do § 2º do art. 20 da Lei nº 8.213/91 (BRASIL, 1991);

**Nexo Técnico Previdenciário Profissional ou do trabalho** – Fundamentado nas associações entre patologias e exposições ocupacionais de acordo com a profissiografia do segurado, descrito nas listas A e B do anexo II do Decreto nº 3.048/99 (BRASIL, 1999);

**NR (Norma Regulamentadora)** – As Normas Regulamentadoras (NRs) relativas à segurança e medicina do trabalho, são de observância obrigatória pelas empresas privadas e públicas e pelos órgãos públicos da administração direta e indireta, bem como pelos órgãos dos poderes legislativo e judiciário que possuam empregados regidos pela CLT.

**NR 17 (Norma Regulamentadora n. 17 - Ergonomia)** – Visa estabelecer parâmetros que permitam a adaptação das condições de trabalho às características psicofisiológicas dos trabalhadores, de modo a proporcionar-lhes um máximo de conforto, segurança e desempenho eficiente.

**NTEP (Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário)** – Aplicável quando houver significância estatística da associação entre a entidade mórbida motivadora da incapacidade e a atividade econômica da empresa na qual o segurado é vinculado. Essas relações constam na lista C do anexo II do Decreto nº 3.048/99 (BRASIL, 1999), alterado pelo Decreto nº 6.042/2007 (BRASIL, 2007). Estrutura-se na correlação entre o CNAE (Classificação Nacional de Atividade Econômica) da empresa e o CID (Código

Internacional de Doença) apresentado pelo trabalhador e que pode lhe conceder na qualidade de segurado o benefício acidentário decorrente de acidente de trabalho ou doença profissional, garantindo de imediato ao empregado a estabilidade provisória no art. 118 da Lei 8.213/91. Deste modo, por exemplo, a atividade de bancário e as lesões por esforços repetitivos, passaram a estar correlacionadas dispensando-se a necessidade de comprovação do nexos causal, restando à instituição empregadora comprovar a inexistência de tal patologia.

**OAB (Ordem dos Advogados do Brasil)** - Entidade máxima de representação dos advogados brasileiros e responsável pela regulamentação da advocacia no Brasil.

**Observação Participante** - Trata-se de estabelecer uma adequada participação dos pesquisadores dentro dos grupos observados de modo a reduzir a estranheza recíproca. Os pesquisadores são levados a compartilhar os papéis e os hábitos dos grupos observados para estarem em condição de observar fatos, situações e comportamentos que não ocorreriam ou que seriam alterados na presença de estranhos. A ideia que caracteriza o método é a de que apenas através da imersão no cotidiano de uma outra cultura o pesquisador pode chegar a compreendê-la. Ou seja, um dos pressupostos da observação participante é o de que a convivência do investigador com a pessoa ou grupo estudado cria condições privilegiadas para que o processo de observação seja conduzido e dê acesso a uma compreensão que de outro modo não seria alcançável. Admite-se que a experiência direta do observador com a vida cotidiana do outro, seja ele indivíduo ou grupo, é capaz de revelar na sua significação mais profunda, ações, atitudes, episódios, etc (MARTINS, 1996, p. 270).

**OIT (Organização Internacional do Trabalho)** – Criada em 1919, a ILO (*International Labour Organization*), tem a finalidade de estabelecer normas e regras internacionais que visam, entre outras questões, à proteção da saúde do trabalhador, de sua vida familiar, profissional e social; em 1946, tornou-se a primeira agência especializada associada à Organização das Nações Unidas (ONU).

**OMS (Organização Mundial da Saúde)** – Agência especializada criada pela ONU em 1948, para elevar os padrões mundiais de saúde; sediada em Genebra (Suíça).

**ONU (Organização das Nações Unidas)** – Organização intragovernamental e política fundada em 1945, que tem como principais objetivos a manutenção da paz mundial, a defesa dos direitos humanos e das liberdades fundamentais e a promoção do desenvolvimento dos países em escala mundial; engloba, entre outros órgãos, agências especializadas, que são organismos autônomos criados para responder a diversas

necessidades da comunidade internacional. Entre as agências especializadas, destacam-se a Organização Internacional do Trabalho (OIT) e a Organização Mundial de Saúde (OMS).

**PAIR (Perda Auditiva Induzida por Ruído)** – Quando o ruído é intenso e a exposição a ele é continuada, em média 85dB(A) por oito horas por dia, ocorrem alterações estruturais na orelha interna, que determinam a ocorrência da PAIR (CID 10 – H83.3). A PAIR é o agravo mais frequente à saúde dos trabalhadores, estando presente em diversos ramos de atividade, principalmente siderurgia, metalurgia, gráfica, têxteis, papel e papelão, vidraria, entre outros (NR-15) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 10).

**PCMAT (Programa de Condições e Meio Ambiente de Trabalho)** – Estabelece diretrizes de ordem administrativa, de planejamento e de organização, que objetivam a implementação de medidas de controle e sistemas preventivos de segurança nos processos, nas condições e no ambiente de trabalho principalmente na indústria da construção (NR-18).

**PCMSO (Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional)** – Estabelecido pela Norma Regulamentadora n. 7 (NR-7), versa sobre a obrigatoriedade de elaboração e implementação, por parte de todos os empregadores e instituições que admitam trabalhadores como empregados, do documento PCMSO, com o objetivo de promoção e preservação da saúde dos trabalhadores.

**PEA (População Economicamente Ativa)** – Índice de pesquisa estatística do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), estabelecido a partir de dados de pessoas de 10 a 65 anos de idade que foram classificadas como ocupadas ou desocupadas na semana de referência da pesquisa.

**PEP (Programa de Educação Previdenciária)** - Desenvolvido pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), é um programa do Governo Federal que tem como objetivo fundamental disseminar o conhecimento previdenciário. Para tanto, promove ações educacionais com o propósito de informar e conscientizar a sociedade sobre seus direitos e deveres, com vistas ao fomento da proteção social e da cultura previdenciária.

**Perícia** – Atividade concernente a exame realizado por profissional especialista, legalmente habilitado, destinada a verificar ou esclarecer determinado fato, apurar as causas motivadoras ou o estado, a alegação de direitos ou a estimação da coisa que é objeto de litígio ou processo (NR-3, NR-9, NR-15 e NR-16).

**Perícia Administrativa** – Diz-se da perícia realizada por profissional, quando em trabalho-saúde, muitas vezes médico(a) em instituições públicas e privadas em âmbitos municipais, estaduais e federais.

**Perícia Judicial** – Em trabalho-saúde, podem também ser realizada no âmbito do Direito Civil (quando causar dano a outrem, fica-se obrigado a ressarcir-lo) e Penal (quando trata-se dos “crimes contra a vida”, “lesões corporais” e “periclitacão da vida e da saúde” p. ex.). Contudo interessa-nos neste estudo às que ocorrem no âmbito da Justiça do Trabalho, podendo ser realizadas por profissional ou órgãos habilitados e; na esfera do Direito Previdenciário em que se recorre de decisão médico pericial no interior do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e comumente é avaliada, portanto, por outro profissional médico.

**Perícia Médica Previdenciária** – Atribuição privativa de médico. Tipo de perícia para concessão de benefício, em decorrência de doença que leve ao impedimento laboral, ou mesmo que possa prejudicar a saúde em razão deste trabalho. É realizada por médicos no âmbito do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), com cargo efetivo de Perito Médico Previdenciário (Lei nº 11.907 de 02 de fevereiro de 2009). Conforme o Manual da Perícia Médica da Previdência Social (2015) a atividade médico-pericial do INSS tem a finalidade principal de emissão de parecer técnico conclusivo na avaliação da incapacidade laborativa, em face de situações previstas em lei, nos próprios estabelecimentos do INSS, em domicílio ou em hospitais.

