

## Relevância dos transtornos mentais entre as perícias médicas de requerentes de auxílio-doença na Gerência Executiva do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) de Juiz de Fora – Minas Gerais

Relevance of mental disorders among expertise examinations on working disability performed at the Executive Administration of National Institute of Social Security (INSS) in Juiz de Fora – Minas Gerais – Brazil

Adriana Kelmer Siano<sup>1</sup>  
Luiz Cláudio Ribeiro<sup>2</sup>  
Aline Evangelista Santiago<sup>3</sup>  
Mário Sérgio Ribeiro<sup>4</sup>

### RESUMO

#### palavras-chave

Transtornos Mentais

Previdência Social

Ao longo do tempo, observam-se variações importantes na conclusão sobre os requerimentos de auxílio-doença previdenciário. Uma das ações fundamentais no processo de concessão desse benefício é a avaliação realizada pelos peritos médicos do Instituto Nacional do Seguro Social-INSS. Nesse âmbito, quadros subjetivos, como os transtornos mentais, constituem uma das mais complexas categorias a serem avaliadas e, frequentemente, aparecem como justificativa da incapacidade laborativa. Os objetivos foram identificar a frequência relativa do diagnóstico de transtorno mental como justificativa para o requerimento de auxílio-doença entre as agências da Gerência Executiva do INSS de Juiz de Fora e discutir a relevância do mesmo no processo de avaliação pericial da incapacidade laborativa, considerando o vínculo empregatício dos requerentes. Realizou-se um estudo retrospectivo com levantamento e análise descritiva de dados contidos no banco SABI-Gestão do INSS sobre perícias concluídas entre julho/2004 e dezembro/2006. Neste estudo, os transtornos mentais foram a terceira razão de incapacidade presumida, aumentando de 13% para 19% entre o primeiro e o último trimestre avaliados. Os segurados sem vínculo empregatício representaram 66% daqueles com diagnóstico de transtornos mentais, e seus requerimentos foram indeferidos mais frequentemente que aqueles de empregados: 38% e 26% respectivamente. A frequência de deferimento em perícias devido a transtornos mentais reduziu de 69% para 44% entre o primeiro e o último trimestre avaliados. O aumento no número de indeferimentos nas perícias incluídas neste estudo sugere maior rigor na concessão de auxílio-doença pela perícia médica a segurados com diagnósticos de transtornos mentais ao longo do período avaliado.

### ABSTRACT

#### keywords

Mental Disorders

Social Security

One of the tasks of the Forensic Medicine Division of the INSS is to evaluate a secured person's labor capacity. To accomplish this task, subjective problems, such as Mental Disorders, represent one of the most complex medical categories to be evaluated and often appear as the reason for labor disability. To assess the relative frequency of mental disorders as main reason for the claiming of disability benefit among INSS facilities of the Executive Administration of Juiz de Fora and to discuss the relevance of these disorders on the process of expertise evaluations on working disability, considering the employment status of claimers. Retrospective study analyzing data recovered from an official data bank derived from expertise evaluations concluded between July/2004 and December/2006. Mental disorders were the third most frequent reason for presumed incapability registered, increasing from 13% to 19% from the first to the last trimester evaluated. Secured persons without formal working situation represented 66% of those that received a mental disorder diagnose and their requirements were denied more frequently than those of secured citizens who were employed at the time of the examination (38% and 26%, respectively). The frequency of grant of requirements in expertise evaluations for mental disorders decreased from 69% to 44% between the first and last trimesters evaluated. The increase of unfulfilled requests suggests a greater rigidity for the granting of health benefits by the Forensic Medicine Division of the INSS to secured individuals with a diagnosis of mental disorders during the evaluated period.

1 Seção de Gerenciamento de Benefícios por Incapacidade da Gerência Executiva do Instituto Nacional do Seguro Social de Juiz de Fora – MG (kelmer@terra.com.br).

