

**Faculdade Pitágoras**  
Núcleo de Pós-Graduação  
Especialização em Perícia Médica Previdenciária

Altamir Gralha,  
Antonio R R. Malcum,  
Élio Rolim  
Juliano Fontanari

**A falácia da equidade na Previdência Social: Análise do perfil dos benefícios por incapacidade E31 e E32 dos CIDs M65, M54, F31 e F32 na Gerência de Porto Alegre**

Monografia apresentada ao Núcleo de Pós-Graduação da Faculdade Pitágoras como requisito parcial para obtenção do título de Especialização em Perícia Médica Previdenciária.

Orientador: Prof. Dr. Amadeu Roselli-Cruz

BELO HORIZONTE – MG

2011



## EPÍGRAFE



"Assim, sob qualquer ângulo que se esteja situado para considerar esta questão, chega-se ao mesmo resultado execrável: o governo da imensa maioria das massas populares se faz por uma minoria privilegiada. Esta minoria, porém, dizem os marxistas, compor-se-á de operários. Sim, com certeza, de antigos operários, mas que, tão logo se tornem governantes ou representantes do povo, cessarão de ser operários e pôr-se-ão a observar o mundo proletário de cima do Estado; não mais representarão o povo, mas a si mesmos e suas pretensões de governá-lo. Quem duvida disso não conhece a natureza humana." (Mikhail Aleksandrovitch Bakunin).

"Sou um amante fanático da liberdade, considerando-a como o único espaço onde podem crescer e desenvolver-se a inteligência, a dignidade e a felicidade dos homens; não esta liberdade formal, outorgada e regulamentada pelo Estado, mentira eterna que, em realidade, representa apenas o privilégio de alguns, apoiada na escravidão de todos; (...) só aceito uma única liberdade que possa ser realmente digna desse nome, a liberdade que consiste no pleno desenvolvimento de todas as potencialidades materiais, intelectuais e morais que se encontrem em estado latente em cada um (...)" (Mikhail Aleksandrovitch Bakunin).

## AGRADECIMENTOS

Oferecemos e agradecemos a nossos pais, poucos ainda presentes, mas todos sempre vivos em nossa memória mais saudosa ainda daqueles que passaram e deixaram os escritos na pedra, como os espartanos: “Ω ξείν’, ἀγγέλλειν Λακεδαιμονίοις ὅτι τῆδε κείμεθα τοῖς κείνων ρήμασι πειθόμενοι: ” Vai e diz a eles que aqui jazemos por vós”.

Aos nossos filhos e netos: que cumpram o que é paz na epístola de João: “Saíram dentre (de) nós, mas não eram dos nossos; porque, se fossem dos nossos, teriam permanecido conosco; mas todos eles saíram para que se manifestasse que não são dos nossos (I João, 2,19). Eles são do mundo, por isto falam como quem é do mundo, e o mundo os ouve (I João, 4, 5). A eles, nossa gratidão: vieram do futuro e nos ensinam, como experiência viva, o que é alteridade<sup>1</sup>, impondo-nos um novo destino, uma nova vida. Em especial à Anna Martha Vaitses Fontanari e Karin Ceroni Malcum pelas presenças e correções constantes. A suas mães e avós, nossas esposas, que nos perderam, fugidios nestes tempos de estudo e escrita, pela paciência e estímulo constantes.

Ao anônimo “segurado do INSS”, milhares avaliados por nós, sendo a maioria gente humilde, vivendo momentos de intensa fragilização, homens e mulheres que se dignificam pela família e pelo trabalho, nossa gratidão pela vida compartilhada, pelos ensinamentos e, embora tarde, pedimos perdão pelos erros cometidos no exercício de nossa tarefa.

Aos professores do Curso de Especialização em Perícia Médica Previdenciária, que nos firmaram conceitos vividos em nosso dia-a-dia; em especial ao Professor Amadeu, nosso Orientador, pela sua sabedoria e profunda capacidade de pacificação.

Finalmente, mas não menos importante e mais dramático: como é próprio do trabalho em instituições que operam o litígio e o contraste, onde mais lavra a história e sua dialética, onde mais se exige a lapidação das emoções, não é comum agradecer a estas instituições antes de se aposentar, mas nós o faremos: nossa gratidão ao INSS, apesar de desacordos, por ter-nos feitos Peritos. Tão avançados em idade estamos, nós que assistimos o INPS sair do casulo para INSS, não conseguimos mais separar aquilo que somos do que vivemos na e pela instituição.

---

<sup>1</sup> Natureza ou condição do que é do outro, do que é distinto. Dicionário Houaiss da língua portuguesa. Rio de Janeiro. 1ª Ed. 2001

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

APS – Agência da Previdência Social

ASO – Atestado de Saúde Ocupacional (Admissional, Demissional, Periódico, Troca de Função e Retorno ao trabalho)

AT – Acidente de Trabalho (propriamente dito ou de percurso, trajeto)

B31 – Benefício da Espécie 31, também E31, concedido por incapacidade laboral

B32 – Benefício da Espécie 32, também E32, aposentadoria por invalidez

BI – Benefício por incapacidade

CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho

CID X – Classificação Internacional de Doenças, décima classificação

CNIS – Cadastro nacional de informações sociais

DID – Data do início da doença

DII – Data do início da incapacidade

DOU – Diário Oficial da União

F31 – F corresponde ao grupo das doenças mentais e 31 ao transtorno do humor bipolar

F32 – F corresponde ao grupo das doenças mentais e 32 à depressão monopolar

GBENINPOA – Gerência de Benefícios por Incapacidade de Porto Alegre

GA – Gestão Administrativa

GR – Gerência Regional

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INSS – Instituto Nacional de Previdência Social

LER/DORT – Lesão por Esforços Repetitivos – Doenças Osteoarticulares Relacionadas ao Trabalho

M54 – M corresponde ao grupo das doenças osteomusculares e 54 às dorsalgias

M65 – M corresponde ao grupo das doenças osteomusculares e 65 às tenossinovites

NTEP – Nexo Técnico Epidemiológico

PM – Perito médico

PM da PS – Perito Médico da Previdência Social

PS – Previdência Social

RMI – Renda Mensal Inicial

SM – Salário mínimo

SST – Sistema de Saúde do Trabalhador

SUIBE – Sistema Único de Informações de Benefícios

TCU – Tribunal de Contas da União

TAB – Transtorno afetivo (do humor) bipolar

## LISTA DE FIGURAS, GRÁFICOS, TABELAS E QUADROS

Foto 1: Mikhail Aleksandrovitch Bakunin	3
Gráfico 1: Distribuição por sexo do total dos segurados	26
Gráfico 2: Pessoas de 10 anos ou mais, economicamente ativas por sexo	27
Gráfico 3: Distribuição dos segurados por CID	28
Gráfico 4: Distribuição por sexo da CID F31	29
Gráfico 5: Distribuição por sexo da CID F32	30
Gráfico 6: Distribuição por sexo da CID M65	30
Gráfico 7: Distribuição por sexo da CID M54	31
Gráfico 8: Total por idade na DIB por espécie e CID - faixa etária de 16 a 36 anos	32
Gráfico 9: Total por idade na DIB por espécie e CID - faixa etária de 37 a 58 anos	32
Gráfico 10: Total por idade na DIB por espécie e CID - faixa etária de 59 a 80 anos	33
Gráfico 11: Distribuição por sexo e idade na DIB - faixa etária de 16 a 36 anos	34
Gráfico 12: Distribuição por sexo e idade na DIB - faixa etária de 37 a 58 anos	34
Gráfico 13: Distribuição por sexo e idade na DIB - faixa etária de 59 a 80 anos	35
Gráfico 14: Distribuição por tipo de vínculo com a PS	36
Gráfico 15: Distribuição por RMI corrigida em SM	37
Gráfico 16: Distribuição por RMI corrigida em reais	37
Gráfico 17: Distribuição pelo sexo e tipo de vínculo com a PS: Masculino	38
Gráfico 18: Distribuição pelo sexo e tipo de vínculo com a PS: Feminino	38
Gráfico 19: Distribuição dos segurados femininos por vínculo	39
Gráfico 20: Distribuição dos segurados masculinos por vínculo	39
Gráfico 21: Distribuição por espécie de BI (E31 e E32)	40
Gráfico 22: Distribuição por sexo dos segurados dos BIs espécie (E31 e E32)	40
Gráfico 23: Distribuição dos B32 (aposentados) no sexo feminino quanto ao vínculo	41
Gráfico 24: Distribuição do B32 (aposentados) no sexo masculino quanto ao vínculo	41
Tabela 1: Totais dos segurados por sexo	26
Tabela 2: Totais de BIs por CID	27
Tabela 3: Distribuição pelo CID do BI e sexo do segurado	29
Tabela 4: Totais dos segurados por vínculo com a PS	35
Tabela 5: Distribuição da população por sexo no RGS no censo de 2000	42
Tabela 6: População residente total no Brasil por sexo e grupos de idade	43
Quadro 1: Relação exemplificativa entre trabalho e algumas entidades nosológicas	49

## RESUMO

GRALHA, Altamir; MALCUM, Antonio (Relator); ROLIM, Élio e FONTANARI, Juliano. - A falácia da equidade na Previdência Social: Análise do perfil dos benefícios por Incapacidade E31 e E32 dos CIDs M65, M54, F31 e F32 por sexo, idade, tipo de Vínculo, remuneração média mensal e tempo de contribuição na Gerência de Porto Alegre contrastados aos dados do IBGE. Orientador: Amadeu Roselli-Cruz. Belo Horizonte: Faculdades Pitágoras. 2011

Os autores descrevem a evolução histórica do conceito de equidade a partir da constituição da cidadania, do sujeito capaz de contrair obrigações, até sua aplicação como um horizonte a ser alcançado pela Saúde Pública e no acesso à Assistência e Previdência Social. Buscando definir como a equidade esta sendo operada na Previdência Social, a partir da experiência de Peritos Médicos dos autores, analisam o perfil do beneficiário da Previdência Social extraído de dados do INSS sobre benefícios por incapacidade e por invalidez concedidos de 2005 a 2009, na Gerência Regional de Porto Alegre, quanto a características de sexo, idade, tipo de vínculo, tempo de contribuição e remuneração média inicial, contrastados aos dados do IBGE, para os CIDs F32, F31, M65 e M54. Estes CIDs foram escolhidos por terem determinantes biológicos e sócios laborais, de modo a indicar o efeito do “mercado de trabalho” sobre os corpos e as mentes. O objetivo é definir se há distribuição adequada dos recursos do INSS, congruente com a força produtiva do país, qualitativa e quantitativamente. O dado muito relevante do “tempo de permanência em benefício por incapacidade” apresenta equívocos inaceitáveis e só puderam ser usados parcialmente. Os resultados encontrados são assimétricos com os gerados pela real força de trabalho do país: 67% dos beneficiários pertencem ao sexo feminino, enquanto a participação das mulheres na atividade econômica é 20% menor que a dos homens. O predomínio de segurados do sexo feminino ocorre em mais do que o dobro sobre o masculino para os CIDs F32, F31 e M65. O excesso de casos do sexo feminino para o CID 10 F31 é incongruente com os dados da literatura médica assistencial. Próximo de 40% dos beneficiários são autônomos e desempregados, indicando a significativa presença do trabalho informal e sua menor carga de contribuição. A remuneração média mensal do grupo de autônomos e desempregados, esta acima da remuneração média conforme os dados do IBGE, o que é desejável, mas é fator que perpetua a tendência ao apego ao benefício por incapacidade. Concluem com sugestões para Previdência Social, sendo a mais

relevante o maior cuidado com estes dados estatísticos junto à auditoria, fatores terminantes em operações gerenciais de controle.

**Palavras-chave:** justiça social, cidadania, auditoria e responsabilização

## ABSTRACT

GRALHA, Altamir; MALCUM, Antônio; ROLIM, Élio e FONTANARI, Juliano. - The fallacy of equity in Social Welfare: profile analysis of the benefits for incapacity E31 and 7 series (E32) of CIDs M65 M54, F31, and F32 by sex, age, type of bond, monthly average remuneration and period of contribution in the management of Porto Alegre contrasted to IBGE data. Supervisor: Amadeu Roselli-Cruz. Belo Horizonte: Faculdades Pitágoras, 2011.

The authors describe the historical evolution of the concept of fair equity from the citizenship formation, of subject able to contract obligations, until his application as a horizon to be reached by public health and in the social security access. Aiming to define how the equity is being operated in Social Welfare from the experience of authors' medical experts, they analyze the beneficiary's profile of social security data extracted from the INSS about benefits for incapacity and disability granted from 2005 to 2009, in the regional management of Porto Alegre, as features of sex, age, bond type, initial monthly contribution and remuneration time, contrasted to IBGE data, CIDs F31, F32, M65 and M54. These CIDs were chosen by having biological and socio laboral determinants, to show the effect of "labour market" on bodies and minds. The goal is to define whether there is adequate distribution of resources of INSS, congruent with the country's productive force, qualitatively and quantitatively. The input very relevant "time spent" in benefit by incapacity exposes unacceptable misunderstandings and it could only be partially used. The results found are asymmetric with those generated by the real country's work force: 67% of beneficiaries are woman, while the participation of women in economic activity is 20% less than men. Female dominance occurs in more than doubled over the male for ICDs F31, F32 and M65. An excess-sex case for ICD 10 F31 is incongruous with the data of assistive and medical literature. Around 40% of beneficiaries are autonomous and unemployed, indicating the significant presence of informal work and their smallest contribution charge. The average monthly remuneration of the group of freelancers and unemployed is above the average remuneration according to IBGE data, what is desirable, but it is factor which perpetuates the tendency to attachment to benefit by disability. They conclude with suggestions for social security, being the most relevant the utmost care with these statistics together with auditing, to permit managed control operations.

**Keywords:** Social justice, citizenship, auditing and accountability

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
O Benefício por incapacidade e a questão de pesquisa	13
1 REVISÃO DA LITERATURA	16
1.1 Posição atual do problema	20
2 UNIVERSO E MÉTODO DE PESQUISA	23
2. 1 Organização e discussão dos dados	26
3 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	44
3.1 Transtorno afetivo bipolar e depressivo	44
3.2 Dorsalgia, lombalgia e tenossinovite	46
4 CONCLUSÕES E SUGESTÕES	48
REFERÊNCIAS	55

## INTRODUÇÃO

O Ministério da Previdência Social (MPS) desenvolveu, a partir da determinação do Plano Plurianual do Governo Federal, de 2004 a 2007, o programa de número 0087 nominado “Gestão da Política de Previdência Social”, definindo objetivos e ordenando a coordenação, formulação e planejamento de políticas setoriais, bem como a avaliação e controle dos programas na área da Previdência Social (PS), implementando o chamado sistema de Gestão Administrativa (GA). O objetivo do projeto era e é a promoção do acesso universal, com qualidade e equidade à seguridade social: saúde – SUS (Sistema Único de Saúde), PS – INSS (Instituto Nacional de Seguridade Social) e AS (Assistência Social com o BCP - Benefício de Prestação Continuada). Neste programa de gestão administrativa ficaram estabelecidas as metas humanas, físicas e financeiras, determinando-se a participação direta dos Peritos Médicos (PMs) da PS no processo de planejamento, execução e alcance destas metas, sendo que ao trabalho dos PMs indicou-se a avaliação pelos critérios da gestão, centrados em qualidade e em equidade.

Equidade é definida vulgarmente como igualdade, imparcialidade, moderação, justiça e equivalência. Segundo Holanda (2010) [do lat. *Aequitate.*], diz da *disposição de reconhecer igualmente o direito de cada um; o conjunto de princípios imutáveis de justiça que induzem o juiz a um critério de moderação e de igualdade, ainda que em detrimento do direito objetivo; o sentimento de justiça avesso a um critério de julgamento ou tratamento rigoroso e estritamente legal e, igualdade, retidão, equanimidade*. A equidade é um dos critérios de avaliação de programas de ações governamentais no sistema de GA. Avalia o programa em relação à distribuição, baseado em critérios bem definidos, que devem ser eles mesmos equânimes, transparentes: ter participação social, mobilizar a articulação interinstitucional e fundados na investigação prévia de boas práticas, buscando verificar se os recursos estão sendo alocados de maneira equânime, como acima definido. Este conceito deve ser visto como uma baliza a ser atingido, como o horizonte que usamos para nos orientar, mas sabemos que não é atingível tal o envolvimento de inúmeros fatores.