**Perícia Psicológica Ocupacional** - Colabora para a comprovação do nexo entre os Transtornos Mentais e o Trabalho, bem como, indica caminhos para a reinserção do trabalhador que irá retornar ao trabalho após afastamento por acidente ou doença ocupacional. É uma atribuição do psicólogo no contexto jurídico, e compreende um conjunto de procedimentos especializados que pressupõe um conhecimento técnico/científico específico, visando contribuir para esclarecer algum ponto considerado imprescindível para o andamento de um processo judicial (SILVA, 2018, p. 876-877). A perícia psicológica se propõe a investigar hipóteses de danos psicológicos que resguardem relação com o trabalho. Nesse caso, podem ser denominadas dano psíquico ou dano psicológico. Em termos de saúde mental, o dano psíquico se caracteriza por um prejuízo emocional capaz de resultar em comprometimento das funções psíquicas, como a emoção, a motivação, a atenção, a memória, o raciocínio etc. Este prejuízo deverá ser decorrente de uma vivência ou evento traumático no desempenho da atividade laboral, se

caracterizando como uma alteração mórbida de alguma esfera psíquica, que não existia antes do ocorrido.

**Perícia Técnica** – No § 1º do Art. 156 do Código do Processo Civil (CPC/15) diz que os peritos serão nomeados entre os profissionais legalmente habilitados e os órgãos técnicos ou científicos devidamente inscritos em cadastro mantido pelo tribunal ao qual o juiz está vinculado.

**Perito** – Profissional habilitado para a realização de perícias (NR-9).

**PGT (Procuradoria-Geral do Trabalho)** – Possui sede em Brasília e nela atuam o procurador-geral, o vice-procurador-geral, os subprocuradores-gerais e procuradores regionais eventualmente designados vinculados ao Ministério Público do Trabalho (MPT). Ela se divide administrativamente em áreas finalísticas e administrativas.

**PIB (Produto Interno Bruto)** – Refere-se ao valor agregado de todos os bens e serviços finais produzidos dentro do território econômico de um país, independentemente da nacionalidade das unidades produtoras dos mesmos. É medido a preços de mercado.

**PNAD (Programa Nacional de Pesquisas Continuadas por Amostras de Domicílios)** – Sistema de pesquisas domiciliares, implantado progressivamente no Brasil, a partir de 1967, pela fundação IBGE, que objetiva a produção de informações básicas para o estudo do desenvolvimento socioeconômico do país.

**PJe (Processo Judicial Eletrônico)** – Sistema informacional desenvolvido pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ) em parceria com os tribunais para a automação do Judiciário brasileiro. O objetivo principal é manter um sistema eletrônico capaz de permitir a prática de atos processuais em todos os ramos do Judiciário (Federal, Estadual e do Trabalho). O PJe foi lançado oficialmente em 21 de junho de 2011. Desde 3 de fevereiro de 2014, o CNJ está utilizando exclusivamente o PJe para o trâmite de novos processos.

**PNSTT (Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora)** - Instituída pela Portaria MS nº 1.823, de 23 de agosto de 2012, tem por finalidade definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados nas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) – federal, estadual e municipal, para o desenvolvimento das ações de atenção integral à Saúde do Trabalhador (ST), com ênfase na vigilância, visando a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos.

**Poieses/Techné** – *Poieses* é o plano da produção humana baseada em aptidões e talentos. É onde são criados os artefatos e objetos. Quando essa produção se situa na racionalidade, buscando gerar vínculos entre o saber e o fazer, propicia a constituição de bens e instrumentos de interesses para os seres humanos. É a esfera da verdade instrumental, vinculada à *techné*. A *techné* é a reunião dos saberes que possibilitam repetições e reproduções, uma vez que podem ser ensinados, aprimorados e até mesmo substituídos. Contudo, se a *techné* possuir um fim em si mesma, tem-se o primado da técnica pela técnica, apartando-se da verdade prática (*práxis*), de modo que as relações de trabalho se tornam instrumentalizadas, mecânicas, desprovidas do binômio concepção-execução.

**Positivismo** – Na concepção de um de seus fundadores, Auguste Comte (1798-1857), a sociologia deveria orientar-se no sentido de conhecer e estabelecer aquilo que denominava leis imutáveis da vida social, abstendo-se de qualquer consideração crítica, eliminando também qualquer discussão sobre a realidade existente, deixando de abordar, por exemplo a questão da igualdade, da justiça, da liberdade. Tal sociologia de inspiração positivista procura construir uma teoria social separada não apenas da filosofia negativa, mas também da economia política como base para o conhecimento da realidade social. Separando a filosofia e a economia política, isolando-as do estudo da sociedade, esta forma de sociologia procura criar um objeto autônomo, “o social”, postulando uma independência dos fenômenos sociais em face dos econômicos (MARTINS, 1982, p. 31-32).

**Positivismo Jurídico** – Na definição de Bobbio (1995) entende-se a corrente que não admite distinção entre direito natural e direito positivo e afirma que não existe outro direito que o direito positivo. Para o referido autor, quando o direito for tratado como ideologia ele se qualifica como *jusnaturalista*; no que se refere a teoria do direito não é nem *jusnaturalista* nem positivista. Em sua parte metodológica - do direito -, situa-se com convicção, como positivista pelo grau de certeza que um ordenamento jurídico positivista proporciona, ou seja, existem critérios estabelecidos e claros que garantem que os resultados dos argumentos jurídicos sejam seguros, impedindo margem para discussões ou dúvidas.

**PP/PR (Perícia de Prorrogação/Pedido de Reconsideração)** - Serviço destinado aos segurados que estão em auxílio-doença, e que precisam permanecer afastados de suas atividades por mais tempo do que o previsto inicialmente pela perícia médica do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). Desse modo, o PR é o Pedido de Reconsideração do afastamento por motivo de saúde, tendo em vista que o segurado não se encontra em

condições de retornar ao trabalho, e pode ser solicitado nos 15 dias antes da alta médica (DCB - Data de Cessação do Benefício).

**PPP (Perfil Profissiográfico Previdenciário)** – Histórico laboral que contém diversas informações relativas às atividades do trabalhador na empresa, a função exercida, constituindo-se em um documento apresentado em formulário instituído pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), que contém informações detalhadas sobre as atividades do trabalhador, exposição à agentes nocivos à saúde e a concentração desses agentes, resultados de exames médicos e outras informações de caráter administrativo.

**PPRA (Programa de Prevenção de Riscos Ambientais)** – Estabelecido pela Norma Regulamentadora n. 9 (NR9), versa sobre a obrigatoriedade de elaboração e implementação, por parte de todos os empregadores e instituições que admitam trabalhadores como empregados, do documento PPRA, com o objetivo de promoção e preservação da saúde dos trabalhadores, por meio da antecipação, do reconhecimento, da avaliação e do conseqüente controle da ocorrência de riscos ambientais.

**Prática Defensiva** – Defesa suscitada pela vivência partilhada pelos trabalhadores dos riscos e enfermidades no trabalho. As vivências coletivas das situações profissionais determinam o surgimento de estratégias defensivas produzidas e vivenciadas coletivamente que, em muitos casos, chegam a caracterizar uma tradição da profissão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, p. 570).

**Práxis** – Atividade material humana transformadora do mundo e do próprio homem. Essa atividade real, objetiva, é, ao mesmo tempo, ideal, subjetiva e consciente. Ou seja, refere-se à atividade livre, universal, criativa e auto criativa, por meio do qual o homem cria (faz, produz), e transforma (conforma) seu mundo humano e histórico e a si mesmo (VÁZQUEZ, 2011, p. 398).

**Prazo** – Prazo (aceleratório) é o lapso de tempo máximo, previsto pelo CPC ou determinado pelo juiz, para que os sujeitos do processo pratiquem determinados atos, como contestar a ação, juntar rol de quesitos e indicar assistentes técnicos (cinco dias), recorrer da sentença, e etc. Para a realização de perícia e apresentação do laudo, o juiz estabelece determinado prazo que deve findar antes do vigésimo dia que precede a audiência. Este prazo pode ser prorrogado apenas uma vez, por solicitação do perito, a critério do juiz. O prazo para os assistentes técnicos oferecerem seus pareceres é de dez dias depois da apresentação do laudo pericial. Na prática este prazo vem sendo contado a partir da data da publicação referente à juntada do laudo notificando as partes para se manifestarem sobre o mesmo. Na ocorrência de motivo justo, alheio à vontade da parte,

que a impediu de praticar o ato, o juiz pode reconsiderar o início do prazo (*restituição do prazo*). O prazo em dias refere-se a *dias úteis* com expediente normal do fórum. Inicia-se no primeiro dia útil após a intimação ou ato equivalente. Se a data da intimação for uma sexta-feira, inicia-se na segunda-feira seguinte, salvo se neste dia não houver expediente forense, caso em que o início se dá na terça-feira. Deixando a parte de praticar o ato no prazo determinado, ocorre *preclusão*, ou seja, a parte perde o direito de fazê-lo. Deixando o perito de apresentar o laudo no prazo que lhe foi estabelecido, pode ser destituído pelo juiz e substituído, além das sanções previstas pelo CPC. Deixando o assistente técnico de apresentar seu parecer no prazo de dez dias, está precluso o direito de fazê-lo. Se foi apresentado extemporaneamente e encartada aos autos, a parte adversária pode requerer que o mesmo seja desentranhado dos autos (BRANDIMILLER, 1996, p. 73).