2 Universidade Federal de Juiz de Fora, Departamento de Estatística, Juiz de Fora – MG.

3 Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina, Juiz de Fora – MG.

4 Universidade Federal de Juiz de Fora, Serviço de Psiquiatria e Psicologia Médica, Departamento de Clínica Médica, Juiz de Fora – MG.

## INTRODUÇÃO

No Brasil, a Previdência Social teve início em 1923 com a publicação da Lei Eloy Chaves e passou a ser administrada pelo Estado na década de 1930 (BATICH, 2004; GONZAGA, 2006; SAMPAIO *et al.*, 2003). O sistema previdenciário brasileiro passou por várias mudanças em sua constituição e estrutura administrativa e, atualmente, o responsável pela concessão e manutenção dos benefícios previdenciários é o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), criado em 1990, uma autarquia federal vinculada ao Ministério da Previdência Social (MPS).

Conforme Batich (2004), nos anos de 1990, evidenciou-se um período de importante crise em vários setores da indústria brasileira que resultou em redução de postos de trabalho e aumento da taxa de desemprego, já elevada no Brasil desde a década de 1980. Nos anos de 1990, também foram criadas novas espécies de benefícios e incluídas novas categorias de segurados decorrentes de mudanças administrativas no aparelho do Estado. Com isso, a Previdência Social foi significativamente atingida por componentes políticos e econômicos: entre 1988 e 2000, houve um aumento de 66% nas concessões de quase todos os benefícios previdenciários e, entre 1996 e 2002, uma queda de 4,5% na receita previdenciária e aumento de 24% nas despesas com benefícios.

A principal função dos sistemas previdenciários é oferecer assistência financeira à população adulta que se encontra afastada do mercado de trabalho, seja por doença, invalidez ou idade avançada. O auxílio-doença — um dos benefícios concedidos pela Previdência Social brasileira — é de caráter temporário e devido a segurados que, sob avaliação médico-pericial, comprovam o efetivo comprometimento de sua capacidade laborativa decorrente de algum agravo à saúde. O direito a recebê-lo vincula-se ao cumprimento do período mínimo de carência necessário à sua concessão — exceto para determinadas situações que isentam de carência, conforme definido pela legislação previdenciária (BRASIL, 2007a). Apesar da nomenclatura, sua prestação não depende apenas da presença de alguma doença — uma vez que é necessário que seja identificada incapacidade laborativa pelo perito médico — e não será devida àquele segurado que, ao iniciar suas contribuições previdenciárias, já apresentava a patologia alegada como motivo para o requerimento do benefício, exceto quando a incapacidade decorre de sua progressão ou agravamento (BRASIL, 2007a).

Na última década, destacou-se o aumento no número de concessões desse benefício: saltaram de 575.742 em 1988 para 793.825 em 2001 e daí para 1.288.270 em 2002, chegando a 1.860.695 em 2005

(EMPRESA ... , 2007). O relevante aumento no número de concessões do auxílio-doença chamou a atenção de alguns pesquisadores, que passaram a discutir suas possíveis causas. Entre elas, destacam-se: a) as mudanças nos critérios de concessão das aposentadorias, tornados mais rígidos com as reformas de 1998-1999; b) a conjuntura econômica desfavorável, com baixo crescimento econômico, aumento do desemprego e redução da renda dos trabalhadores; c) a modernização da Previdência Social que facilitou o acesso dos segurados aos benefícios e às informações sobre seus direitos; d) a ocorrência de uma deterioração da saúde dos brasileiros; e) os incentivos econômicos decorrentes do cálculo do valor do auxílio-doença que, em alguns casos, torna-se maior que o salário do segurado; f) o aumento da população passível de requerer este benefício; g) a ocorrência de fraudes em sua concessão; h) a capacidade técnica da Perícia Médica do INSS (CECHIN; GIAMBIAGI, 2004; MORA, 2007).