A equanimidade contém em si os demais critérios e corresponde ao ápice da tradição democrático-republicana. Outro critério segundo Borges (2010) é o da transparência, que avalia se as regras e critérios estão sendo informados a todos, se existem divulgação e publicidade do que esta sendo realizado, de modo a permitir outro critério consequente, o da

participação social, que avalia se os instrumentos de controle social estão funcionando, isto é, se o projeto está aberto à crítica dos usuários e interessados. O critério seguinte é o da articulação institucional, que verifica se está havendo ação coordenada com outros órgãos de governo (intergovernamental) e também com áreas do governo (intragovernamental), onde o projeto primariamente está em execução. Finalmente, para a avaliação do cumprimento de metas, é necessário avaliar se houve investigação de boas práticas, onde se buscam quais são os casos de sucesso no Brasil e no exterior que operaram programas semelhantes e poderiam ajudar a aperfeiçoar sua tramitação.

A equidade é o ponto de inserção de nosso estudo. Vamos examinar, como PMs, a partir do estudo, análise e definição do perfil dos beneficiários do INSS, as circunstâncias de acesso aos BIs contrastados com dados do IBGE, buscando assimetrias e peculiaridades.

### **O Benefício por incapacidade e a questão da pesquisa**

O benefício por incapacidade (BI) da espécie 31 (E31) é o concedido pelo INSS a todos os seus segurados que se encontrem temporariamente incapacitados para executar suas atividades laborais habituais conforme declaradas no Atestado de Saúde Ocupacional (ASO) admissional – ou admitida de boa fé pela informação do segurado. Quando a incapacidade é decorrente de Acidente do Trabalho (AT) ou de percurso (ida ou volta do trabalho até a residência pelo trajeto habitual) ou de doenças profissionais, são nominados espécie 91 (E91), sendo que, quando o agravo determina aposentadoria, nominam-se E32 e E92, respectivamente. O pagamento do benefício E31 inicia-se no 16º dia do afastamento do trabalho para os empregados (o empregador deve pagar estes 15 dias iniciais de afastamento) e na Data de Início da Incapacidade (DII) para os demais segurados, sendo que o E91 exige que o segurado esteja vinculado como empregado ou segurado especial (agricultor), podendo ser reconhecido posteriormente à demissão.

Vamos descrever os perfil dos BIs E31 e E32, justamente pela ausência de especificidades do gesto profissional – diferente do que ocorre com o E91 e E92 - nestes casos e, após, analisaremos os dados, com o foco de fundo no conceito de equidade buscando verificar:

(1) Se existem antecedentes legais que distorcem a possibilidade da equanimidade das ações

da PS e que antecedem em muito o gesto do PM, deixando-o, quiçá, de mãos atadas;

(2) Se existem nosologias ou características nosológicas que inserem elementos do mercado informal de trabalho ocasionando atipias na concessão dos benefícios do INSS.

(3) Se o perfil dos dados do INSS se aproxima dos dados auferidos pelos censos do IBGE, horizonte máximo a ser atingido para que afirmemos pela universalidade e equidade das ações.

Desmembrando estes itens, ficam os seguintes questionamentos adicionais a serem respondidos por pesquisa quali-quantitativa:

Os valores pagos nos BIs estão próximos da renda nacional conhecida para o gesto laborativo?

O tempo de contribuição para a previdência social anterior ao BI é significativo?

É possível transformar o INSS no seguro mais barato do mercado, mediante algumas manobras, que as entrelinhas legais permitem?

O Sistema Previdenciário atual favorece a concessão em alguns CIDs (Classificação Internacional de Doença)?

Existem inúmeras outras perguntas. Um modo de responder estas questões acima postas é examinar os BIs concedidos contrastados com características como o tempo de contribuição para a PS, tipo de vínculo, sexo, idade, valores pecuniários recebidos e predomínio de patologias conforme o CID, em especial com os CIDs relacionados à força produtiva dominante no país – movimentos repetitivos e carga física (M65 e M54) – bem como os que envolvam eventual agravamento por estresse (F31 e F32). Deve-se, ainda, fazer considerações de ordem epidemiológica, comparando o perfil destas patologias com os dados oriundos da medicina assistencial. Surpreende-nos sobremaneira que estes dados não sejam encontrados, mesmo em ampla revisão no Google e Scielo.

Reafirmamos que, ao afeito às práticas públicas ou mesmo ao usuário de serviços públicos, é muito evidente a disparidade de oportunidades de proteção estatal, desequilibrando a balança da equanimidade. Nosso interesse é quantificar a distância a que estamos deste

horizonte, na nossa construção histórico-social. Desejamos investigar se o modelo e a atividade gerencial governamental atual se aproximam deste horizonte ansiado da equidade na concessão da seguridade social. Equidade é distribuir seguridade social conforme critérios bem definidos e, mais, de modo equilibrado, igualitário aos cidadãos. Pode não ser o mesmo que igualdade, pois deve ser mais, mas nunca demais, ao mais necessitado, mas esse não é o fulcro da questão, pois os programas governamentais – fundados na legalidade constitucional – devem ter seus resultados avaliados quanto à efetividade, eficiência e eficácia, além de transparência, participação social, articulações institucionais e boas práticas. Todos estes critérios têm como horizonte último a legalidade constitucional na concessão da seguridade social.

## 1

**REVISÃO DA LITERATURA**

Ao longo de décadas têm-se empreendido esforços de correção administrativa na busca do cumprimento de preceitos constitucionais calcados na ética cristã, de longa tradição, onde o desafio consiste em conseguir o acesso de todos, igualmente (universal), às oportunidades de educação, saúde, previdência, assistência social e segurança. Interessa que os poucos recursos sejam auferidos e distribuídos de modo equânime, equilibrado, com equidade. A distribuição e a auferição equilibrada da seguridade social é um modo efetivo de redistribuição de renda e construção da paz social. É sobejamente conhecida a má distribuição de renda em nosso país, a concentração de recursos públicos junto aos que mais podem; é público e notório que quem mais ganha são os que já são ricos; e se diz que isso é próprio do capitalismo que enriquece ainda mais aos já ricos. Há uma milenar história de caminhada da humanidade até a definição recentemente aceita pelos povos, aos menos os ocidentais, de que é função do estado proteger seus cidadãos e fazê-lo de modo equânime. Revisaremos sumariamente como, acredita-se, ocorreu esta construção histórico-social

Acredita-se com Mauss (1950/2003) e em SINGAUD (1999) que a origem do social advenha do que ele nominou de princípio do “dom”, “dádiva”. A ideia é simples. Premidos pelas dificuldades de sobrevivência, os donos de algum poder e força criaram uma regra universal e básica: *“se você tem, você tem de dar e quem recebe é obrigado a devolver”*. Daí as palavras *“dono”, “d’honor”, “dar”*. Isso era muito visível em pequenos grupos onde a “mercadoria” de mais valor eram as mulheres (pelo ventre, pela possibilidade de procriação). Aparentemente esta regra está fundada em motivos biológicos: é necessário algum controle da agressão inata, pois caso contrário sempre se viveria em guerra e as chances de sobrevivência de todos seriam poucas. A interdição do incesto – uma regra que não é natural, é cultural – é um derivativo da regra de Mauss; caso assim não fosse, não haveria troca, pois se o chefe do clã ficasse com todas as mulheres não haveria o que trocar. Assim nasce o social, com a criação de inúmeros sistemas de regras de trocas.

Nos grupos primevos, clãs, a liberdade de cada um é limitada pelas normas sociais, especialmente definidas no entorno da distribuição de alimentos, casamentos e papéis sociais, além da vontade do líder. Só é dono de sua vontade e liberdade aquele quem se elevar, dar voz e arriscar sua vida em combate com o líder. Daí a ideia de escravidão, onde o escravo é despojado de sua subjetividade e perde inclusive seu nome. Assim nasce a História, quando o escravo desafia seu senhor, arriscando sua vida. O proprietário do escravo é proprietário,

além da sua liberdade, também de sua vontade. Não há História sem risco e desafio ao que está posto.

Veja-se a distância que estamos destes momentos originários. Mas não podemos fugir da impressão de que simplesmente aconteceu uma redistribuição destas tensões: os menos favorecidos, escravos, os outros, senhores. Os tempos de sobrevida são diferentes e a qualidade de vida e da prole é diferente. É muito clara a diferença entre a ordem jurídica – nesta o direito equânime - e a econômica – o poder sem nome que desubjetivisa.

Vivemos numa ordem democrática em que a ordem jurídica exige que todos se reconheçam reciprocamente como autônomos e ela só existe se existir a liberdade de assumir deveres. É com os gregos e seu modo de ver o mundo, que chamamos “ciência”, que se inicia a educação tal como a conhecemos, o estímulo à sabedoria – “sei que nada sei”, “conhece-te a ti mesmo” – ao fazer – portador da “*metis*”, habilidades com instrumentos, meticulosidade, que se expandirá na “*téchene*”. A ideia de equidade, junto da de igualdade de direitos e deveres, desde que cidadão – e não escravo -, vem de recuados tempos. Conforme Pinto (2010), inicia com a cultura greco-romana, do cidadão de direitos, com o aparecimento do *civis*, do cidadão, da cidade – as pessoas precisam estar juntas para aparecer um dado ordenamento moral. Não existe moral de um só. Somente se é cidadão quando somos donos da liberdade de adquirir, de contrair obrigações. Este é o primeiro critério igualitário, equânime, o de cidadania. O mundo jurídico grecoromano é estruturado e ordenado no que se denominou de *Corpus Iuris Civilis*, o Código Justiniano publicado em 529 d.C., o Corpo de Direito do Cidadão Romano, marcado no entorno da liberdade humana que, tramitado e lapidado em seus valores e ideais em inúmeras culturas, atinge o seu pico na Revolução Francesa, proclamando a liberdade, a igualdade e a fraternidade entre os homens. O legado Justiniano persiste: o do cidadão livre, do homem integral, do homem afirmado como um ser livre como nos ensina Correia e Sciascia (1955).

O Estado Moderno se inicia com o absolutismo, uma réplica ampliada do sistema patriarcal familiar, definindo-se pela concentração de poder no monarca, no rei. Como se dá no microcosmo das organizações familiares, aqui modeladas e remodeladas por conflitos permanentes agrupados no conceito de “complexo de Édipo”, o absolutismo era lapidado constantemente por conflitos intermináveis entre países, regiões, classes sociais, religiões e pela tensão constante com várias áreas sociais. A expansão dos burgos, a mercantilização, levou a conflitos irresolvíveis com a figura monárquica e seu séquito, onde as funções e

distribuição de benesses eram definidas pelo rei, levando inevitavelmente à mudança de sistema. A redistribuição do poder própria da mercantilização, que indefinia limites entre povos e países, criou uma nova sociedade, a qual exigia a separação entre o público e o privado, impondo o estado liberal – nem tanto “liberal” porque a serviço dos “negócios” - secundarizando os vínculos de sangue e priorizando os de aliança, próprias do mercantilismo. Assistimos um novo modelamento das relações pelo efeito da comunicação global via internet com a explosão das ditaduras tradicionais. Trata-se do efeito da comunicação que leva a mais conhecimento.

A crescente politização leva à exigência de um estado com a função de manter a ordem pública – para segurança dos negócios e mercadorias – e, claro, defesa da propriedade privada – como sempre quiseram os ricos ou os que venham a ficar ricos. “Liberdade, igualdade e fraternidade” era o tema da Revolução Francesa de 1789, com o estabelecimento bem definido de que o Estado deve ter seu poder cindido em três áreas: o executivo, legislativo e o judiciário. Esta evolução continuou e, admite-se numa macro-visão, no Brasil atual, o aparecimento de um quarto poder, o Ministério Público, encarregado da fiscalização dos sistemas de auto-regulação. Só depois da revolução americana aparece o Estado de Direito, onde há uma ordem jurídica que separa, limita e atribui poderes, determinando a igualdade diante da Lei e fixando garantias individuais. A partir desse avanço, tudo no social fica submetido ao direito.

O poder, seja privado seja público, só se exercerá na medida expressa em Lei. O Estado somente atuará nesta medida e nunca contra as Leis existentes e deverá sempre buscar o bem comum.

O tema da garantia dos direitos humanos tornou-se pungente no diálogo entre nações, mesmo considerada as imensas diferenças culturais. A tarefa atual é a conciliação das convicções e liberdades individuais – narcisismo<sup>2</sup>, solipsismo<sup>3</sup> - com os valores universais sociais – socialismo. Muito em voga é a tensão entre pequenos grupos, as ditas minorias, inúmeras que são, e o todo social, a maioria. É nesta perspectiva que se vê que o conceito de equidade é dinâmico e não pode ser diretamente considerado como sinônimo de igualdade, eis que considera justamente as desigualdades na sua ação. O perito, nesta perspectiva, para exemplificar de modo sumário e dentre tantas possibilidades, não pode tratar do mesmo modo

---

<sup>2</sup> Amor pela própria imagem. Dicionário Houaiss da língua portuguesa. Rio de Janeiro. 1ª Ed. 2001 p 1965.

<sup>3</sup> Vida ou conjunto dos hábitos de um indivíduo solitário. Idem p 2603.

casos de mesma nosologia em segurados com funções laborais assemelhadas, mas com diferentes acessos a cuidados de tratamento. Só a percepção desta diferença permite o exercício da equidade.

O fato é que, desde há muito, não tem sido possível resolver essa tensão entre o particular e o universal, justamente pela impossibilidade da geração de um sistema de regras, pois não existe ciência do particular, apenas do geral. De um lado a universalidade do direito e de outro o sujeito livre, singular. O resultado é essa tensão expressa na frase: “é legal, mas é imoral” que os oportunistas mudam para “amoral”.

Como vimos, no modelo de administração gerencial, as ações governamentais devem determinar que o setor público opere com qualidade, eficiência, flexibilidade organizacional, criatividade, *accountability* – termo sem tradução exata do inglês que remete ao compromisso de todos os funcionários públicos de prestar contas às instâncias controladoras ou a seus representados, em geral, traduzido como *responsabilização*. Finalmente – mas não menos importante –, reincidentos que o setor público deve operar com equidade.

A revisão da literatura mostra que o conceito de equidade é discutido quanto às suas interpretações possíveis, em relação à saúde, mundialmente e, no nosso meio, no SUS. O desafio é igualar os, por existência, desiguais. Como encontrar um sistema de gestão que opere a redução de desigualdades? Que desfaça, ou minore, essa tensão entre o moral/legal e o econômico? As respostas possíveis dentro do modelo de gestão exigem a aplicação de critérios distributivos e de indicadores para avaliar a eficácia e efetividade das intervenções. Como nos assinala Borges (2010), o quadro de indicadores deve dar conta de, no mínimo, três dimensões exigidas pela administração pública por gestão: a *eficiência*, a *efetividade* e a *eficácia*. Tanto a eficiência como a eficácia medem, através de indicadores de custos e desempenho, quais metas foram ou não alcançadas. Já a efetividade discute também se as intervenções, com fixação de metas e programas, de fato resultam em efeitos sobre a população alvo. Eficácia é o grau de alcance das metas programadas num período dado fixo de tempo, independente dos custos programados. Eficiência é a medida dos custos num dado período de tempo (também fixo). Como se vê, facilmente pode-se fazer com máxima eficácia e eficiência, uma ponte que junta o nada a lugar algum, que teria, obviamente, efetividade nula. O conceito mais aceito, repetido em inúmeros estudos, de equidade em saúde é o desenvolvido por Whitehead (1992): idealmente todos deveriam ter a justa oportunidade de obter seu pleno potencial de saúde e ninguém deveria ficar em desvantagem no seu direito de

alcançar o seu potencial. Toda gestão administrativa moderna centra-se em evitar quaisquer obstáculos para isso.

### 1.1 Posição atual do problema

Em trabalho recente, o *Center for Health Equity, Training, Research and Evaluation – CHETRE* (2000) apresenta uma síntese conceitual desenvolvida a partir da definição de Whitehead (1992) já citada. Segundo o CHETRE, equidade sugere que pessoas diferentes deveriam ter acesso a recursos de saúde suficientes para suas necessidades de saúde, e que as diferenças de nível de saúde e “status social” observado entre pessoas diferentes não deve influenciar as oportunidades de acesso. A tarefa é muito difícil: como é impossível ter uma regra do caso particular, busca-se pelo conceito de equidade, aplicar o geral ao particular. A não aplicação do conceito de *equidade* gera o que conhecemos como *iniquidade*.