**Previdência Social** – De acordo com o artigo 201 da Constituição Federal (BRASIL, 1988), a Previdência Social é organizada sob a forma de regime geral, de caráter contributivo e de filiação obrigatória observados critérios que preservem o equilíbrio financeiro e atuarial, e atenderá, nos termos da lei, a: I – cobertura dos eventos de doença, invalidez, morte e idade avançada; II – proteção à maternidade, especialmente à gestante; III – proteção ao trabalhador em situação de desemprego involuntário; IV – salário família e auxílio-reclusão para os dependentes dos segurados de baixa renda; V – pensão por morte do segurado, homem ou mulher, ao cônjuge ou companheiro e dependentes, observado o disposto no § 2º.

**PRISMA (Projeto de Regionalização de Informações e Sistemas)** – Seu desenvolvimento visou a informatização dos postos de benefícios em todo o país tendo início em janeiro de 1991. A inclusão nas Agências da Previdência Social (APS) do sistema PRISMA e a possibilidade de consulta online dos dados do segurado pelo SBU (Sistema Único de Benefícios) permitiu a Previdência Social iniciar um processo de desburocratização de suas rotinas que avançou com a publicação da Resolução INSS/DC nº 133 de 26 de agosto de 2003, publicada no Diário Oficial da União de 29 de agosto de 2003 que aprovou a implementação do SABI (Sistema de Administração dos Benefícios por Incapacidade).

**Procedimento judicial** – Ou simplesmente, *procedimento*, é o modo pelo qual o processo anda, ou seja, como se instaura, se desenvolve e termina. Ou ainda: é a forma como se encadeiam os atos dos processos, como se ordenam no tempo os diferentes direitos e obrigações das partes e do juízo. Em suma, é uma espécie de “roteiro” ou de “receita

culinária” do processo. É também denominado *rito processual* (BRANDIMILLER, 1996, p. 72).

**Processo de Trabalho** – Categoria central na análise da Medicina Social Latino-americana compreendendo o caráter e a produção social do nexo biopsíquico num processo através do qual o homem se apropria da natureza transformando-a e transformando a si mesmo. É a materialização do processo de valorização aliado à divisão social do trabalho. Ou seja, é preciso extrair as características básicas de cada componente, quais sejam, o objeto de trabalho, ou o que é modificado através dos instrumentos de trabalho (com o que se modifica) somado ao próprio trabalho (como e porque se modifica) e, depois, analisar a relação entre eles para se reconstruir a dinâmica do processo de trabalho (LAURELL & NORIEGA, 1989, p. 103-107).

**Processo judicial** – Ou simplesmente, *processo*, é o meio ou instrumento pelo qual a jurisdição, provocada pela ação de uma das partes litigantes, se informa, analisa e decide (*compõe* o litígio). O processo é constituído por uma sequência de atos interdependentes, do juízo e seus auxiliares e das partes, que são denominados *sujeitos* do processo. Em determinadas ações, como as acidentárias, o Ministério Público participa obrigatoriamente como assistente, intervindo no mesmo como sujeito, requerendo e apreciando provas, arrazoando e mesmo recorrendo (BRANDIMILLER, 1996, p. 72).

**Processo Saúde-Doença** – Determinado pelo modo como o homem se apropria da natureza em um dado momento, apropriação que se realiza por meio de processo de trabalho baseado em determinado desenvolvimento das forças produtivas e relações sociais de produção. As categorias sociais adotadas do materialismo histórico, que nos permite enriquecer a compreensão da problemática da essência do processo saúde-doença e sua determinação, são: os conceitos de “classe social” e de “processo de trabalho” expressos nos respectivos entendimentos postos igualmente neste glossário.

**Procurador-Geral do Trabalho** - Órgão/membro chefe do Ministério Público do Trabalho (MPT). Nomeado pelo Procurador-Geral da República dentre integrantes da instituição com mais de 35 anos de idade, com 5 anos na carreira, integrante de lista tríplice escolhida mediante voto plurinominal, facultativo e secreto, pelo Colégio de Procuradores, para um mandato de dois anos, permitida uma recondução, observado o mesmo processo. Juntamente com os Subprocuradores-Gerais, Procuradores Regionais e Procuradores do Trabalho o Procurador-Geral compõe o Ministério Público do Trabalho (MPT).

**Provas** – São os meios processuais para se buscar a verdade formal sobre os fatos controvertidos, relevantes para a solução de um litígio. Ou seja, os meios que possibilitam ao juiz formar sua convicção sobre os fatos discrepantes alegados pelas partes, para poder julgar a ação. Entre os meios de prova, além da *perícia*, figuram: (a) a juntada aos autos do processo de diferentes documentos (*prova documental ou literal*); (b) o depoimento de testemunhas em juízo (*prova testemunhal ou oral*); (c) a *confissão* de fato alegado por uma parte através do reconhecimento pela parte contrária – espontaneamente ou por depoimento provocado, o que vem isentar a parte contrária de prova-lo. Assemelha-se à confissão, deixar o réu de contestar fato afirmado pelo autor na inicial e; (d) a *inspeção judicial*, quando o juiz ou as partes sentirem necessidade de *ver diretamente a pessoa ou a coisa* com a qual se relacionam fatos controversos de interesse à decisão da causa. O CPC prevê expressamente a possibilidade de o juiz realizar inspeção direta, *in loco*, para verificar, analisar ou interpretar os fatos controversos (BRANDIMILLER, 1996, p. 31).

**PRTs (Procuradorias Regionais do Trabalho)** - O MPT ramifica-se em 24 Procuradorias Regionais (PRTs) que se subdividem em Procuradorias do Trabalho nos Municípios (PTMs). Essas Procuradorias Regionais identificam-se regionalmente e numericamente de acordo com a referência atribuída ao Tribunal Regional do Trabalho (TRT) no qual inserem o âmbito de sua atuação institucional. As PTMs são sedes das PRTs e foram criadas com o objetivo de interiorizar as atividades do MPT em nível municipal ou intermunicipal.

**PSF (Programa Saúde da Família)** – Criado pelo Ministério da Saúde em 1999, consiste na criação de equipes formadas por médicos, enfermeiros e auxiliares, com o objetivo de oferecer atendimento personalizado para promoção, prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde da população, por meio de ações básicas de melhoria na qualidade da atenção primária em saúde, entre outras.

**Psicologia Social do Trabalho** – Perspectiva teórico-prática que compreende fenômenos psicológicos em situações de trabalho, a partir de sua relação com a realidade material e social. Trata-se de abordagem crítica, por não naturalizar a estrutura e a hierarquia sociais, e por considerá-las como constituintes dos fenômenos cotidianos, articulando, assim, as dimensões micro e macrosocial em suas análises e práticas de intervenção. Contribui para a compreensão da organização do trabalho em sua relação com o processo saúde-doença, seja pelo modo como os processos organizativos definem contextos de trabalho que interferem na saúde, seja pelo modo como eles afetam o acontecer intersubjetivo e os modos de interpretação e de ação sobre a realidade, o que, por exemplo, inclui os

processos de naturalização dos riscos e das condições de trabalho (SATO & OLIVEIRA, 2018, p. 950-951).