É bem conhecido que agrupamentos sociais definidos por renda, educação e outras variáveis têm acesso diferenciado a serviços de saúde. Na perícia do INSS mesmo, já houve a tentativa de instalação de operações que determinavam a prioridade no atendimento pelo SUS aos segurados da PS<sup>4</sup> o que, evidentemente é iníquo, pois viola o princípio da igualdade de oportunidades ao desenvolvimento do potencial de saúde de cada cidadão. Ainda, cumpre salientar que, nem sempre estas diferenças são iníquas, pois nem todos executam da melhor forma seu potencial para seus cuidados de saúde, oportunidades de vida, etc., fundados no livre exercício de sua vontade, o que complexifica em muito a aplicação do conceito. Iníquo é todo ato que resulte em qualquer restrição aos acessos a recursos, inclusive as que resultem de restrições decorrentes de diferenças injustas.

O exemplo mais óbvio é a limitação imposta pela pobreza, associada a traços raciais, ao acesso à PS, educação, segurança e saúde. As definições de cotas raciais em universidades ou aos oriundos de escolas públicas justifica-se a partir do conceito de equidade. Ainda, definir o que é *necessidade de saúde* é outra tarefa gigantesca, ainda mais que vivemos num tempo quando a indústria farmacêutica busca cristalizar nosologias mal definidas para acoplar aos conceitos recém-criados tratamentos com seus produtos. Inúmeros são os exemplos: fibromialgia, disfunção erétil, disfunção sexual feminina. Mesmo procedimentos de altíssima tecnologia não se mostraram superiores aos conservadores, exceto pontualmente, como os caríssimos procedimentos de *revascularização miocárdica*, equiparados à prevenção e ao

---

<sup>4</sup> Por Exemplo: A demora em conseguir realizar procedimentos cirúrgicos pelo SUS aumenta o tempo de concessão de benefícios. (Nota dos autores)

tratamento conservador como está a nos mostrar o contraste entre o modelo norte-americano e o europeu para o enfoque das doenças cardiovasculares.

É muito difícil, admite-se como óbvio, aplicar este conceito – equidade - a modelos operativos em casos onde as desigualdades são extremas, como a situação de pobreza, frequentíssima entre nós. Mas está na consciência reflexiva e autoregulatória do Perito Médico da Previdência Social (PM da PS) parcela significativa dessa tarefa que não se confunde com distribuição de renda, mas com o exercício de direito ao acesso a oportunidades.

Observemos que o PM da PS pode ser demandado a aplicar o conceito de equidade à sua tarefa de dois modos, ambos com tratamento superficial do conceito de equidade. Primeiramente sob a ótica do desejo do segurado com a ideia do direito de todos aos BIs da Previdência Social, bastando querer, quando nossa ausência de educação para o ‘não’ fica manifesta. Outro, às inúmeras características normativas da PS que geram no perito o desconforto de estar fazendo algo legal, mas não moral São dois vieses e quaisquer deles operam de forma intensa, diária, dilacerante e permanente sobre o PM, gerando traumas e deformações de personalidade, transformando a rotina do PM num pesadelo que se explica pelo conceito de *Burnout* (ROSELLI-CRUZ, 2010) e, como todo trauma, expande-se em várias esferas das instituições, replicando-se e gerando cizânias irresolvíveis. O ambiente na PM é sempre conflituoso e tenso e esta tensão tem-se espalhado em várias instâncias da PS. Seguramente essa tensão se dissiparia progressivamente com a educação para a PS e para o conceito de equidade de todo o servidor público.

Dos vieses, o mais comum e difundido, a partir do olhar do segurado da PS e tem voz em discursos “politicamente corretos”, que prosperam em seus resultados pela absoluta falta de educação previdenciária e educação para o ‘não’ – que desde há muito estamos necessitando – é o que se encerra com um difuso e vazio reclame pelo “direito de todos ao BI da PS”. O outro viés, que submete o PM a mais tensão, mais obscuro e sub-reptício é o das características normativas da PS que geram no perito o desconforto de estar fazendo algo legal, mas não moral. O exemplo diário, repetitivo à exaustão, são as quatro contribuições para recuperar a carência necessária para obter um dos diversos benefícios possíveis na PS. Além disto, mais grave o pagamento da contribuição pelos autônomos e facultativos sem exame prévio pela PS gerando concessão de benefícios para doenças e incapacidades muitas vezes ocorridos antes do pagamento da contribuição previdenciária. Isto torna a previdência

social o seguro de mais fácil acesso e mais o mais barato do mundo, considerando-se que em boa parte das nosologias é próximo do impossível a fixação segura da DID e da DII. Não se encontra um contador ou despachante que não afirme e oriente seus clientes quanto a isto.

## 2 UNIVERSO E MÉTODO DE PESQUISA

Como nosso objetivo é identificar em que nível está operando o determinante de equidade –“igualdade de acesso aos recursos da PS” - é, então, primordial buscar assimetrias entre os segurados da PS, medidas pelo sucesso em conseguir o BI, bem como com algum contraste de dados externos ao sistema, daí a escolha de contrastar alguns dados com os do IBGE. Esta tarefa é dificultada pelas diferentes características dos grupos de segurados, além de variáveis profissiográficas e individuais, pessoais e da manifestação nosológica em suas idiossincrasias. Simplificando: dificilmente um médico avalia uma doença; o médico, entretanto, sempre avalia doentes. Só que a nosologia diz de doenças que se localizam em pessoas, em seres históricos, seres definidos como tais por suas existências a quem chamamos doentes. A OMS define saúde como sendo necessariamente um estado de bem-estar biopsicossocial de uma pessoa. A equidade não se refere a doenças, mas a doentes. Todavia, como precisamos buscar regularidades estruturais, temos de fixar limites e não ignoramos suas imprecisões e incertezas e, mesmo, equívocos. Não é possível outra escolha senão começar por “doenças”, “transtornos”, “agravos”, “nosologias” e etc.

Considere-se, ainda, que algumas doenças têm especificidades muito altas quanto à definição diagnóstica, incidência e prevalência semelhante em grupos específicos e não são significativamente relacionadas ao trabalho ou a circunstâncias sociais como as neoplasias, infecções, doenças autoimunes e doenças cardíaco e cerebrovasculares, logo elas não servem ao nosso objetivo, pois se espera – coisa que deveria ser verificada em outro estudo – regularidades estruturais nas concessões para estes CIDs em todo o país, podendo servir, isto sim, num estudo nacional, para avaliar a uniformidade do desempenho médico-pericial em seus critérios. Os traumas e suas sequelas também não servem, quer pela clareza da definição diagnóstica, quer pela alta especificidade dos grupos acometidos. Como exemplo: é epidêmica entre os motociclistas (epidemia que aguarda e já tarda, tragicamente, providências regulatórias severas pelas autoridades).

Optamos, então, por escolher quatro grupos de CIDs (grupos, pois incluem subgrupos), dois relacionados ao trabalho, em especial o trabalho em condições de estresse, classificados pela CID X M65 – sinovites, tenossinovites e quadros assemelhados; M54, o grupo das dorso e lombalgias e duas patologias psiquiátricas, o transtorno do humor (afetivo)

bipolar – F31 – e as depressões – F32, patologias sujeitas a determinantes biológicos e socioculturais com comportamento oscilatório, também altamente susceptíveis ao estresse. Trata-se de grupos de doenças graves, frequentes e de evolução com características crônicas, de variável idade de início, com necessidade de exposição individual e idiossincrática a fatores de estresse e ergonômicos para seu afloramento, e que acabam por aderir por longo tempo o segurado à PS em benefícios contínuos ou intermitentes, permitindo que se tenha uma ideia pouco sectária, geral, do acesso do segurado à PS. Conforme os dados de Boff e cols. (2002) estes quatro agrupamentos de CIDs correspondem a aproximadamente 14.8% de todos os BIs concedidos da classificação pela CID X M (doenças osteomusculares) e 11,3 % da classificação F (doenças mentais), perfazendo 25% dos BIs concedidos no ano de 1998. Mais relevante do que estes dados é a indicação do tempo de permanência em BI até a recuperação, dados que o referido estudo não cita e tampouco, pela inconfiabilidade dos dados, conseguimos extrair do nosso *corpus*. Seguramente, estes dois grupos de patologias são as que, por sua indefinição peculiar e necessidade de avaliação subjetiva, criam mais dificuldades com a prorrogação dos benefícios e dificuldades com a indicação da Espécie 32 – aposentadoria. (Organizamos desde já um estudo específico para definir os tempos de BIs destas patologias).

A escolha destes grupos de CIDs buscando desenhar um perfil geral do segurado da PS, pensamos, justifica-se pelas seguintes características: a ocorrência como grupo, com pouca especificidade profissiográfica, exceto a qualidade e quantidade do gesto laboral, com acometimento de vários estratos sociais, susceptíveis a determinantes sociais e biológicos, impondo a extrema dificuldade em fixar a DID – data do início da doença - e a DII - data do início da incapacidade – nos casos de autônomos e desempregados, permitem a medida do acesso em geral dos segurados aos BIs, como o do grupo engajado no trabalho informal, desenhando essa zona turva onde se mescla patologia com oportunismo.

Com estas reflexões postas, orientadoras da busca a seguir, exploramos no SUIBE, após a autorização da Direção do SST e da GER do GBNINPOA, que abrange Porto Alegre e duas cidades vizinhas, Alvorada e Viamão, os dados correspondentes a estes CIDs de 5 anos, com início em 01/01/2005 e término em 31/12/2009, das espécies 31 e 32 dos referidos CIDs, perfazendo 12760 segurados. Estes dados foram tabulados em gráficos e separados pelos dados do cadastro: sexo, idade e tipo de vínculo, remuneração média mensal e alguns dados sobre o tempo de contribuição para a PS. No final constam em anexos, parcialmente, os dados brutos tabulados.

Ressaltamos que nosso interesse principal era o tempo de contribuição à PS, mas o exame dos dados mostrou que não são confiáveis, sendo que apenas pequena parcela destes dados, tomados pontualmente, teve utilidade. O acesso ao CNIS resolveria o problema, mas expandiria em demasia o tempo e os esforços possíveis para este momento. Estes dados são examinados intrinsecamente e comparativamente aos dados fornecidos pelo IBGE.

## 2.1 Organização e discussão dos dados

Seguem adiante os resultados de um total de 12760 benefícios concedidos no período estudado conforme os dados do SUIBE, por sexo, CID idade e vínculo, e, após, estes dados são agrupados.

**Tabela 1: Totais de segurados por sexo**

Sexo	Total
Feminino	8527
Masculino	4233
	12760

A tabela acima aponta em números brutos a assimetria entre os segurados do sexo masculino e feminino com predomínio dos últimos para estes grupos de CIDs estudados, também expressada no gráfico abaixo.

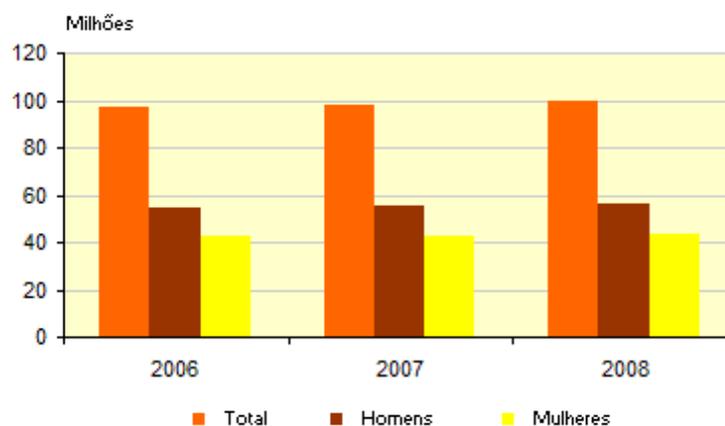
**Gráfico 1: Distribuição por sexo do total de 12760 segurados.**



Muito visível é o predomínio próximo de 70% de mulheres em BI para estes grupos de CIDs e 30% de homens apenas, o que é contrastante com o que se sabe da força de trabalho do país pelos dados do IBGE, conforme dados abaixo relatados. A força de trabalho feminina no país é de 15 a 20% menor, conforme o gráfico 2 abaixo, mas é 50% maior nestes BIs com estes CIDs. Este achado sugere reflexões que se seguirão ao longo deste trabalho e já fora observado na clínica e, como veremos, trata-se de importante distorção do sistema. Este

achado explica como os MPs, podem ficar meses em greve, como ocorreu recentemente, sem comoção maior e indica que o BI tem função social e de apoio à renda familiar. Segue gráfico retirado do IBGE sobre a distribuição de forças economicamente ativas no país.

**Gráfico 2 : Pessoas de 10 anos ou mais de idade, economicamente ativa por sexo**



Fonte: :IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2007

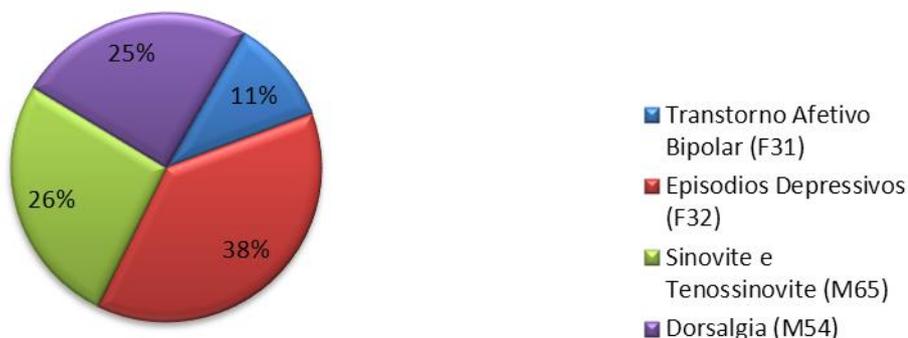
O gráfico acima mostra o predomínio do sexo masculino como força produtiva do país.

Seguem dados genéricos sobre a frequência do CIDS e, após, a distribuição dos CIDs por sexo quanto aos B31 e B32

**Tabela 2: Totais de BIs por CID**

CID	Total
Transtorno Afetivo Bipolar (F31)	1403
Episódios Depressivos (F32)	4843
Sinovite e Tenossinovite (M65)	3366
Dorsalgia (M54)	3148
	12760

Estes achados acima da tabela 2 indicam a importância das doenças psiquiátricas. Somados os totais dos CIDS F31 e o F31 aproxima-se dos totais das LER-DORT. Segue a expressão gráfica destes dados.

**Gráfico 3: Distribuição dos BIs por CID**

O gráfico acima mostra o predomínio das “depressões” na amostra, sendo que estas são três e meia vez mais frequente que o TAB e é incongruente com os dados da literatura como adiante discutido, embora coerente se tomada a prevalência destas doenças na população, onde, sabe-se, os episódios depressivos das depressões uni e bipolares são quatro vezes mais frequentes que a mania e hipomania, mas pode estar indicando simplesmente a presença de dificuldades com o diagnóstico destas nosologias ou a distorção do sistema com o sucesso em se conseguir o BI com o ‘argumento’ da impulsividade, descontrole e agressividade, próprias destas nosologias.

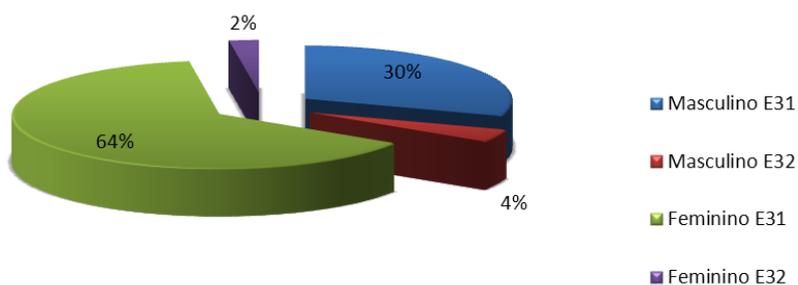
Tabela 3: Distribuição pelo CID do BI e sexo do segurado

Total por CID	CID	Sexo	Espécie	Subtotal
1403	Transtorno Afetivo Bipolar (F31)	Masculino	E31	424
			E32	54
		Feminino	E31	892
			E32	33
4843	Episódios Depressivos (F32)	Masculino	E31	1454
			E32	34
		Feminino	E31	3318
			E32	37
3366	Sinovite e Tenossinovite (M65)	Masculino	E31	849
			E32	13
		Feminino	E31	2478
			E32	26
3148	Dorsalgia (M54)	Masculino	E31	1385
			E32	20
		Feminino	E31	1716
			E32	27
12760	Total			

A tabela 3 acima, melhor expressada individualmente no gráfico abaixo, mostra as várias assimetrias que serão discutidas adiante.

Gráfico 4: Distribuição por sexo do CID X F31

### Transtorno Afetivo Bipolar (F31)

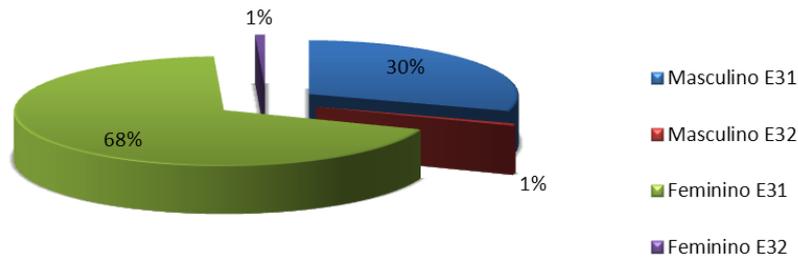


Estes achados do gráfico 4, acima, são anômalos, pois o predomínio do sexo feminino

no TAB conforme os dados da literatura adiante discutidos é discreto e não com o predomínio de mais do que o dobro no sexo feminino como indica nossa amostra e demanda explicação.

**Gráfico 5: Distribuição por sexo do CID X F32**

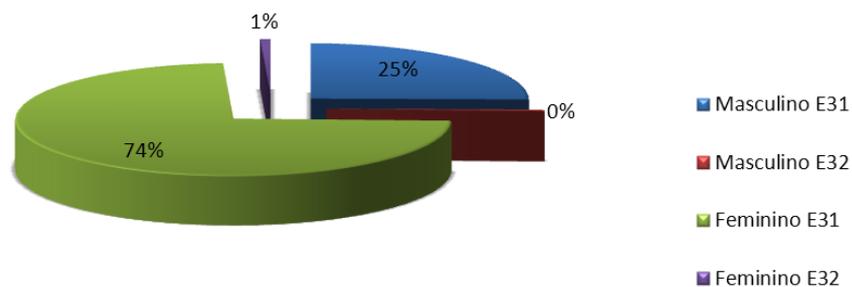
### Episódios Depressivos (F32)



O gráfico 5 acima mostra predomínio do sexo feminino de modo congruente com os dados da literatura médica, como adiante discutido, oriundos da medicina assistencial, quando se sabe do predomínio de dois por um do sexo feminino sobre o masculino.

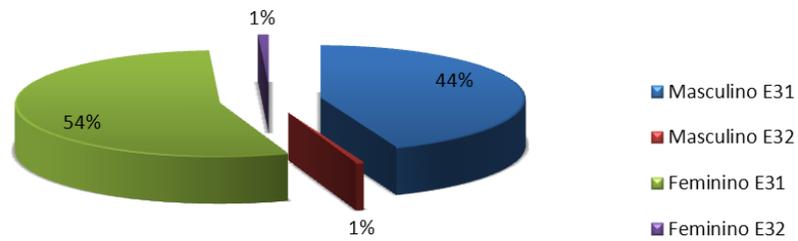
**Gráfico 6: Distribuição por sexo do CID X M65**

### Sinovite e Tenossinovite (M65)



Nosso gráfico 6 acima confirma a literatura os dados da literatura médica assistencial sobre LER/DORT confirma este predomínio absoluto do sexo feminino neste grupo de patologias.

**Gráfico 7: Distribuição por sexo do CID X M54  
Dorsalgia (M54)**



O gráfico 7 acima mostra que nossos achados são congruentes aos da literatura em perícia médica como adiante discutido, com o predomínio do sexo feminino, embora, contrastante com os dados da medicina assistencial quando seria esperado o predomínio do sexo masculino, como também adiante discutido.

Gráfico 8: Totais por idade na DIB por CID – faixa etária de 16 a 36 anos

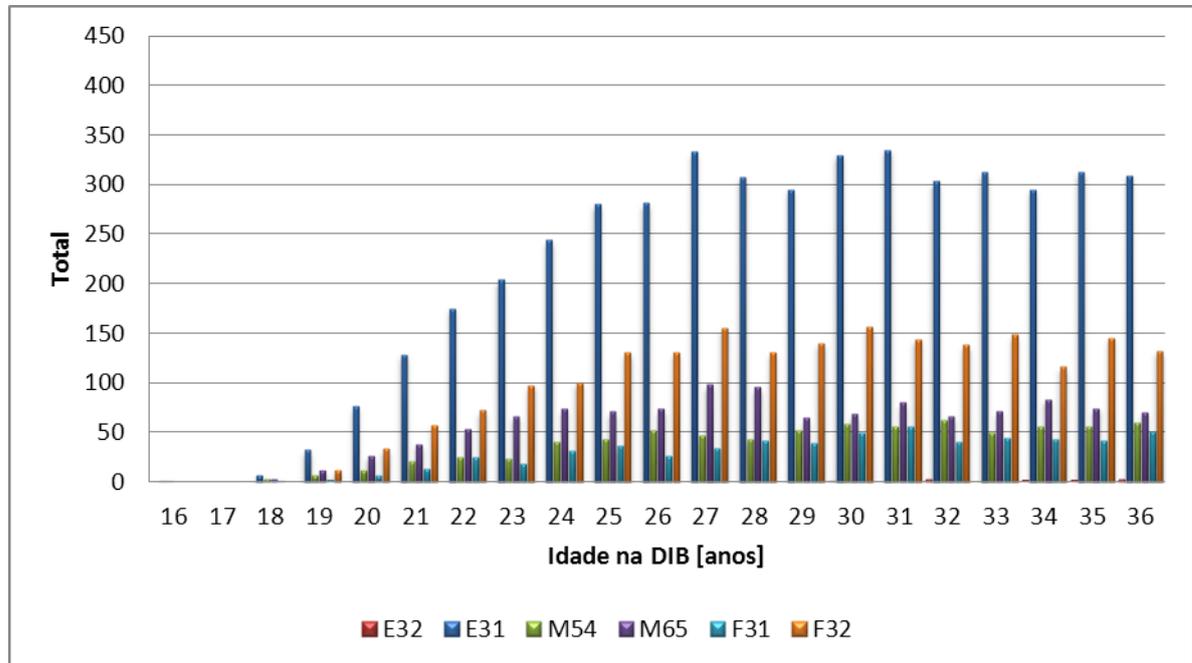
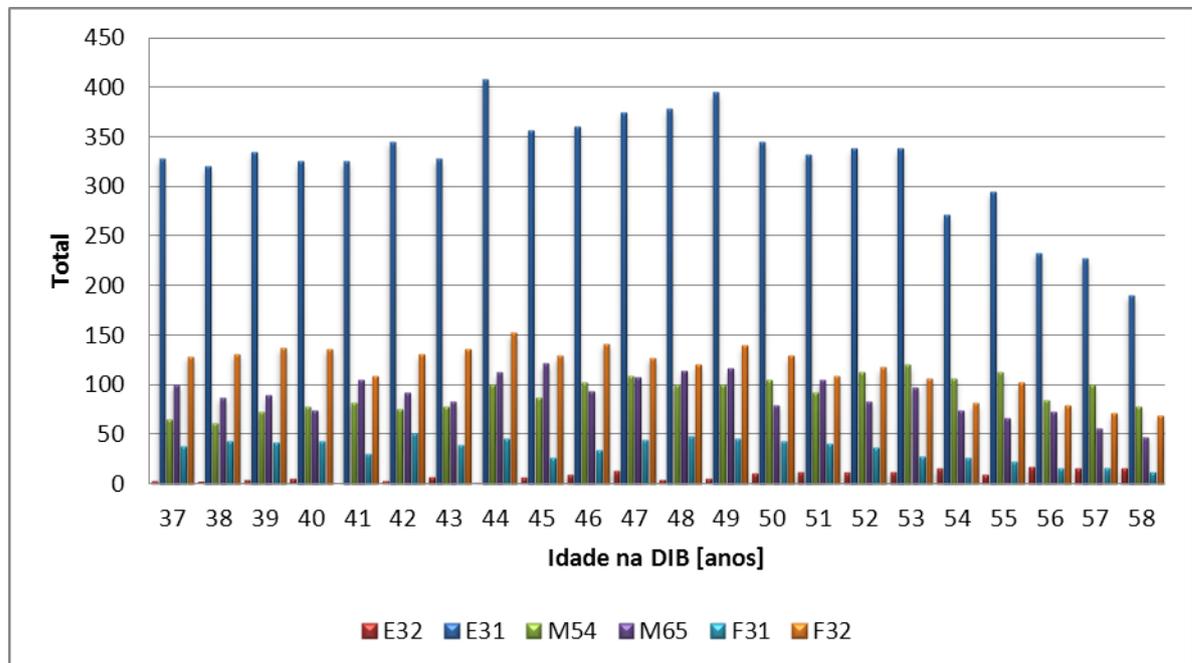
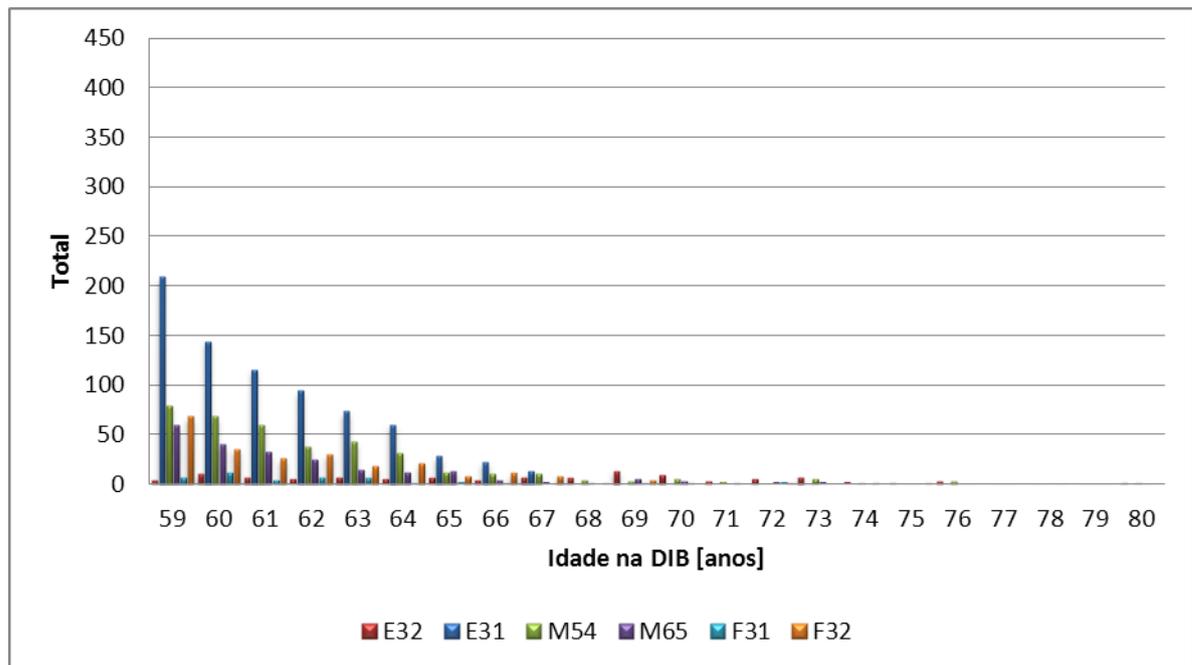


Gráfico 9: Totais por idade na DIB por CID – faixa etária de 37 a 58 anos



**Gráfico 10: Totais por idade na DIB por CID – faixa etária de 59 a 80 anos**



Os gráficos 8, 9 e 10 acima mostram a ausência de diferenças significativas entre as idades de adoecimento e determinação do BI, pois na PS o determinante principal da presença dos probandos ora em estudo é a capacidade laborativa, implicando na presença maciça das faixas etárias acima, necessariamente. Como vemos, também nos gráficos abaixo, para ambos os sexos, a maior densidade de adoecimento e BI ocorre entre os 25 e 55 anos. Nas mulheres, a curva a partir do 60 anos praticamente desaparece provavelmente pela melhor proteção dada pela aposentadoria<sup>5</sup>. Há predomínio absoluto do benefício por incapacidade sobre as aposentadorias por invalidez, indicando provavelmente represamento ou o temor sempre presente do PM quanto à fraude.

<sup>5</sup> 55 anos para agricultora e 60 anos para as outras seguradas. (Nota dos autores)