**Psicopatologia do Trabalho** - Ao contrário de Paul Sivadon (1907-1992), um dos precursores da disciplina, o psiquiatra francês Louis Le Guillant (1900-1968) propôs a primazia ontológica do meio no adoecimento mental, prevalecendo em suas reflexões a ideia de que as contradições sociais ocupam um papel fundamental na origem dos conflitos vivenciados pelos pacientes, entre eles, os que adoecem no (e pelo) trabalho. Naquele momento, além de propor a unidade indissolúvel entre o indivíduo e o meio, Le Guillant criticou a separação entre o psicológico e o fisiológico, abrindo grandes perspectivas para o campo da Psicopatologia do Trabalho e ampliando as possibilidades de compreensão dos transtornos mentais, identificados com uma frequência cada vez maior nos contextos laborais da época (LIMA, 2018, p. 951-952).

**Psiquiatria do Trabalho** - Ramo da Psiquiatria Geral que examina os transtornos mentais relacionados ao trabalho, sob o ponto de vista preventivo, diagnóstico, terapêutico, epidemiológico, donexo causal, da incapacidade laboral e pericial, com a finalidade da promoção e da proteção da saúde mental do trabalhador. De acordo com Camargo (2018, p. 953-954), o referencial teórico dessa especialidade está fundamentado na relação entre Saúde Mental e Trabalho, área esta fundamentalmente interdisciplinar, composta pela Psicologia, Medicina do Trabalho, Psiquiatria e outras especialidades relacionadas à segurança e saúde do trabalho nas empresas.

**PTMs (Procuradorias do Trabalho nos Municípios)** - As Procuradorias do Trabalho nos Municípios (PTMs), antes denominadas Ofícios, são as unidades institucionais nas quais os Procuradores do Trabalho atuam perante as Varas do Trabalho. A referência de identificação, aplicável de maneira geral a todo o Ministério Público (MP), geralmente é o órgão judicial perante o qual se desenvolve funções institucionais. Salienta-se que nem sempre há uma Procuradoria do Trabalho perante cada Vara do Trabalho de todo o Tribunal. No constante processo de interiorização das atividades estatais, e considerando a inteira distinção de poder administrativo, há situações nas quais não é possível, no momento de instalação da Vara do Trabalho, instalar também uma Procuradoria do Trabalho no município-sede da Vara do Trabalho. Assim, diversas Procuradorias do Trabalho atuam perante mais de uma Vara do Trabalho. Por exemplo, na Procuradoria Regional da 17ª Região - Espírito Santo, a Procuradoria do Trabalho no Município de Cachoeiro de Itapemirim atua tanto perante as Varas do Trabalho daquele município como perante a Vara do Trabalho no Município de Alegre.

**RAAT (Relatório de Atendimento aos Acidentados do Trabalho)** – Instrumento de vigilância em Acidentes do Trabalho utilizado nos serviços de saúde que possibilita um banco de dados sobre as ocorrências de acidentes e a base para a realização de vigilância aos locais de trabalho, visando a implantação de medidas corretivas e preventivas afim de se evitar novas ocorrências. A notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador, em rede de serviços sentinela específica pelo Sistema Único de Saúde (SUS), está definida nas Portarias MS/GM nº 777, de 28 de abril de 2004, e nº 104, de 25 de janeiro de 2011.

**Reabilitação Profissional** - A Reabilitação Profissional é um serviço do INSS que tem o objetivo de oferecer aos segurados incapacitados para o trabalho, por motivo de doença ou acidente, os meios de reeducação ou readaptação profissional para o seu retorno ao mercado de trabalho. O atendimento é feito por equipe de médicos, assistentes sociais, psicólogos, sociólogos, fisioterapeutas e outros profissionais. A reabilitação profissional pode ser prestada também aos dependentes, de acordo com a disponibilidade das unidades de atendimento da Previdência Social. Depois de concluído o processo de reabilitação profissional, o INSS emite certificado indicando a atividade para a qual o trabalhador foi capacitado profissionalmente. O INSS fornece aos segurados recursos materiais necessários à reabilitação profissional, quando indispensáveis ao desenvolvimento do respectivo programa, incluindo próteses, órteses, instrumentos de trabalho, implementos profissionais, auxílio-transporte e auxílio-alimentação. O trabalhador em gozo de auxílio-doença tem prioridade de atendimento no programa e não há prazo mínimo de contribuição para que o segurado tenha direito à reabilitação profissional.

**Rede Sentinela** - Composta por unidades de saúde (chamadas de unidades sentinela) que identificam, investigam e notificam, quando confirmados, os casos de doenças, agravos e/ou acidentes relacionados ao trabalho.

**RENAST (Rede Nacional de Apoio à Saúde do Trabalhador)** – Rede desenvolvida de forma articulada entre o Ministério da Saúde (MS), as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, que tem como estratégia a garantia da atenção integral à saúde dos trabalhadores. Ela é composta por Centros Estaduais e Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) - ao todo, até setembro de 2008, 173 unidades espalhadas por todo o País - e por uma rede de 500 serviços sentinela de média e alta complexidade capaz de diagnosticar os agravos à saúde que têm relação com o trabalho e de registrá-los no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

**Réu** – É o litigante adversário, contra o qual a ação é proposta, sendo sinônimos: *requerido* (Rqdo.), *suplicado* (Supdo.). Na Justiça do Trabalho, o réu é habitualmente a empresa, sendo designada como *reclamada* (Rcda.). O réu deve também ser representado por *advogado*, designado *representante* ou *patrono* do réu. Constituem réus habituais nas ações em trabalho-saúde, o INSS (indenização pelo Seguro de Acidentes do Trabalho), o empregador (a empresa) e a seguradora privada quando o acidentado dela for segurado (ou beneficiário quando tratar-se do DPVAT). Nas ações penais são réus as pessoas às quais é imputada a responsabilidade pelo acidente ou doença relacionada ao trabalho: o responsável pela empresa e/ou prepostos (BRANDIMILLER, 1996, p. 71).

**RGPS (Regime Geral de Previdência Social)** – Tem suas políticas elaboradas pela Secretaria de Previdência do Ministério da Fazenda e executadas pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), autarquia federal vinculada ao Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário. Este Regime possui caráter contributivo e de filiação obrigatória. Dentre os contribuintes, encontram-se os empregadores, empregados assalariados, domésticos, autônomos, contribuintes individuais e trabalhadores rurais.

**Risco** – Ver “Cargas de Trabalho”.

**RPC (Regime de Previdência Complementar)** – Tem suas políticas elaboradas pelo Ministério da Previdência Social (MPS) e executadas pela Superintendência Nacional de Previdência Complementar (PREVIC). Este Regime é facultativo, organizado de forma autônoma ao RGPS. No Brasil o RPC é organizado em dois segmentos: o segmento operado pelas entidades abertas – com acesso individual, e o segmento operado pelas Entidades Fechadas de Previdência Complementar (EFPCs), também conhecidas como fundos de pensão, que operam Planos de Benefícios destinados aos empregados de empresa ou grupo destas, denominadas patrocinadoras, bem como aos associados ou membros de associações, entidades de caráter profissional, classista ou setorial, denominados de instituidores.

**RPPS (Regimes Próprios de Previdência Social)** - Os servidores públicos titulares de cargos efetivos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios possuem direito a Regime Próprio de Previdência Social conforme está previsto no art. 40 da Constituição Federal de 1988. Os regimes próprios são instituídos e organizados pelos respectivos entes federativos de acordo com as normas estabelecidas na Lei nº 9.717/98, que iniciou a regulamentação desses regimes. A partir da instituição do regime próprio, por lei, os servidores titulares de cargos efetivos são afastados do Regime Geral de Previdência Social (RGPS).

**SABI (Sistema de Administração de Benefícios por Incapacidade)** - Conjunto de aplicações informacionais que tem por objetivo o reconhecimento inicial do direito dos benefícios que necessitam de Perícia Médica para serem concedidos e mantidos. O SABI é composto por 6 módulos: (1) Módulo SADS - Cadastra os servidores para atuar em determinados serviços - utilizado pela Gerência Executiva (GEX); (2) Módulo de Apoio - Cadastra tabelas básicas - utilizado pelo CGBENI DF; (3) Módulo de Atendimento ao Cliente - Permite o requerimento, agenda perícia e mantém o benefício - utilizado nas Agências da Previdência Social (APS); (4) Módulo de Atendimento Médico (Clínica Médica) - Realiza a Perícia Médica - utilizado nas APS e pela Internet (via Tarantella); (5) Módulo de Controle Operacional - Administra a carteira de benefícios e as agendas dos médicos - utilizado pelas GEX e APS (Retaguarda) e; (6) Módulo de Gestão - Gera informações gerenciais - utilizado no CGEBENIN DF e GEX. O Módulo de Atendimento Médico (Clínica Médica) está disponibilizado na Internet através do software TARANTELLA. (MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL, 2009).