Gráfico 11: Distribuição sexo e idade na DIB – faixa etária 16 a 36 anos

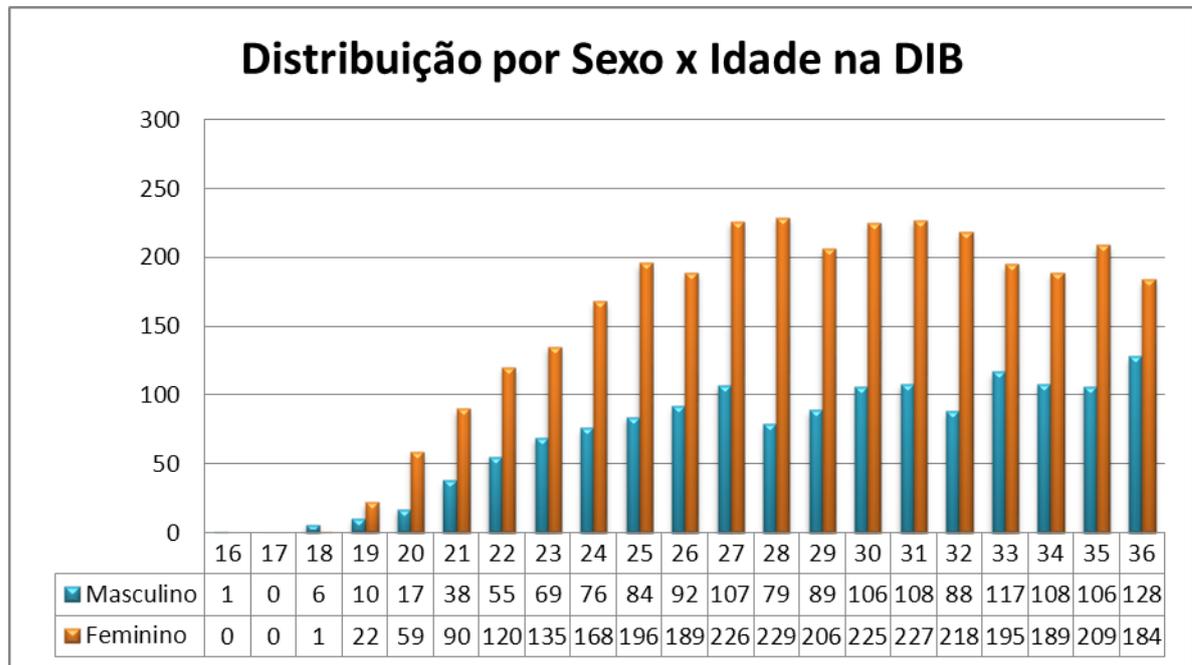


Gráfico 12: Distribuição sexo e idade na DIB – faixa etária 37 a 58 anos

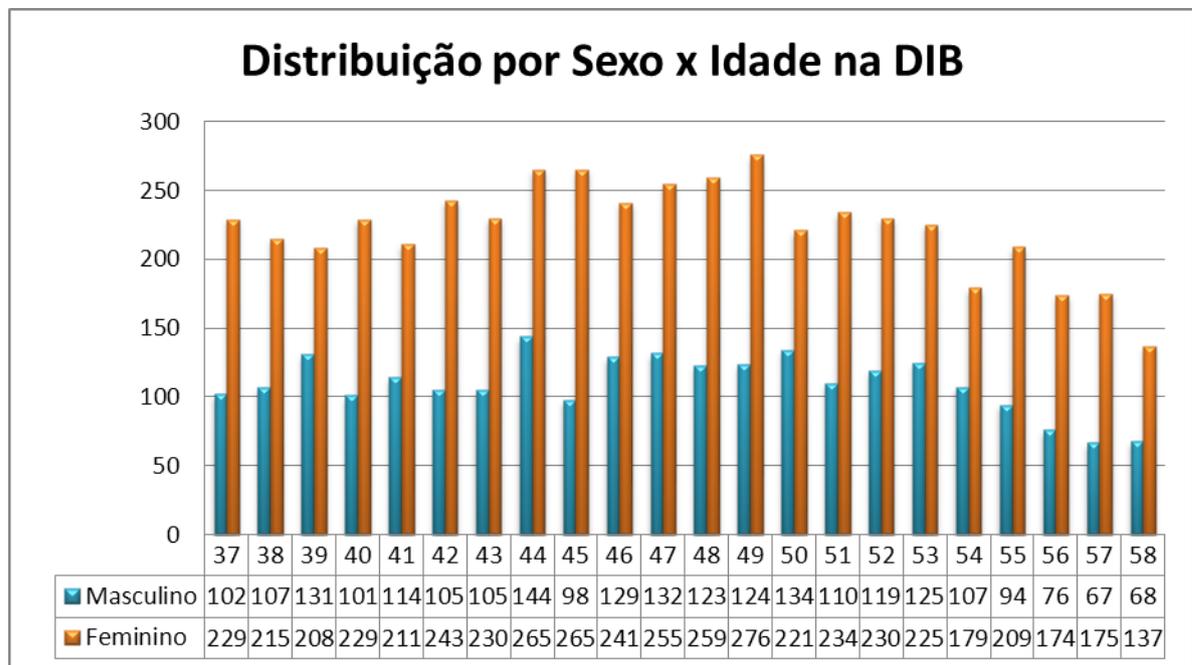
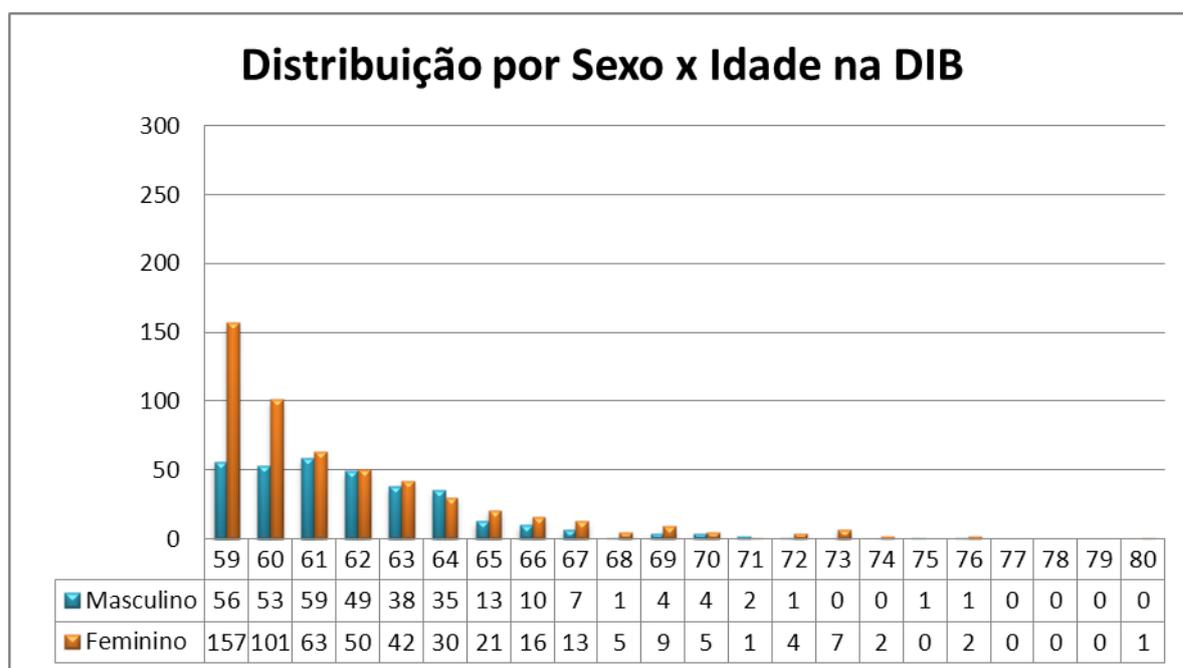


Gráfico 13: Distribuição sexo e idade na DIB – faixa etária 59 a 80 anos



Os gráficos 11, 12 e 13 acima não mostram irregularidade estrutural em qualquer faixa etária comparativamente a diferença de sexo.

Seguem os dados mais relevantes para nosso estudo: a distribuição tabular dos totais de segurados por vínculo e a distribuição maciça dos dados de RMI (remuneração média inicial corrigida e por faixas salariais).

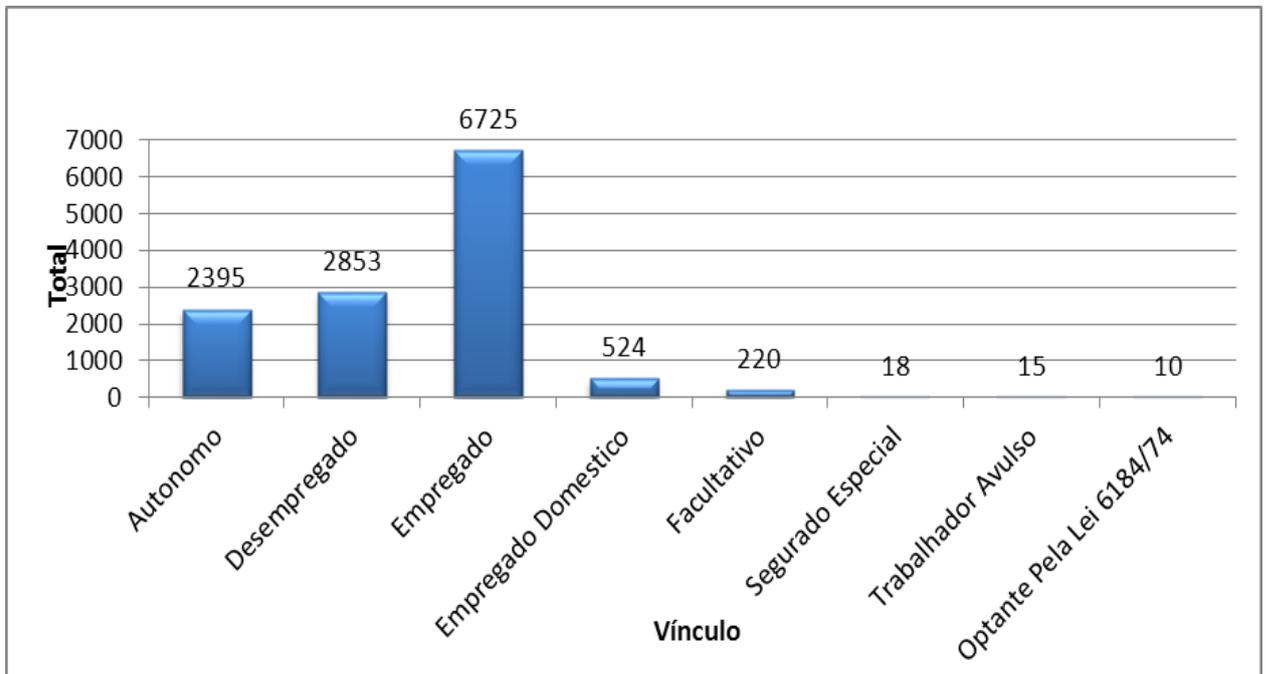
Tabela 4: Totais dos segurados por vínculo com a PS

Vínculo	Total
Autônomo	2395
Desempregado	2853
Empregado	6725
Empregado Domestico	524
Facultativo	220
Segurado Especial	18
Trabalhador Avulso	15
Optante Pela Lei 6184/74	10
	12760

A tabela acima, melhor expressada percentualmente no gráfico abaixo já indica que mais da metade dos segurados da PS escapam de normatização e controle de seus

anteriores quanto a presença de doenças anteriores ao seu ingresso como segurados da PS. Apenas o grupo dos segurados empregados são submetidos aos ASOs e ninguém é obrigado a declarar algo que possa prejudicar sua demanda pecuniária.

**Gráfico 14: Distribuição pelo tipo de vínculo com a PS**



Note-se no gráfico 14, acima, a importante participação dos vínculos de autônomo e desempregado, próximo de 40% dos segurados, medida indireta da participação informal do mercado de trabalho na PS e, como referido acima, não permitem que a PS tenha acesso às suas condições de saúde - e incapacidade - anteriores ao ingresso na PS.

Seguem os dados totais e percentuais da renda mensal inicial corrigida em salários mínimos para o ano de 2010 e logo após a distribuição desta renda por idade de segurado.

Gráfico 15: Distribuição por RMI corrigida em SM

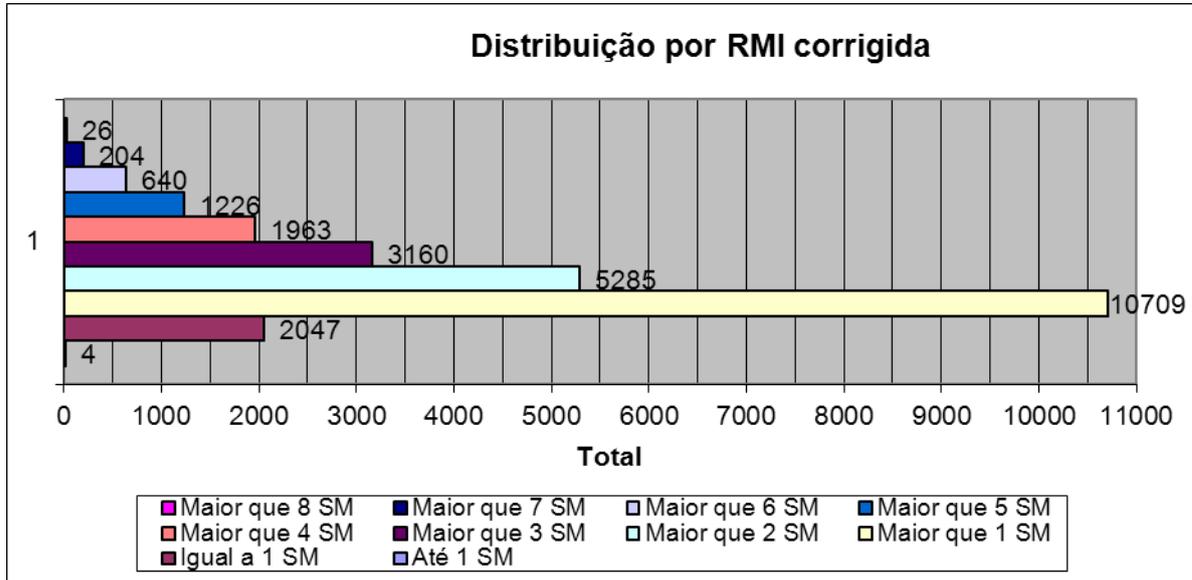
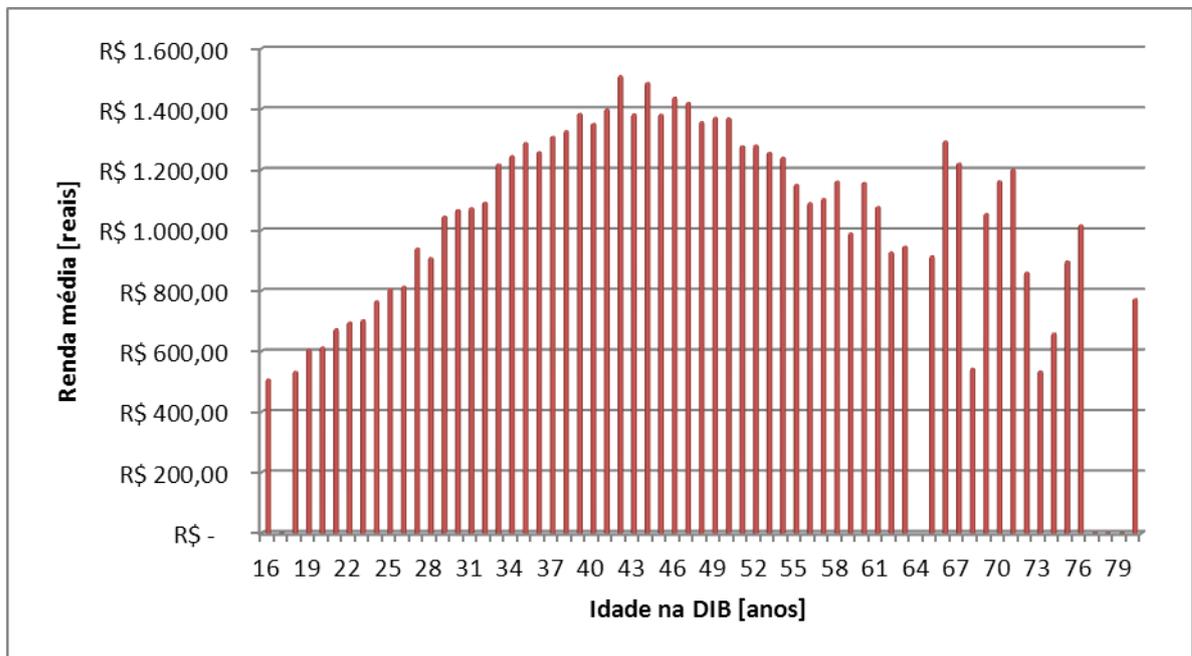


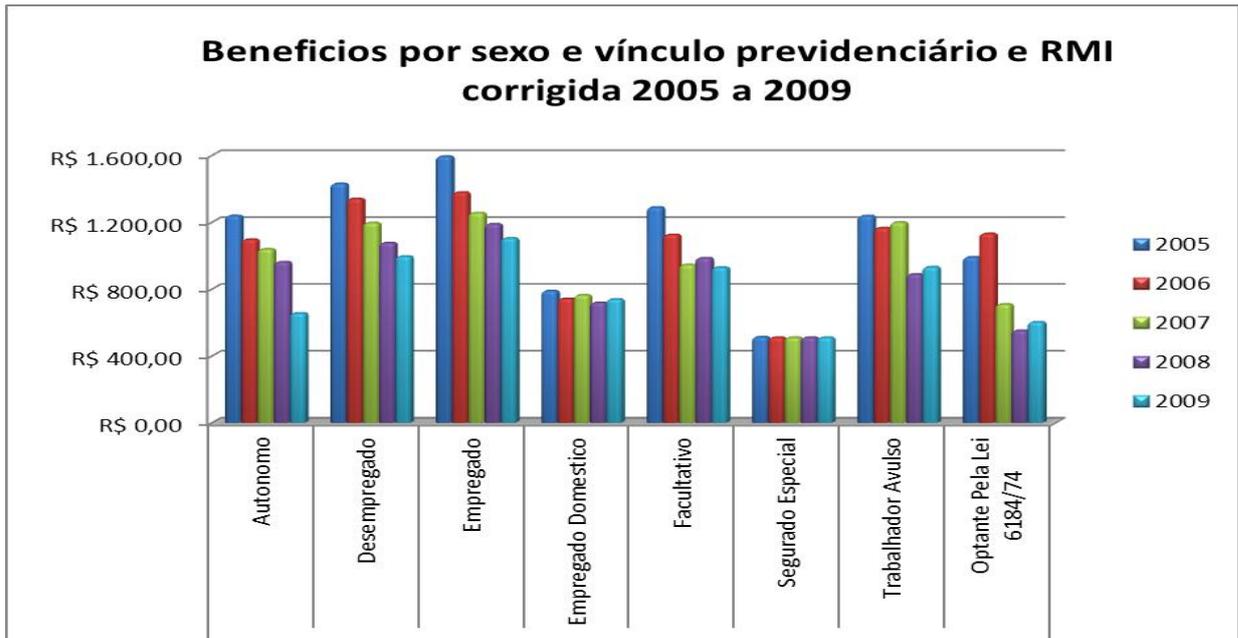
Gráfico 16: Distribuição por RMI corrigida em reais



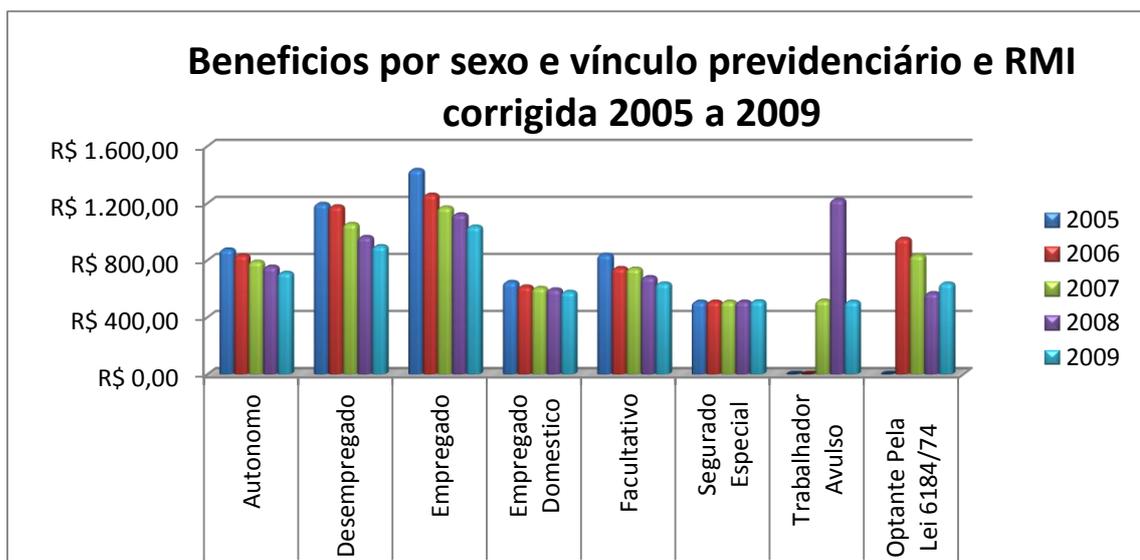
Os dados dos gráficos acima de números 15 e 16 são muito relevantes para nosso estudo. Os segurados em BI de faixa etária entre 37 e 53 anos apresentam renda mensal mais alta e, quando comparada a RMI – renda mensal inicial – dos segurados com vínculo empregatício com os demais segurados, a renda mais alta está entre os segurados

desempregados e empregados. Os dados nos mostram que os desempregados se aproximam a um quarto dos segurados da PS. Isto indica um provável fator de acomodação ao benefício pois, após 37 anos de idade não haveria um motivador para retorno à atividade, enquanto que segurados de idade jovem apresentam renda inferior à média, como é bem evidente no gráfico acima, sendo provável o estímulo à saída do benefício.