**SAT (Seguro Acidente de Trabalho)** – Contribuição empresarial para cobertura dos benefícios concedidos em razão do grau de incidência da incapacidade laborativa do trabalhador, decorrente dos riscos de uma dinâmica global de processos de trabalho; possui alíquota variável em função do grau de risco dos ambientes de trabalho (leve, médio ou grave), conforme tabela constante do Anexo 5 do Decreto n. 3.048/1999, de 6 de maio de 1999.

**Saúde** – Processo dinâmico resultante da confluência (com ou sem coerência) das políticas econômicas e sociais, das transformações do meio ambiente e ambiente de trabalho. De acordo com o art. 3º da Lei Orgânica da Saúde 8.080, a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais, entre outros; também o Parágrafo único da mesma Lei diz que é de escopo da saúde as ações que se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social. Os níveis de saúde de uma população expressam a organização social e econômica de um país.

**Saúde Coletiva** – Campo da saúde que se propõe a utilizar como instrumentos de trabalho a epidemiologia social ou crítica que, aliada às ciências sociais, prioriza o estudo da determinação social e das desigualdades em saúde, o planejamento estratégico e comunicativo e a gestão democrática. Além disso, abre-se às contribuições de todos os saberes - científicos e populares - que podem orientar a elevação da consciência sanitária

e a realização de intervenções intersetoriais sobre os determinantes estruturais da saúde. Para a Saúde Coletiva, além do Estado, há outros atores e poderes na sociedade civil que devem atuar para promover a democratização da saúde (SOUZA, 2014, p. 17-19).

**Saúde do Trabalhador** – Estabelecido sob os paradigmas da Medicina Social Latino Americana, o campo da Saúde do Trabalhador amplia o olhar das Ciências da Saúde para além dos fenômenos biológicos, quando analisa as causas do adoecimento e de sua manutenção, assim como possibilidades de promoção da saúde e prevenção de agravos a partir de situações sociais, culturais, trabalhistas, ambientais, econômicas e políticas. Surgido na mesma circunstância histórica que justificou a Reforma Sanitária, está inserido no contexto da Saúde Coletiva e ocupa o espaço criado pelo esgotamento dos modelos da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional, decorrente da perda de credibilidade junto aos trabalhadores além da dificuldade de diálogo com outras áreas afeitas ao processo saúde-doença (PINTO JÚNIOR; BRAGA; ROSELLICRUZ, 2012, p. 2842).

**Saúde Mental e Trabalho** – Trata-se de um campo de estudos que visa apreender a relação entre o trabalho e saúde mental em sua dupla dimensão: a) quando a atividade laboral se constitui em um recurso terapêutico, favorecendo a saúde mental (ergoterapia) e; b) quando é potencialmente patogênica, favorecendo o adoecimento mental (psicopatologia do trabalho) (LIMA, 2015, p. 608).

**Saúde Ocupacional** – Surgida no bojo da racionalidade "científica" da atuação multiprofissional e da estratégia de intervir nos locais de trabalho, com a finalidade de controlar os riscos ambientais, pela intervenção, agora sobre o ambiente de trabalho e não unicamente sobre o corpo do trabalhador, e revestida com o instrumental oferecido por outras disciplinas e outras profissões, a "Saúde Ocupacional" surge, sobretudo, dentro das grandes empresas, com este traço da multi e interdisciplinaridade, com a organização de equipes progressivamente multiprofissionais, e a ênfase na higiene "industrial", refletindo a origem histórica dos serviços médicos e o lugar de destaque da indústria nos países "industrializados" (MENDES & DIAS, 1991, p. 343).

**Saúde Pública** – Campo da saúde que toma como objeto de trabalho os problemas de saúde, definidos em termos de mortes, doenças, agravos e riscos em suas ocorrências no nível da coletividade. Nesse sentido, o conceito de saúde que lhe é próprio é o da ausência de doenças. Como instrumentos ou meios de trabalho, a Saúde Pública mobiliza a epidemiologia tradicional, o planejamento normativo e a administração de inspiração taylorista, em abordagens caudatárias da clínica e, portanto, da concepção positivista e

biologista da saúde. Acredita-se capaz por si só de assegurar a prevenção das doenças ao se ancorar no Estado institucionalizando-se em suas ações políticas (SOUZA, 2014, p. 17-19).

***Sécurité sociale*** – A seguridade social francesa baseia-se no princípio da solidariedade nacional e garante, para qualquer pessoa que trabalhe ou que resida na França de forma estável e regular, cobertura de despesas de doença, maternidade e paternidade, bem como despesas familiares. Garante os trabalhadores contra riscos de qualquer natureza que possam reduzir ou eliminar seus rendimentos. A origem dos riscos pode ser relacionada ao trabalho (acidentes de trabalho e doenças profissionais) ou não (doença, maternidade, invalidez, velhice e morte). Esta garantia é exercida pela afiliação dos interessados a um ou mais regimes obrigatórios. Ela resguarda a assistência e o pagamento de custos de saúde, bem como o serviço de prestação de assistência social, incluindo benefícios para idosos, o serviço de acidentes de trabalho e doenças profissionais, e a prestação de benefícios familiares abrigados pelo código da Seguridade Social, sujeito às disposições das convenções internacionais e às disposições da regulamentação europeia. A seguridade social francesa é composta de planos diferentes cujos contornos são definidos quando se pertence a esta ou a outra categoria profissional: (1) o regime geral, que abrange os trabalhadores - não sujeitos a um regime especial - da indústria, do comércio e dos serviços, bem como de certas categorias de trabalhadores similares aos assalariados. Mais de 80% da população francesa está sob este regime. Constitui, desta forma, o sistema de referência da Seguridade social francesa; (2) os regimes especiais, que dizem respeito a determinadas empresas ou a certos ramos. A especialidade de um regime especial pode ser total ou parcial (neste caso, é o regime geral que cobre os riscos não cobertos): (a) regimes totalmente especiais: SNCF (companhia de trens francesa), RATP (companhia de metrô francesa), militares de carreira, da marinha e etc. e, (b) regimes parcialmente especiais: EDF-GDF (empresas de energia/gás natural francesas), a Assembleia Nacional, o Senado, funcionários estaduais e públicos, estudantes e etc.; (3) o regime agrícola que abrange todos os assalariados agrícolas e os agricultores. É administrado pela Mutualidade Social Agrícola (*Mutualité Sociale Agricole - MSA*) e; (4) o regime dos não-assalariados não-agrícolas, que abrange os não assalariados nas profissões não agrícolas (artesãos, comerciantes, industriais e profissionais liberais). É administrado pelo Regime Social dos Independentes (*Régime social des Indépendants - RSI*).

**SESMTs (Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho)** – Estabelecidos pela Norma Regulamentadora n. 4 (NR4), empresas privadas

e públicas e pelos órgãos públicos da administração direta e indireta, bem como os órgãos dos poderes legislativo e judiciário que possuam empregados regidos pela CLT deverão manter obrigatoriamente, os SEMSTs com a finalidade de promover a saúde e proteger a integridade do trabalhador no local de trabalho.

**SIAB (Sistema de Informações de Atenção Básica)** – Criado pelo DATASUS, em conjunto com a Coordenação de Saúde da Comunidade (COSAC/SAS), com a função de subsidiar municípios, estados e o Ministério da Saúde com informações fundamentais para o planejamento, o acompanhamento e a avaliação das ações desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde e pelas equipes de Saúde da Família. É um sistema informatizado para os Programas Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programas de Saúde da Família (PSF), que agiliza a consolidação dos dados coletados, assim como as decisões das ações de saúde emergenciais a serem tomadas.

**SIC (*Système d'Information Concret*)** – Sistema informacional francês desenvolvido na APCME e que possui objetivos preventivistas. A identificação de um paciente que sofre de uma doença devido ao meio ambiente de trabalho permite reportar os postos de trabalho de risco e implica num retorno de informações aos atores, particularmente aqueles que tem uma função relativa ao saneamento do território. O objetivo de prevenção passa por dois níveis: a completude no tratamento de cada caso individual (de acordo com um percurso que passa da suspeita ao tratamento do meio ambiente de trabalho) e a constituição de um banco de dados. O registro da informação deve então ser efetuado para uma população bem definida, com rigor, isto é, de acordo com os mesmos procedimentos, de acordo com uma codificação de reagrupamento reconhecida de forma a permitir não somente uma exploração estatística dos dados, mas também uma comparação entre polos de trabalho.

**SICOPREV (Sistema de Perícias Médicas e Conciliações Pré-processuais em Matérias Previdenciária)** – Vinculado ao Centro Judiciário de Solução de Conflitos e Cidadania (CEJUSCON) pela Resolução 125/2010 do CNJ, o SICOPREV foi criado para padronizar e agilizar a tramitação de ações de concessão de benefícios por incapacidade. Com a implantação do sistema, todas as ações que ingressam nas Varas Previdenciárias de Porto Alegre com potencial para conciliação são encaminhadas para o projeto. Se a perícia confirma que o autor não está apto para o trabalho, será designada audiência para tentativa de acordo com o INSS no prazo estimado de 30 dias. Caso contrário, o processo é devolvido à vara de origem para julgamento. Tal iniciativa dispôs de cinco salas especialmente projetadas e equipadas para esse fim na própria sede da Justiça Federal em

Porto Alegre para realização das avaliações médicas. O objetivo é que as demandas sejam solucionadas no prazo médio de 60 dias.

**SINAN (Sistema de Informações de Agravos de Notificação)** – Desenvolvido pelo CENEPI em 1993, com a finalidade de propiciar ao Comitê Temático Interdisciplinar sobre Geoprocessamento e Dados Espaciais em Saúde (CTI-Geo), pertencente à Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), informações estatísticas sobre enfermidades epidemiológicas comunicadas, como forma de apoio a iniciativas para aprimorar a localização de eventos registrados nos Sistemas Nacionais de Informações em Saúde (SIS).

**Síndrome de *Burnout*** – Também conhecida no Brasil como Síndrome do Esgotamento Profissional (Z73.0 do Grupo V da CID-10) possui os determinantes diretamente ligados aos aspectos do processo de trabalho. O trabalhador se sente desgastado, perde a energia ou se “queima” completamente. É uma sensação constante de “estar acabado” onde perde-se o sentido da relação com o trabalho, desinteressando-se e qualquer esforço parece inútil.

**Socialismo** - Para Marx e Engels, o socialismo era, antes de qualquer outra coisa, uma negação do capitalismo, que desenvolveria sua própria identidade positiva (o comunismo) através de um longo processo revolucionário no qual o proletariado transformaria a sociedade e, com isso, transformaria a si mesmo. Para os marxistas precedentes, o socialismo é essencialmente um estágio transitório no caminho para o comunismo.

**Socialismo Jurídico** - O Direito pressupõe a relação-capital: sob as vestes da igualdade e da liberdade jurídicas está a relação contratual pela qual “livremente” é vendida a força de trabalho em condições de “igualdade” perante a classe detentora dos meios de produção. A defesa de um “socialismo jurídico” seria, em verdade, a defesa do modo como a exploração da classe trabalhadora toma forma na sociedade capitalista. Um “socialismo jurídico” é um não socialismo, é a perpetuação da relação-capital, mesmo que isso verbal e “juridicamente” possa se dar em nome dos trabalhadores. Na perspectiva socialista, é preciso afirmar, teórica e praticamente, a prioridade do conteúdo social concreto em relação à forma jurídica, das práticas classistas em relação à institucionalidade do Estado.

**Sofrimento Psíquico** – Ideia muito utilizada em estudos de Psicopatologia do Trabalho, especialmente na França e no Brasil; refere-se aos sentimentos de angústia relacionados a situações de trabalho; introduz a dimensão da subjetividade na análise do trabalho pelos profissionais, importante para a análise dinâmica da satisfação e da insatisfação laboral,

presente na origem de sintomas psíquicos relacionados ao trabalho. Dois fatores relevantes para a origem da sintomatologia psíquica em trabalhadores são a perda do sentido subjetivo do trabalho e a falta de reconhecimento social pelo trabalho que realizam (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, p. 572).

**Sofrimento Social** - O sofrimento social é muito mais amplo e genérico que o sofrimento no trabalho e o sofrimento psíquico; entretanto, são indissociáveis. Aborda várias questões pertinentes ao trabalho, na atualidade, possibilitando compreender a dimensão social desta relação perpassada por relações de poder, desregulamentações, exploração e perda de direitos. Expressa vulnerabilidades, como a questão das perdas reais, a exemplo da perda do emprego, de dinheiro ou bens, mas também o medo da perda, o sentimento de perda. Segundo Mendes e Werlang (2018, p. 1104-1105), em ambos os casos os indivíduos vivem a questão relativa à perda, tanto real quanto antecipada, no plano da interioridade.

**Subjetividade** – Facas e Mendes (2018, p. 1113) entendem que o trabalho, enquanto atividade essencialmente humana, ou seja, como um comportamento investido pela subjetividade de quem o realiza, pode ser visto como uma atividade de produção que, por um lado, transforma o mundo e, por outro, permite que a inteligência e a criatividade humana se expressem. Assim, trabalhar pressupõe uma mobilização da subjetividade que engloba o uso da inventividade, da criatividade, da engenhosidade, de modo que trabalhar é transformar o mundo social à volta do humano.

**Subjetividade autêntica/inautêntica** – Conceito desenvolvido por Tertulian (1993), o exercício da subjetividade autêntica expressa formas de autonomia, enquanto as formas de subjetividade inautêntica são próprias da heteronomia. Assim, compreendemos que há uma "necessidade extrínseca e acidental" como acumulação de capital para a organização capitalista, ou seja, uma subjetividade inautêntica que reifica a verdadeira subjetividade do homem como ser genérico e; uma "necessidade interna e necessária" enquanto uma subjetividade autêntica do trabalhador que se encontra com seu ser genérico e satisfaz uma vida plena de sentido. É neste processo de envolvimento interativo, que se ampliam e complexificam-se as formas da *reificação*. Formas estas que distanciam a subjetividade da pessoa-humana-que-trabalha do exercício de uma atividade autêntica e autodeterminada desde quando o capital imputa ao trabalho sua expressão abstrata e, portanto, gerador de valor.

**SUIBE (Sistema Único de Informação de Benefícios)** – Sistema informacional do INSS que disponibiliza informações que permitem a visão dos processos de benefícios em suas

diversas fases. O SUIBE é dividido nos grupos de Concessão (Requeridos, Concedidos, Reabertos, Represados), Manutenção (Mantidos, Atualizados, Créditos Emitidos e Retornos). Tem uma base composta desde o ano de 2003, com atualizações semanais e mensais, além de geração de relatórios com informações primordiais para tomadas de decisão pela cúpula do INSS e informações de indicadores.

**Sujeito** – Em Marx, há uma indissociabilidade entre a discussão sobre sujeito histórico e sujeito revolucionário. O primeiro traz a noção marxiana de que “*os homens fazem a sua própria história*” (MARX & ENGELS, 2011b), objetiva e subjetivamente determinados – limitados e potencializados, mas nunca apenas passivamente submetidos – pelas formas sociais concretas de sua existência, ao passo que o segundo, a constatação do caráter histórico, portanto superável, das formas atuais de existência social, a partir da ação do proletariado como um sujeito potencialmente revolucionário. Potencial revolucionário dado, não por sua vontade, mas justamente pelas formas históricas concretas – a dinâmica da luta de classes – através das quais as circunstâncias de sua existência social determinam a sua consciência de classe.