**Gráfico 17: Distribuição pelo sexo e tipo de vínculo com a PS: Masculino**

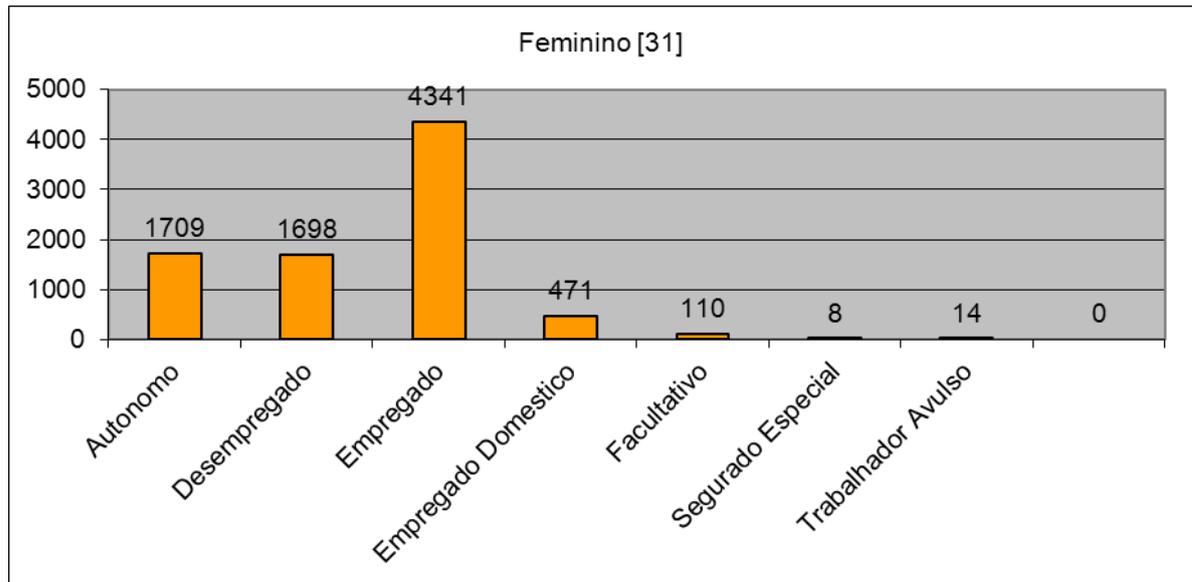


**Gráfico 18: Distribuição pelo sexo e tipo de vínculo com a PS: Feminino**

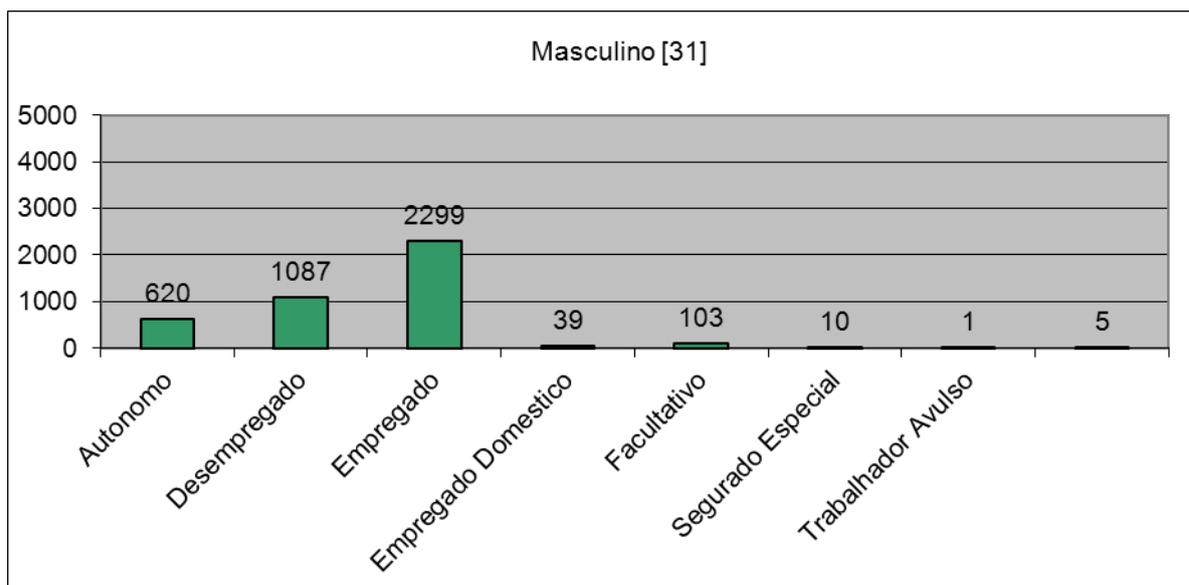


Note-se nos gráficos 17 e 18 acima a relativa equiparação das remunerações entre os sexos nos grupos de desempregados e os picos assimétricos anômalos que deveriam ser investigados em alguns vínculos. A diferença pequena na remuneração entre os desempregados e os empregados também reforça o fator de acomodação ao BI.

**Gráfico 19: Distribuição dos segurados femininos por vínculo**

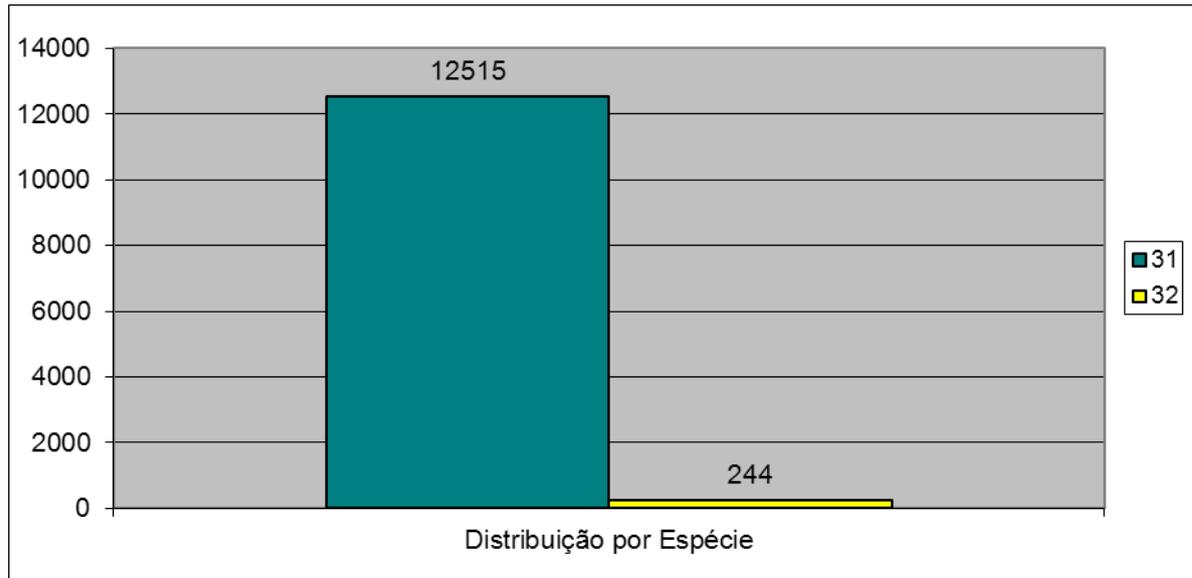


**Gráfico 20: Distribuição dos segurados masculinos por vínculo**



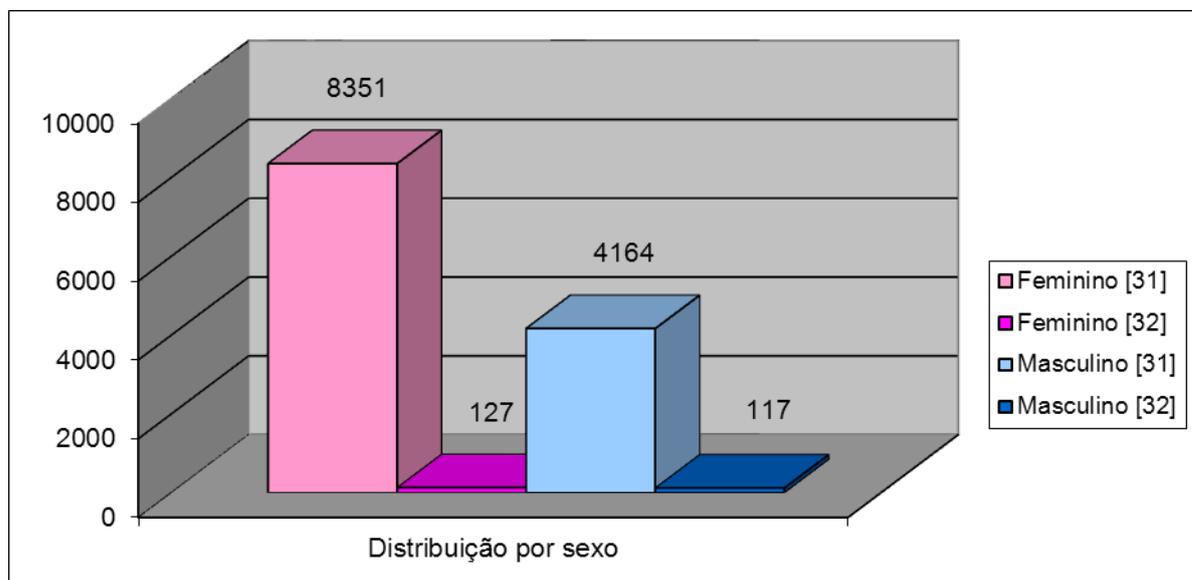
Nota-se, comparando os gráficos 19 e 20 acima a significativa diferença entre os dois grupos no que se refere aos autônomos e desempregados com predomínio próximo ao dobro entre os desempregados e autônomos no sexo feminino. O predomínio do sexo feminino como visto no primeiro gráfico, é muito evidente apesar de o sexo masculino ser a maior parte da força produtiva do país como já visto. Segue a distribuição por espécie (E31 ou E32).

**Gráfico 21: Distribuição por espécie de BI (E31 e E32)**



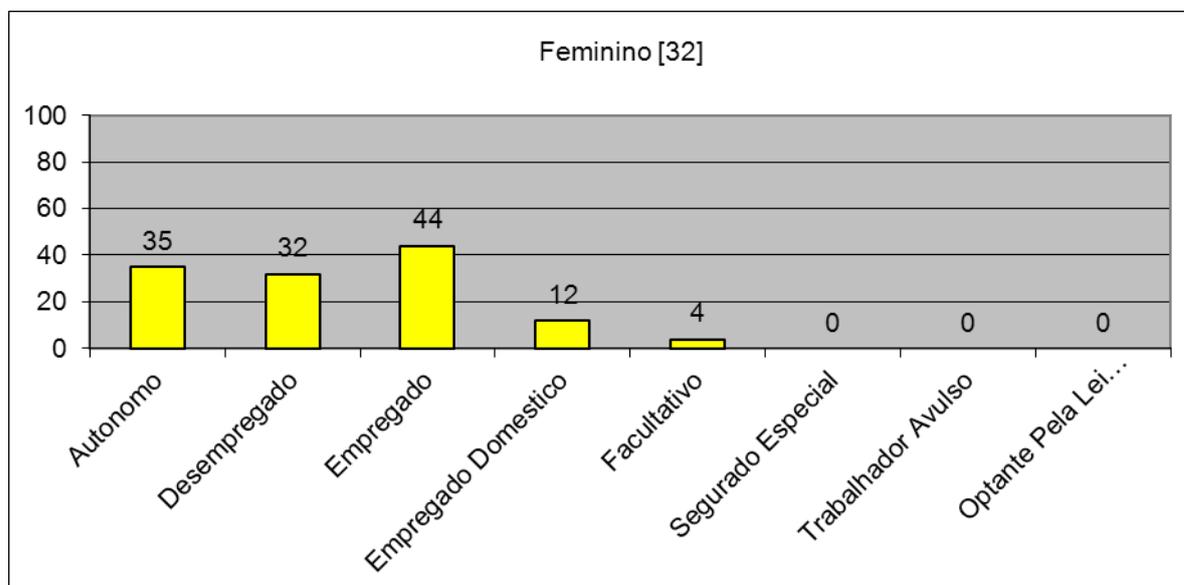
Este dado do gráfico 21 revela um importante gargalo para passagem do E31 ao E 32, isto é, para a concessão da aposentadoria.

**Gráfico 22: Distribuição por sexo dos segurados dos BIs E31 e E32**

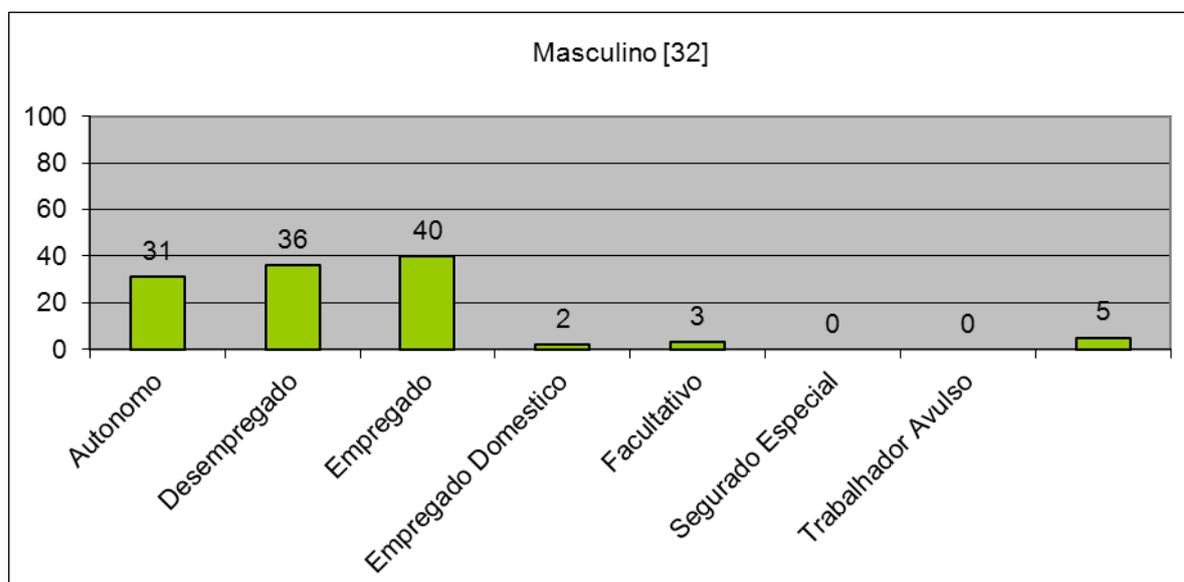


O gráfico 22 acima sugere fortemente critérios diferentes para a concessão de BI e de Aposentadoria por Invalidez, pois no caso das aposentadorias não há diferenças significativas entre os sexos.

**Gráfico 23: Distribuição dos B32 (aposentados) no sexo feminino quanto ao vínculo com a PS**



**Gráfico 24: Distribuição do B32 (aposentados) no sexo masculino quanto ao vínculo com a PS**



Não existe diferença significativa, conforme os gráficos 22, 23 e 24, entre os sexos para concessão de aposentadoria nos diversos tipos de segurados, persistindo a predominância

dos empregados, diversamente do que observamos com os Benefícios por Incapacidade. Claramente os critérios para a concessão o B32 são diferentes dos da concessão do B31, não ocorrendo diferenças de sexo mas com predomínio de autônomos e desempregados sobre empregados, considerados proporcionalmente.

Como estes dados podem estar distorcidos por algum viés de predomínio de um dos sexos na população local, segue a tabela abaixo sobre a distribuição da população do RS entre os dois sexos..

**Tabela 5: Distribuição da população por sexo no Estado do Rio Grande do Sul no censo de 2000**

<b>Homens</b>	4.994.719
<b>Mulheres</b>	5.193.079
<b>Total</b>	10.187.798

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Departamento de População e Indicadores Sociais. Censo Demográfico 2000

Esta tabela comprova que o predomínio do sexo feminino nos probandos em estudo não pode ser atribuído a maior frequência do sexo feminino na população do RGS. E a tabela 2 abaixo mostra na população brasileira que o predomínio das mulheres é significativo a partir dos 65 anos, justamente quando elas são minoria nos BIs, como vimos, provavelmente porque a PS em maior proteção social ao sexo feminino.

**Tabela 6: População residente total por sexo e grupos de idade no  
senso de 2000**

Idade	Total	Homens	Mulheres
55 a 59 anos	5.444.715	2.585.244	2.859.471
60 a 64 anos	4.600.929	2.153.209	2.447.720
65 a 69 anos	3.581.106	1.639.325	1.941.781
70 a 74 anos	2.742.302	1.229.329	1.512.973
75 a 79 anos	1.779.587	780.571	999.016
80 anos ou +	1.832.105	731.350	1.100.755

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Departamento de População e Indicadores Sociais. Censo Demográfico  
2000

### 3 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Observando as curvas de frequências da presença em BI (prevalências) considerada a idade e o sexo, observa-se que não existem assimetrias significativas entre sexos *quanto às idades de adoecimento*, notando-se que as curvas são suaves e as variações não significativas como grupo, permanecendo patente o predomínio assimétrico do sexo feminino. Pode-se inferir destes dados que ambos os sexos têm acesso de igual modo à PS, independentemente da idade, descaracterizando a ideia de que as mulheres teriam menos acesso ao trabalho e aos direitos institucionalizados relacionados ao trabalho. Predominam as mulheres em todos os grupos, mas mais entre os autônomos e desempregados. Em nosso grupo surgiu a ideia de que esse predomínio do sexo feminino é iníquo, uma falácia da equidade na PS, mas julgamos que o assunto merece ser mais bem estudado e discutido antes de afirmações como essas, obviamente politicamente incorretas.

#### 3.1 Transtorno afetivo bipolar e depressivo

A OMS – Organização Mundial da Saúde - calcula que 450 milhões de pessoas sofrem de algum transtorno mental de forma crônica e com alguma incapacidade, e que 25% das pessoas, em alguma fase de suas vidas, de modo intermitente ou passageiro, terá um distúrbio mental grave que limitará sua existência. O Transtorno Afetivo (do Humor) Bipolar (TAB) é uma doença crônica que afeta cerca de 1.6 % da população, embora estes números variem nos Estados Unidos de 0,4% a 1,6% (BLAZER, 2000). Estudos de *screening* mostram que a prevalência deve ser maior, com taxas acima de 3,7%. Num estudo pioneiro brasileiro (MORENO e ANDRADE, 2005) numa reanálise dos dados do *Estudo de Área de Captação Epidemiológica*, a prevalência, ao longo da vida, de subgrupos TAB foi de 8,3%. A “bipolaridade” é uma das principais causas de incapacidade laboral: o impacto do TAB foi evidenciado pelo “*Global Burden of Disease*” (Sobrecarga Global das Doenças em MURRAY e LOPEZ, 1996), estudo esse conduzido pela OMS sobre a contribuição em morbidade das 130 condições médicas mais prevalentes no mundo, demonstrando que, entre indivíduos na faixa etária de 25 a 40 anos, o TAB figura como a quinta causa de anos vividos com incapacidade, dados confirmados por Merikangas (2007).

Nosso estudo não forneceu os dados para indicar a parcela de TAB que ocorre,

considerado o número global de segurados da PS, pois a avaliação dependeria do tempo de BI, considerada a intermitência do TAB, exigindo estudos específicos. Mais importante do que a incidência, para fins previdenciários, é a prevalência, que determina o tempo necessário para a recuperação laboral

Quando à incidência do TAB, com sua variação sexual de acometimento, é sabido de longa data que o TAB tipo I apresenta prevalência semelhante entre os sexos, embora existam diferenças quanto ao curso da doença – quadros mistos e ciclagem rápida são mais frequentes entre mulheres. Já no tipo II, bem como na depressão bipolar, o sexo feminino está representado em dobro (ARNOLD, 2000 e KESSING, 2004). Deve-se considerar que ocorrem dificuldades diagnósticas importantes entre o transtorno afetivo unipolar e o bipolar e o assunto está em aberto, pois é possível que não exista o transtorno unipolar do humor, apenas o bipolar. Como as mulheres têm mais episódios depressivos do que maníacos, começam a usar estabilizadores do humor em média cinco anos mais tarde do que os homens, pois os episódios mais visíveis e clinicamente mais chamativos para o paciente e para a família são os episódios depressivos. A hipertímia e euforia, às vezes com elação, ficam por conta do “jeito” da pessoa. Os sintomas depressivos são predominantes (REGIER *et al*, 1984) e cerca de quatro vezes mais frequentes do que os de mania e cinco vezes mais frequentes do que os sintomas mistos. O episódio depressivo é também responsável pela maior carga de sofrimento e incapacidade da doença, predominando em dois terços da vida do paciente, que passa deprimido aguardando algum tratamento que lhe deixe hipomaniaco, “cheio de energia”, que é como anseia estar. Comparando-se pacientes com TAB com pacientes com transtorno depressivo maior (TDM), aproximadamente dois terços dos portadores de TDM apresentam remissão em dez anos, enquanto menos da metade dos portadores de TAB teve remissão neste mesmo período (HIRSCHFELD, 2003).

Estes números nos mostram que o que devemos buscar nem tanto é a incidência, mas a prevalência entre os segurados em BI da PS, isto é, quanto tempo necessitam permanecer em BI para se recuperarem. Portanto, o tempo de permanência em BI é um dado – faltante em nosso *corpus* – fundamental.

Não conseguimos os dados sobre o tempo em BI, que permitiria aquilatar esta diferença de gravidade apontada na literatura entre a depressão monopolar e a bipolar, mas nossos achados mostram que a diferença de incidência entre os sexos é o triplo no sexo feminino, indicando a contaminação da amostra, não por quadros depressivos, pois seria o

dobro, mas pelo predomínio absoluto do sexo feminino nestes benefícios, que precisa ser explicado com dados adicionais, um deles – e na nossa tarefa não se pode fugir deste enfrentamento - é a fraude. Outra explicação mais singela é a maior prevalência destes casos, com represamento pela necessidade de longo tempo de recuperação, o que poderia explicar o número díspar em relação ao que temos dos dados da medicina assistencial, mas não explicaria a diferença de prevalência entre sexos. Provavelmente as formas com mania e hipomania seriam mais visíveis, em especial quanto ao sexo masculino, se abordássemos as comorbidades, sempre presentes no TAB, como as adições. E aí, é raro vemos adições à cocaína no sexo feminino em BI na PS, enquanto é epidêmico no sexo masculino.

### **3.2 Dorsalgia, lombalgia e tenossinovite**

Como é sabido de longa tradição médica, a dor lombar aparece a maior em trabalhadores que exercem atividades com carga pesada, ritmo intensivo e em condições anti-ergonômicas: estivadores, trabalhadores de transportes e cargas, mineiros, serventes da construção civil e trabalhadores expostos a vibrações de corpo inteiro, como motoristas de caminhão, tratoristas e operadores de veículos pesados - quanto aos ônibus, lembremos que a ergonomia recente tem protegido ao motorista. O fundamento desta ideia é a exposição osteoarticular ao uso excessivo com sobrecarga funcional, e numerosos estudos, embora não seja necessário mais que o bom-senso – veja-se os dados do Comitê de Especialistas da OMS (1983) e MEDINA (1986) - atentam para o esforço de flexão, principalmente pela posição incorreta de erguimento de pesos, em geral associado ao trabalho com carga. É sabido da anatomofisiologia que, na flexão máxima sem carga da coluna vertebral, as cápsulas das articulações zigoapofizárias – facetas das apófises transversas na junção com as lâminas vertebrais - suportam 40% do peso corporal, muito além da capacidade de resistência destas pequenas articulações.

Estes fatores citados têm sido identificados na imensa maioria dos casos e, desta forma, há evidência inequívoca de nexos entre dor lombar e a atividade ocupacional quando o gesto laboral exige grande esforço físico, em ritmo ou intensidade excessivo e em condições claramente não ergonômicas. Em geral, 80% dos casos de dor lombar melhoram com o repouso e tratamento em duas a três semanas, embora 10 a 15% dos casos possam requerer tratamento que dure um ano, ou mais, conforme dados da OMS (1983). Para contrastar essa noção empírica médica fundada na função e seu excesso, Alexandre e Benatti (1998) estudaram 105 auxiliares e técnicos de enfermagem de um hospital público, buscando avaliar

a presença de sintomas musculoesqueléticos, observando que 93% referiram algum tipo de sintoma osteomuscular nos últimos 12 meses e 62% num curto período de 7 dias. A localização destes sintomas foi: região lombar (59%), ombros (40%), joelhos (33,3%) e região cervical (28,6%). Verificou-se também que 29,5% faltaram ao trabalho e 47,6% consultaram ao médico devido aos mesmos sintomas. O problema é que não havia no ambiente as cargas excessivas de esforço referidas, intensas, acima admitidas, consensuais sobre a patogenia da lombalgia, sugerindo a participação de outras variáveis. Esta noção perpassa até as receitas de comadre: “essa dor nas costas é da cruz que tu carrega”.

Também, observe-se que, em um estudo na população geral, estas patologias – dorso e lombalgias e depressão - são muito frequentes e mais prevalentes em mulheres. As doenças crônicas mais frequentes na população brasileira, com base na Pesquisa Mundial de Saúde (SZWARCWALD e VIACAVA, 2005) foram: doenças de coluna, hipertensão, artrite e reumatismo, depressão e asma. Pesquisa realizada por Lima-Costa (2004) na Região Metropolitana de Belo Horizonte verificou que 18% dos adultos tinham hipertensão, 11,9%, doença de coluna, 8,8%, depressão e 5,7%, artrite ou reumatismo. Também, em pesquisa multicêntrica realizada em municípios do Estado de São Paulo (Projeto ISA-SP) por Cesar e cols (2005) e Mendes (1988), as doenças mais prevalentes na população de 20 anos ou mais foram: enxaqueca (21,8%), alergia (20,4%), hipertensão (20,0%), depressão (17,7%) e doença de coluna (17,6%). Estas, em geral, são as condições crônicas encontradas entre as mais prevalentes também em inquéritos realizados em outros países. Esta breve revisão traz bem o contraste entre nosso conhecimento “oficial” e os dados com que se defronta o PM.

O INSS, através da Instrução Normativa INSS/DC Nº 98 de 05 de dezembro de 2003, abarcando as doenças produzidas pelo trabalho tem uma das mais objetivas e esclarecedoras revisões sobre LER/DORT a que remetemos o leitor como leitura indispensável. O que segue é uma revisão sumária de estudos para contrastar nossos dados.

Admite-se que a bipedestação humana que evoluiu ao longo de 7 milhões de anos – o homem esta em pé sobre a terra olhando o horizonte há 1 milhão de anos - com a necessidade de impor a lordose da coluna cervical e lombar como evolução humana, estabelecidas a primeira aos três meses de vida e a segunda com o início da deambulação, pode ter contribuído para problemas na coluna lombar e cervical. Mas os autores são unânimes em afirmar que as lesões da coluna vertebral, acrescidas das conhecidas como LER/DORT estão relacionadas com a atividade agrícola e fabril, de fábricas e a manufatura, “fazer com as

mãos”, da industrialização dos meios de produção, consequente a sobrecarga estática e dinâmica ou esforços repetitivos, mesmo sem sobrecarga.

Só recentemente, porém, estes quadros ganharam importância e foram reunidos sob o grupo cuja denominação mais conhecida é lesões por esforços repetitivos (LER) e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT) ou, simplesmente, LER/DORT a partir da Instrução Normativa nº 98/2003 do INSS. Era conhecida também como lesões por traumas cumulativos (LTC), doença cervicobraquial ocupacional (DCO) e síndrome da sobrecarga ocupacional (SSO) – provavelmente este último termo é o mais adequado, pois não se compromete com termos como “dinâmico”, “estático” ou “repetição”, deixando ao avaliador a equidade de sua decisão quanto a fatores determinantes e agravantes. Um dos autores (Juliano Fontanari) avaliou um segurado quanto ao nexo técnico entre sua lesão no ombro D e sua função motorista de ônibus. Não havia casos como esse na empresa ou descritos. O problema ergonômico se originava na altura do segurado – 152 cm – que determinava um momento de força no ombro D - associado ao peso do MSD, de aproximadamente 6 Kg – excessivo para o ombro D. Mesmo se a palanca das marchas fosse mais baixa, ainda assim o momento se transferiria para a necessidade de carga maior já que a palanca seria mais curta.

Em 1986, pela circular nº 501.001.55 nº 10, a direção geral do, na época, INAMPS orientou as superintendências no sentido de reconhecerem a tenossinovite como doença do trabalho, quando resultante de “movimentos articulares intensos e reiterados, equiparando-se nos termos do parágrafo 3o, do art. 2o da Lei n.º 6.367, de 19/10/1976, a um acidente de trabalho”. Desde então, vulgarmente, estes quadros são codificados como “sinovite e tenossinovite” – M65 e conhecidos como tal mesmo na comunicação entre os PMs, não tendo prosperado a codificação LER/DORT pelas implicações de exigência de CAT, definida como tal em M70, codificação para “lesões por movimentos repetitivos”. Recentemente expande-se nos laudos periciais a especificação de M75, “lesão no ombro”, mas sempre evitando o comprometimento com a etiologia. Para corrigir essa anomalia introduziu-se o NTEP – Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário – que regulamentou o procedimento em vista da suspeita de LER/DORT. Esta vulgarização do uso entre os PMs é a razão da escolha do CID M65 em nosso estudo, ao invés de todo o grupo o que, seguramente, subnotifica nossos dados, se usados para avaliação de LER/DORT.

Embora as causas da LER/DORT ainda não estejam bem esclarecidas, alguns fatores podem ser apontados como sendo “de risco para o desenvolvimento destas”:

a) Fatores biomecânicos: movimento repetitivo excessivo; força muscular exagerada; postura prolongada ou incorreta; condicionamento físico insuficiente, características biológicas várias que poderiam explicar o predomínio absoluto do quadro no sexo feminino.

b) Fatores organizacionais próprios do gesto laboral como a natureza repetitiva do trabalho, problemas de comunicação com as chefias ou com os colegas; ausência de rodízios e pausas na organização do trabalho; inadequação do posto de trabalho; obrigatoriedade de manter ritmo acelerado para atingir as metas de produtividade; jornadas prolongadas de trabalho, com frequente realização de horas extras e trabalho com gesto laboral múltiplo sob tensão, como se dá com o operador de *telemarketing* que deve ouvir, digitar e suportar comportamento agressivo do consumidor tentando resolver pela enésima vez seu problema.

(c) Fatores psicossociais relacionados a quadros de ansiedade, depressão e de estresse ocupacional causado pelas percepções subjetivas que o trabalhador tem dos fatores de organização do trabalho, tais como: ausência de autonomia, pressões cotidianas, perfeccionismo e, acredita-se, sobretudo, a reificação, a falta de senso sobre o resultado de seu trabalho (MERLO, 2003).

Segue abaixo o quadro descritivo das principais nosologias agrupadas.