**SUS (Sistema Único de Saúde)** – Instituído pela Constituição Federal de 1988, constitui o conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público do país. A ele compete, entre outras atribuições, executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de Saúde do Trabalhador; colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendendo o ambiente de trabalho; e participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico (art. 198, *caput*, e art. 200, incisos II, IV e VIII, da Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 5 de outubro de 1988).

**SUSEP (Superintendência de Seguros Privados)** – Órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro. Autarquia vinculada ao Ministério da Fazenda, foi criada pelo Decreto-lei nº 73, de 21 de novembro de 1966. Limita-se a verificar a perda corporal de funcionalidade em percentuais por demais reduzidos.

**Tableaux des Maladies Professionelles** - Na França, como na maioria dos países ocidentais, uma patologia só pode ser definida como uma doença profissional com base em critérios específicos pois, no país, o subconhecimento do nexos causal das doenças laborais também se dá devido às dificuldades de codificação. Portanto, um conjunto de tabelas, denominadas *Tableaux des Maladies Professionelles* (Tabelas das Doenças

Profissionais), define a lista de patologias que podem ser reconhecidas como doenças relacionadas ao trabalho e é voltada principalmente aos trabalhadores do setor privado (semelhante aos nossos celetistas, de vínculo formal de trabalho). As doenças profissionais são, portanto, uma categoria específica de doenças, codificadas pela lei francesa que, longe de ser o resultado de meras considerações científicas, é muito mais objeto de lutas entre representantes sindicais e patronais. A lei que originou as *Tableaux...* de 27 de outubro de 1919, estende o conceito de “doenças de origem profissional” da lei de 9 de abril de 1898 sobre acidentes de trabalho, que define as doenças relacionadas ao trabalho como doenças profissionais com "condições agudas ou crônicas, referenciadas nas tabelas anexados à Lei citada, quando atingem trabalhadores geralmente envolvidos com trabalhos industriais correspondentes". Contudo, a redação atual da lei é diferente, mas a referência às *Tableaux...* permanece: de acordo com o artigo L. 461-1 do Código da Seguridade Social, "é presumido como sendo de origem profissional todas as doenças designadas numa tabela de doenças relacionadas ao trabalho e contraída nas condições mencionadas nesta tabela". Cada uma dessas tabelas tem um título, que indica a categoria de patologias de que se trata e três colunas: (1) A primeira coluna envolve a designação da doença, isto é, os sinais clínicos necessários para que sejam atestados por via médica; (2) A segunda especifica um período de espera, ou seja, o período máximo entre o reconhecimento da condição e a data em que o trabalhador deixou de estar exposto ao risco. Esta coluna também pode incluir, dependendo da doença, uma duração mínima de exposição ao risco e; (3) a terceira coluna possui uma lista limitativa ou indicativa dos tipos de trabalho suscetíveis de causar tais doenças, afins de se evidenciar onexo causal.

**Taylorismo-Fordismo** – Forma pela qual a indústria e o processo de trabalho consolidaram-se ao longo do século XX, cujos elementos constitutivos básicos eram dados pela produção em massa, através da linha de montagem e de produtos homogêneos; através do controle dos tempos e movimentos pelo cronômetro taylorista e da produção em série fordista; pela existência do trabalho parcelar e pela fragmentação das funções; pela separação entre elaboração e execução no processo de trabalho; pela existência de unidades fabris concentradas e verticalizadas e pela constituição/consolidação do operário-massa, do trabalhador coletivo fabril, entre outras dimensões. Menos do que um modelo de organização societal, que abrangeria igualmente esferas ampliadas da sociedade, Antunes (2006, p. 25) compreende o fordismo como o processo de trabalho

que, junto com o taylorismo, predominou na grande indústria capitalista ao longo do século XX.

**TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido)** - Por meio da assinatura desse termo, obtém-se a anuência do sujeito da pesquisa e/ou de seu representante legal, livre de vícios (simulação, fraude ou erro), dependência, subordinação ou intimidação, após explicação completa e pormenorizada sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, formulada em um termo de consentimento, autorizando sua participação voluntária na pesquisa. O TCLE é um dos mais importantes documentos do protocolo de pesquisa e deve ser redigido em linguagem acessível aos sujeitos participantes.

**TCU (Tribunal de Contas da União)** - Instituição brasileira prevista na Constituição Federal de 1988 para exercer a fiscalização contábil, financeira, orçamentária, operacional e patrimonial da União e das entidades da administração direta e administração indireta, quanto à legalidade, à legitimidade e à economicidade e a fiscalização da aplicação das subvenções e da renúncia de receitas. Auxilia o Congresso Nacional no planejamento fiscal e orçamentário anual.

**Toyotismo** – Ideologia orgânica da administração da produção capitalista sob a mundialização do capital, adequado às necessidades da acumulação do capital na época da crise estrutural de superprodução e a nova base técnica da produção capitalista. Ele pode ser considerado o “momento predominante” do novo complexo de reestruturação capitalistas que atinge as empresas capitalistas e que possui como nexos essenciais, a captura da subjetividade do trabalho pela lógica do capital (ALVES, 1999).

**Trabalho** - Em primeiro lugar, a categoria de trabalho possui um significado histórico-ontológico. Nesse caso, trabalho significa intercâmbio orgânico entre o homem e a Natureza. Eis o pressuposto estrutural (e estruturante) da atividade humano-social, o princípio ontológico constitutivo do ser social. Segundo, o intercâmbio orgânico com a Natureza é um intercâmbio técnico, ou seja, é um intercâmbio mediado por objetos de trabalho, meios de produção da vida social, formas de objetivação que, tal como uma outra Natureza, se impõe sobre os homens, pois exigem, para sua plena manipulação, a observância de determinadas habilidades prático-cognitivas. Terceiro, intercâmbio orgânico com a Natureza é um intercâmbio interativo-social, o que implica que, consciência e técnica pressupõem, como complexo de determinações reflexivo, a interação social, a socialidade, a relação do homem com outros homens, a cooperação social, que no decorrer da história do homem adquiriu várias formas sócio históricas,

determinada pelas relações de propriedade social e pelo grau de desenvolvimento das forças produtivas. A atividade de trabalho humano é intrinsecamente atividade social.

**Trabalho Concreto/Abstrato** – Como uma mercadoria encerra ao mesmo tempo um valor de uso e um valor de troca, ou simplesmente, valor, o trabalho que a produz tem duplo caráter: (1) qualquer ato de trabalho que é uma atividade produtiva de um determinado tipo, que visa a um objetivo determinado, assim considerado, trabalho útil, ou dito, trabalho concreto, cujo produto é um valor de uso; (2) qualquer ato de trabalho que pode ser considerado separadamente de suas características específicas, simplesmente como dispêndio de força de trabalho humana. O dispêndio de trabalho humano considerado sob esse aspecto cria valor e é chamado de trabalho abstrato. O trabalho concreto e o trabalho abstrato não são atividades diferentes, mas sim a mesma atividade considerada em seus aspectos diferentes.

**Trabalho Prescrito e Trabalho Real** – O “trabalho prescrito” se constitui de imposições da organização do trabalho para com os trabalhadores de forma que, raramente dá conta das situações reais de trabalho em função de sua variabilidade e complexidade mesmo que previamente planejado. O “trabalho real” dá-se por situações reais existentes no processo de trabalho, ou seja, é a maneira desenvolvida pelo trabalhador para lidar com as situações reais da dinâmica de processo trabalho, composta pelas interações entre trabalhadores, o próprio trabalho, os objetos de trabalho e os instrumentos de trabalho. Dessa forma, o trabalhador desenvolve formas de resistência na superação da lacuna entre o “trabalho prescrito” e o “trabalho real” por meio de estratégias de mediação individuais e/ou coletivas.

**Trabalho Produtivo/Improdutivo** – A diferença entre trabalho produtivo e improdutivo é importante com respeito à acumulação, já que só a troca por trabalho produtivo constitui uma das condições da reconversão do mais-valor em capital. É produtivo, pois, o trabalho que se representa em mercadorias, que gera diretamente mais-valor, isto é, que valoriza o capital. E improdutivo aqueles trabalhos que não geram valor diretamente, contudo entram, do ponto de vista da valorização do valor, de forma indireta, também podendo se configurar enquanto mercadorias que não são vendidas diretamente.

**Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT)** – Ou simplesmente Estado de Estresse Pós-Traumático (F43.1 do Grupo V da CID-10) caracteriza-se como uma resposta tardia e/ou protraída a um evento ou situação estressante (curta ou longa duração) de natureza excepcionalmente ameaçadora e catastrófica. E, reconhecidamente, causaria extrema angústia em qualquer pessoa. O risco do desenvolvimento de tal transtorno,

parece estar relacionado a trabalhos ditos perigosos que envolvem responsabilidade com vidas humanas, com risco de grandes acidentes e etc. O quadro típico consiste em episódios de repetidas revivescências do trauma, que se impõem à consciência clara ou em sonhos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, p. 181).

**Transdisciplinaridade** - Diferentemente de *inter* e *multi*, que se referem ao que fica entre disciplinas, o prefixo *trans* implica em transcender, ou ir além dos limites da disciplinaridade. Como há diferentes formas de transcender a produção de conhecimento disciplinar, não há uma definição ou mesmo uma caracterização de consenso para transdisciplinaridade. Com relação ao desenvolvimento do conhecimento em saúde, Philippi Jr., Pacheco, Fernandes e Sommerman (2018, p. 1196-1197) reconhecem na transdisciplinaridade um modo de se avançar em sua produção, a partir da análise de sistemas complexos envolvendo implicações psicobiológicas e socioculturais, que se manifestam individual ou coletivamente no ciclo saúde-doença, considerando estruturas sociosanitárias, biomédicas, políticas e econômicas.

**Transtornos de Ansiedade Relacionados ao Trabalho** - As situações de trabalho comumente descritas como potencialmente causadoras de altos níveis e estresse estão relacionadas ao desencadeamento e/ou agravamento dos transtornos de ansiedade. Podem ocorrer, ainda, na sequência de transtornos reativos ao estresse/de adaptação, ser consequentes do agravamento de quadros de síndrome de *burnout* ou estar relacionados às consequências geradas por outras patologias ocupacionais não psíquicas, isto é, os Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT) e a Perda Auditiva Induzida por Ruído (PAIR). O grupo dos transtornos de ansiedade constitui a terceira maior causa de afastamentos do trabalho entre os quadros psiquiátricos, gerando custos importantes para as empresas, sendo que os custos indiretos (por queda da produtividade) são mais significativos que os diretos (referentes ao tratamento médico e afastamento laboral) para estes quadros. Estão, juntamente com os transtornos de humor, entre os que mais geram processos judiciais para pedido de indenização entre as doenças psíquicas relacionadas ao trabalho, obtendo reconhecimento de nexos com o trabalho em vários destes processos (CARVALHO, 2018, p. 1198-1199).

**Transtornos Mentais e do Comportamento Relacionados ao Trabalho (Grupo V da CID-10)** – Resultam, não de fatores isolados, mas de contextos de trabalho em interação com o corpo e aparato psíquico dos trabalhadores. As ações implicadas no ato de trabalhar podem atingir o corpo dos trabalhadores, produzindo disfunções e lesões biológicas, mas também reações psíquicas às situações de trabalho patogênicas, além de poderem

desencadear processos psicopatológicos especificamente relacionados às condições de trabalho desempenhado pelo trabalhador (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011, p. 161).

**Transtornos Mentais Orgânicos Relacionados ao Trabalho** - Conjunto de quadros psiquiátricos que têm em comum a presença de uma lesão ou disfunção cerebral de etiologia demonstrável, relacionada a exposições ambientais (neurointoxicações), traumatismos cranianos (acidentes) relacionados ao ambiente de trabalho ou abuso/dependência de certas substâncias que levam à lesão definitiva do tecido cerebral (principalmente o álcool, tratado em verbete específico). Os sintomas e a evolução dos quadros são extremamente variáveis, pois dependem da área do cérebro que foi atingida. Incluem quadros de demência, “delirium” (rebaixamento do nível de consciência), transtorno leve de cognição, transtorno orgânico de personalidade, transtorno orgânico de humor e transtorno orgânico delirante. De acordo com Carvalho (2018, p. 1203-1204), é comum a ocorrência de sintomas neurológicos variados, associados às alterações psiquiátricas.

**Tricherie** – Terminologia francesa que em tradução livre para o português remete à “trapaça”, “fraude” ou “transgressão”. Refere às renormatizações do trabalho prescrito que flexibilizam o modo operatório da tarefa, tornando-a mais eficaz e condizente à subjetividade do trabalhador. Não possui conotação pejorativa e tampouco relaciona-se a um agir doloso. Dada certa pressão institucional, o trabalhador se vê num dilema: para trabalhar, deve transgredir; caso contrário, fica paralisado, o que também não pode ocorrer. Invariavelmente o indivíduo lança mão de “trapaças”, “jeitinhos” ou “gambiarras” para dar conta de realizar o trabalho real (PINTO E SILVA & HELOANI, 2013, p.483).

**TRTs (Tribunais Regionais do Trabalho)** – Correspondem à segunda instância na tramitação de um processo trabalhista, mas detêm competências originárias nos julgamentos dos dissídios coletivos, ações rescisórias e mandados de segurança. Estão distribuídos por regiões que normalmente, correspondem aos limites territoriais do estado.

**TST (Tribunal Superior do Trabalho)** – Instância mais elevada de julgamento para temas envolvendo o Direito do Trabalho, composto por 27 juízes intitulados ministros, nomeados pelo presidente da república após aprovação do senado federal.

**UBS (Unidade Básica de Saúde)** – Fazem parte da Política Nacional de Urgência e Emergência, lançada pelo Ministério da Saúde (MS) em 2003, estruturando e organizando a rede de urgência e emergência no país, para integrar a atenção às urgências. A atenção

primária é constituída pelas unidades básicas de saúde (UBS) e Equipes de Saúde da Família, enquanto o nível intermediário de atenção fica a encargo do SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel as Urgência), das Unidades de Pronto Atendimento (UPA), e o atendimento de média e alta complexidade é feito nos hospitais. Os principais serviços oferecidos pelas UBS são consultas médicas, inalações, injeções, curativos, vacinas, coleta de exames laboratoriais, tratamento odontológico, encaminhamentos para especialidades e fornecimento de medicação básica.

**Unicamp (Universidade Estadual de Campinas)** – Universidade pública brasileira fundada na cidade de Campinas, interior de São Paulo. É uma das quatro universidades mantidas pelo governo do Estado de São Paulo, ao lado da Universidade de São Paulo (USP), da Universidade Estadual Paulista (UNESP) e da Universidade Virtual do Estado de São Paulo (UNIVESP).

**Valor (uso e troca)** – As mercadorias requerem a produção não apenas de valores de uso, mas também de valores para outrem. Nenhuma coisa pode ser valor sem ser objeto de uso. Se ela é inútil, também o é o trabalho nela contido, não conta como trabalho e não cria, por isso, nenhum valor (MARX, 2013, p. 119). O valor de uso é socialmente necessário para o valor. Já os valores de troca são uma representação do valor. E valor é tempo de trabalho socialmente necessário para a produção de uma mercadoria. Valores de uso possuem as qualidades e quantidades materiais e heterogêneas do trabalho, ao passo que os valores de troca são substancialmente quantitativos e homogêneos, dando ao valor a característica de ser imaterial e relacional.

**Varas do Trabalho** – Primeira instância das ações de competência material da Justiça do Trabalho, com jurisdição exercida por juiz federal.

**VISAT (Vigilância em Saúde do Trabalhador)** - Refere-se a uma série de práticas de Saúde Pública/Coletiva, integradas e contínuas, que visam conhecer, identificar, analisar e intervir sobre riscos e agravos, alçando os determinantes e condicionantes das condições de saúde do trabalhador. Seu objeto de ação é amplo, de natureza complexa, inserindo-se no cenário histórico e social em que o problema está definido. Pinheiro e Ribeiro (2018, p. 1231-1232) citam que no contexto atual, é marcado pelos conflitos de interesses entre trabalhadores, empregadores, o Estado e a sociedade e que a VISAT no Brasil é um dos componentes da Vigilância em Saúde, juntamente com as vigilâncias sanitária, epidemiológica e ambiental.