**QUADRO 1. Relação exemplificativa entre o trabalho e algumas entidades nosológicas**

<b>LESÕES</b>	<b>CAUSAS OCUPACIONAIS</b>	<b>EXEMPLOS</b>	<b>ALGUNS DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS</b>
Bursite do cotovelo (olecraniana)	Compressão do cotovelo contra superfícies duras	Apoiar o cotovelo em mesas	Gota, contusão e artrite reumatoide
Contratura de fáscia palmar	Compressão palmar associada à vibração	Operar compressores pneumáticos	Heredo – familiar (Contratura de Dupuytren)
Dedo em Gatilho	Compressão palmar associada à realização de força	Apertar alicates e tesouras	Diabetes, artrite reumatoide, mixedema, amiloidose.
Epicondilites do Cotovelo	Movimentos com esforços estáticos e preensão prolongada de objetos, principalmente com o punho	Apertar parafusos, desencapar fios, tricotar, operar motosserra	Doenças reumáticas e metabólicas, hanseníase, neuropatias periféricas, contusão

	estabilizado em flexão dorsal e nas pronosupinações com utilização de força.		traumas.
Síndrome do Canal Cubital	Flexão extrema do cotovelo com ombro abduzido. Vibrações.	Apoiar cotovelo ou antebraço em mesa	Epicondilite medial, sequela de fratura, bursite olecraniana forma T de Hanseníase
Síndrome do Canal de Guyon	Compressão da borda ulnar do punho.	Carimbar	Cistos sinoviais, tumores do nervo ulnar, trombozes da artéria ulnar, trauma, artrite reumatoide e etc.
Síndrome do Desfiladeiro Torácico	Compressão sobre o ombro, flexão lateral do pescoço, elevação do braço.	Fazer trabalho manual sobre veículos, trocar lâmpadas, pintar paredes, lavar vidraças, apoiar telefones entre o ombro e a cabeça	Cervicobraquialgia, síndrome da costela cervical, síndrome da primeira costela, metabólicas, Artrite Reumatoide e Rotura do Supraespinhoso
Síndrome do Interósseo Anterior	Compressão da metade distal do antebraço.	Carregar objetos pesados apoiados no antebraço	
Síndrome do Pronador Redondo	Esforço manual do antebraço em pronação.	Carregar pesos, praticar musculação, apertar parafusos.	Síndrome do túnel do carpo
Síndrome do Túnel do Carpo	Movimentos repetitivos de flexão, mas também extensão com o punho, principalmente se acompanhados por realização de força.	Digitar, fazer montagens industriais, empacotar	Menopausa, trauma, tendinite da gravidez (particularmente se bilateral), lipomas, artrite reumatoide, diabetes, amiloidose, obesidade neurofibromas, insuficiência renal, lúpus eritematoso, condrocalcinose do punho
Tendinite da Porção Longa do Bíceps	Manutenção do antebraço supinado e fletido sobre o braço ou do membro superior em abdução.	Carregar pesos	Artropatia metabólica e endócrina, artrites, osteofitose da goteira bicipital, artrose acromioclavicular e radiculopatias C5-C6
Tendinite do Supra – Espinhoso	Elevação com abdução dos ombros associada à	Carregar pesos sobre o ombro,	Bursite, traumatismo, artropatias diversas,

	elevação de força.		doenças metabólicas
Tenossinovite de De Quervain	Estabilização do polegar em pinça seguida de rotação ou desvio ulnar do carpo, principalmente se acompanhado de força.	Apertar botão com o polegar	Doenças reumáticas, tendinite da gravidez (particularmente bilateral), estiloidite do rádio
Tenossinovite dos extensores dos dedos	Fixação antigravitacional do punho. Movimentos repetitivos de flexão e extensão dos dedos.	Digitar, operar mouse	Artrite Reumatoide , Gonocócica, Osteoartrose e Distrofia Simpático–Reflexa (síndrome Ombro - Mão)
Obs.1 : considerar a relevância quantitativa das causas na avaliação de cada caso. A presença de um ou mais dos fatores listados na coluna “Outras Causas e Diagnóstico Diferencial” não impede, <i>a priori</i> , o estabelecimento do nexo.			
Obs. 2 : vide Decreto nº 3048/99, Anexo II, Grupo XIII da CID –10 – “Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo, Relacionadas com o Trabalho”			

Quanto à prevalência e incidência de LER/DORT, é impossível conseguir dados sem fracionamento dos grupos em estudo, mas no Brasil, como visível na prática diária dos PMs, atinge proporções epidêmicas. Somente nos últimos 5 anos foram abertos 532.434 CATs (Comunicação de Acidente de Trabalho) geradas pelas LER/DORT. Entre cem trabalhadores da região Sudeste do Brasil, um é portador de LER/DORT (AMERICANO, 2001). Varela e Ferreira (2004) mostraram que a esmagadora maioria de acometidos é do sexo feminino. Na cidade de São Paulo, onde foram examinados 1.560 pacientes, o sexo feminino representou 87% dos casos; sendo que a faixa etária mais afetada oscilava entre 26 e 35 anos conforme Moreira e Carvalho, (2001). A CASSI (Caixa de Assistência aos Funcionários do Banco do Brasil) em um estudo no ano de 2000, mostrou que 26,2 % dos funcionários do Banco do Brasil apresentaram algum sintoma relacionado a LER/DORT (AMERICANO, 2001).

Nossos dados mostram novamente o predomínio absoluto do sexo feminino na amostra, correspondendo a 75% dos casos.

## 4

## CONCLUSÕES E SUGESTÕES

Nossos dados confirmaram a impressão clínica pericial diária de que a imensa maioria dos segurados é do sexo feminino e que os BIs, em especial dos beneficiários com vínculos como autônomos e desempregados, tem função social e mostram a invasão do mercado de trabalho informal na PS, bem como firma-se a impressão de irregularidade em boa parte dessas concessões. De nossos dados, sobressaem alguns achados que podem ser sistematizados como segue.

1. Há evidente exagero da presença do sexo feminino em todos os grupos de CIDs estudados e em todos os vínculos – autônomo, desempregado e empregado. No grupo de autônomos, o sexo feminino é próximo de 80% a maior do que o masculino. Estes dados merecem exame dos dados e reexame pontual a partir da seleção de um grupo randomizado de segurados para focar o gargalo do problema.

2. O grupo dos autônomos e desempregados corresponde a 40% dos BIs estudados por estes CIDs. O que é anômalo é que o segurado desempregado é submetido à ASO demissional e só pode ser demitido se estiver apto para a função que exercia. Estes dados também merecem exame pontual randomizado e, deve-se insistir no assinalamento no processo de rotinização do PM para que este fenômeno seja identificado e sofra a devida tramitação com responsabilidade das partes envolvidas em “acordos” que oneram o Auxílio Desemprego e, depois a PS com o BI.

3. Estes dois itens acima nos mobilizaram ao uso da palavra “falácia”, pois a assimetria do exercício de direitos, a partir do conceito de equidade, antecede a ação do PM e não pode ser por ele modificada – o que é responsável por Burnout e tensão que se alastra na PS, do serviçal ao mais alto escalão, a partir dos conceitos de “é legal mas não é moral”. É imprescindível que, para a percepção destes fatos e sua correção, seja a Chefia da PM autônoma em ampla área de sua gestão e seja a responsável pela observação e acompanhamento destes dados. Medidas como o pronto atendimento ao direito do segurado da PS em ser examinado, notável a primeira vista e politicamente correta, frequentemente escondem tentativas de uso da norma institucionalizadas no país, tornando a PS o “seguro mais barato do mundo”. O Chefe regional da PM deve ser experiente – mais de 20 anos na

função como PM atendendo segurados. O que notamos é indicações de cunho político, com o objetivo de facilitar o convívio com a GR, a partir de orientação política e amizade, capaz de manter influências administrativas que infiltram e impedem medidas geradas a partir de dados extraídos destas observações. Note-se que os últimos concursos da PS para PM foram exigências externas à PS, do Tribunal de Contas da União (TCU), que observou que a medida de atender ao segurado prontamente a partir do Médico Credenciado exponenciava a fraude. A PS, por si mesmo, a partir de suas gerências administrativas, teria mantido as coisas como estavam. Pelos itens acima descritos, a não fazer, torna-se irrelevante para quaisquer das partes que a PS fique meses em greve.

4. É inaceitável que não exista um modo de se conseguir dados confiáveis sobre o tempo de permanência em BI, para um dado CID, considerada a premência e importância da necessidade destes dados. Isso é evidência de descaso administrativo.

5. Os valores médios de remuneração dos BIs da PS estão acima dos valores médios auferidos, como vimos, como se dá com o autônomo e com o desempregado a partir dos 37 anos. Esta situação é muito desejável, mas implica num fator de aderência ao BI de difícil resolução, pois o melhora da doença e da incapacidade implicará no retorno a uma função que, além de ocupar suas horas com o labor, ao invés de cuidar das tarefas de casa, inúmeras, como se dá com as mulheres que tem jornada dupla, terá ganho menor. É necessária a formação de grupos de estudo para melhor definir e encaminhar soluções para estas questões.

6. Benefícios em grupos com menos de 2 anos de contribuição são muito frequentes entre autônomos e desempregados com os CIDs estudados. Como é difícil a definição da DII e DID nestes quadros e, face à ausência do ASO admissional e presença do ASO demissional nos desempregados, deveriam ter tratamento diferenciado. Também se faz necessária a formação de grupos de estudo para melhor definir e encaminhar soluções para estas questões.

7. Formação de equipes responsáveis pelo controle destes dados. Desnecessário apontar a necessidade a presença de PMs experientes nestes grupos para estudar e buscar algum nível de uniformidade, que não é mesmo que igualdade, mas sim equidade.

8. Boa parte da fraude, tensão e agressão na Perícia Médica seria resolvida com Educação Previdenciária.

Acreditamos que algumas medidas simples poderiam ser estudadas e, talvez, auxiliassem em muito. É de se colocar parâmetros na distinção entre a pontuação de 85 e 95 pontos para aposentadoria entre sexos, tais como avaliação de carga dupla de trabalho, presença de filhos e atividade primária ou não. Lembremos que as aposentadorias para o sexo feminino ocorrem 10 anos antes, embora a sobrevivência feminina avance para 10 anos além da do sexo masculino, como se vê nos dados. Deve ser reavaliado o valor dos BIs que deveriam ser proporcionais ao tempo de contribuição, em especial, nos casos com menos de 2 anos de contribuição e doenças vinculadas ao gesto profissional para o trabalhador autônomo e desempregado.

## REFERÊNCIAS

1. ALEXANDRE, N. M. C, e BENATTI, M. C. C. - Acidentes de trabalho afetando a coluna vertebral: um estudo realizado com trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário. Rev Latino-am Enfermagem 1998 abril; 6(2):65-72.
2. AMERICANO, Maria José. Prevenção às LER/DORT- Disponível em <http://www.tjpe.gov.br/Boletim/N42/dicadahora02.htm> Acesso em 20/09/2010.
3. ARNOLD, L.M. - Gender Differences in Bipolar Disorder. Psychiatr Clin North Am 26: 595-620, 2003.
4. BLAZER, D.G. - Mood Disorders: epidemiology. In; Sadock B, J. & Sadock, V. <sup>a</sup> Editors. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 7<sup>th</sup>ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, c2000. P 1298-308.
5. 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, São Paulo, v. 36, n. 3, June 2002 . Em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102002000300013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000300013&lng=en&nrm=iso)>. Access on 23 Sept. 2010. doi: 10.1590/S0034-89102002000300013
6. BORGES, Juliano Fisicaro - Gestão Pública. Pitágoras – Pós-Graduação em Perícia Médica Previdenciária. Disponível em: <http://ead.pospitagoras.com.br/course/view.php?id=130>, Acessado em 22/09/2010.
7. BRASIL. TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. Manual de Auditoria de Natureza Operacional - Brasília : TCU, Coordenadoria de Fiscalização e Controle, 2000.114 p.TCU - Manual de auditoria de natureza operacional (2000).
8. CENTER FOR HELTH EQUITY, TRAINING, RESEARCH AND EVALUATION. (CHETRE 2000). What is equity? p. 4. In An area health service taking action to achieve health for all'. Newsletter 1. Center for Health Equity, Training, Research and Evaluation. The University of New South Wales. School of Public Health & Community Medicine, Austrália
9. CESAR, C. L. G., CARANDINA, L., ALVES, M. C. G. P., BARROS, M. B. A., GOLDBAUM, M., (organizadores). Saúde e condição de vida em São Paulo. Inquérito multicêntrico de saúde no Estado de São Paulo ISA-SP. 1<sup>a</sup> ed. São Paulo: FSP/USP; 2005.
10. CORREIA, A. e SCIASCIA, G. – Manual de Direito Romano. 2<sup>a</sup> ed. Vol. II. São Paulo. Editora Saraiva, 1955.

11. HOUAISS, A. - Dicionário Houaiss da língua portuguesa. Rio de Janeiro. 1ª Ed. p1965, 2001.
12. HOLANDA, A. B. - Dicionário Aurélio Eletrônico 7.0 (2010). Em: [http://www.aureliopositivo.com.br/#/Softwares\\_Dicionario\\_Aurelio\\_Eletronico\\_7](http://www.aureliopositivo.com.br/#/Softwares_Dicionario_Aurelio_Eletronico_7) Acesso em 15/09/2010.
13. KESSING, L. V. - Gender Differences in the Phenomenology of Bipolar Disorders, *Bipolar Disorders*, v6 p421-425, 2004. Em: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15383135](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15383135)
14. LIMA-COSTA, M. F. - A saúde dos adultos na Região Metropolitana de Belo Horizonte: um estudo epidemiológico de base populacional. Belo Horizonte: Nespe, Fiocruz, UFMG; 2004.
15. MAUSS, M. - Sociologia e Antropologia Ensaio sobre a dádiva. Forma e razão da troca nas sociedades arcaicas São Paulo; Cosac & Naifa, 2003, p185-294.
16. MEDINA, M.C.G. A aposentadoria por invalidez no Brasil. São Paulo, 1986. [Dissertação de Mestrado — Faculdade de Medicina da USP].
17. MENDES, R. O impacto dos efeitos da ocupação sobre a saúde de trabalhadores: I. Morbidade. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 22, n. 4, Aug. 1988 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89101988000400007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101988000400007&lng=en&nrm=iso)>. access on 18 Nov. 2010. doi: 10.1590/S0034-89101988000400007
18. MERIKANGAS, K. R. e cols. (2007) Life Time and 12 – months prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. *Archives of General Psychiatry*, v. 64, n. 5, p. 543-522.
19. MERLO, A.R.C. e COLS - O trabalho entre prazer, sofrimento e adoecimento: a realidade dos portadores de lesões por esforços repetitivos. *Psicol. Soc.*, Belo Horizonte, v. 15, n. 1, p. 117-136, 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-71822003000100007&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822003000100007&lng=pt&nrm=iso)>.
20. MURRAY, C. J. L. e LOPEZ, A. D. The global burden of disease and injury series. The global burden of disease (Summary). Cambridge: Harvard University Press; 1996.
21. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. <http://www.who.int/en/> Acesso em 16/11/2010.
22. PINTO, O. L. – Ética no Serviço Público. Pós-graduação em Ética no Serviço Público. Aulas de 04/2010.
23. ROSELLI-CRUZ, A. – Relações Interpessoais na Atividade de Perícia Médica. Pós Graduação em Perícia Médica Previdenciária. Faculdades Pitágoras. Aulas de 2010.

24. SIGAUD, Lygia. As vicissitudes do "ensaio sobre o dom". *Mana*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, Oct. 1999 . Available from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-93131999000200004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-93131999000200004&lng=en&nrm=iso). Access on 13 Oct. 2010. doi: 10.1590/S0104-93131999000200004.
25. SZWARCOWALD C. L. E VIACAVA, F. - Pesquisa Mundial de Saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2005; 21(Supl.):S4-S5.
26. VARELA, C.D.; FERREIRA, S.L. Perfil das trabalhadoras de enfermagem com diagnóstico de LER/DORT em Salvador-Bahia 1998-2002. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 57, n. 3, p. 321-325, 2004. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>.
27. VILHENA, R. (ET ORGANIZADORES). *O Choque de Gestão em Minas Gerais: Políticas de gestão pública para o desenvolvimento*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2006.
28. WHITEHEAD, M. - The concepts and principles of equity in health. *International Journal of Health Services* 22:429-445, 1992.
29. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Expert Committee on Identification and Control of Work-related Diseases, Geneva, 1983. Report. Geneva, 1985. (Techn. Rep. Ser., 714).