No que tange à participação da Perícia Médica no processo de concessão do auxílio-doença, que representa a maior demanda de trabalho deste setor, Cechin e Giambiagi (2004) indagaram a possibilidade de maior benevolência na avaliação pericial por parte dos médicos credenciados — profissionais não pertencentes ao quadro de pessoal do INSS — e destacaram a eliminação da etapa de homologação dos laudos destes peritos a partir de novembro de 2000.

Ao INSS, sempre foi facultado o credenciamento de médicos para a prestação de serviços quando os peritos de seu quadro de pessoal não fossem suficientes para suprir as demandas periciais (BRASIL, 2002). Inicialmente, os laudos concluídos pelos credenciados deveriam ser homologados pelos peritos médicos efetivos. Em novembro de 2000, entretanto, o Governo tornou desnecessária essa homologação, através do Decreto 3.668 (BRASIL, 2000). Somente em 2004, a Lei 10.876 (BRASIL, 2004), que criou a carreira de Perícia Médica Previdenciária, determinou a realização de concursos públicos para a contratação de três mil médicos e o descredenciamento dos médicos terceirizados até fevereiro de 2006. Com a finalização do primeiro concurso, os novos peritos médicos começaram a ser efetivados em meados de 2005.

Além das alterações no quadro de profissionais da Perícia Médica do INSS, em agosto de 2005, se iniciaram algumas mudanças no processo de concessão de auxílio-doença. Até aquela data, a maioria dos segurados que tinha seu requerimento deferido pelos peritos médicos recebia o resultado com a Data de Comprovação da Incapacidade (DCI), isto é, já saía da perícia com a data para a próxima avaliação pericial agendada. Através da Orientação Interna nº 130

(BRASIL, 2005), foi, então, instituída a Cobertura Previdenciária Estimada (COPEs), medida que buscou reduzir as longas filas de espera do INSS. Tal medida determinava que a perícia médica passasse a estabelecer prazos para a cessação dos benefícios, baseando-se no tempo provável necessário à recuperação da capacidade laborativa dos segurados. Assim, a Data de Cessação do Benefício (DCB) passou a substituir a DCI nas conclusões periciais, eliminando as perícias intermediárias. Neste caso, o segurado só retornaria à Agência da Previdência Social (APS) se não houvesse recuperação da capacidade laborativa dentro do prazo estimado. Entre agosto de 2005 e abril de 2006, caso não recuperasse sua capacidade laborativa, o segurado só teria direito a um Pedido de Reconsideração (PR) por benefício e/ou recorrer à Junta de Recursos da Previdência Social (JRPS). Em maio de 2006, entretanto, a Orientação Interna nº 138 (BRASIL, 2006) instituiu o Pedido de Prorrogação (PP) da DCB, podendo o benefício ser prorrogado quantas vezes fosse constatada a presença de incapacidade laborativa; de alguma forma, esta rotina operacional se aproximou do modelo anterior à COPEs.

A partir das mudanças efetivadas em 2005, foi registrada uma redução de 21,66% nas concessões de auxílio-doença previdenciário entre outubro de 2005 e maio de 2006 (MINISTRO ..., 2006). De acordo com o Boletim Estatístico da Previdência Social, em abril de 2007 foram concedidos 155.561 benefícios por incapacidade laborativa, com uma variação de -21,14% em relação a março de 2007 (BRASIL, 2007b). Em maio de 2008 foram 151.207 auxílios-doença concedidos, com uma variação de -10,48% quando comparado a abril de 2008 (BRASIL, 2008).

Elemento essencial no processo concessório de auxílio-doença, ao avaliar a incapacidade laborativa dos segurados, os peritos médicos do INSS fundamentam-se em normas técnicas, administrativas e legais, sempre levando em conta a doença ou lesão apresentada como causa do requerimento do benefício, a profissão e a idade do segurado. Segundo Melo e Assunção (2003), a função do perito médico do INSS implica a interpretação de um material impreciso e variável, tornando específica cada avaliação, cuja conclusão derivaria de um julgamento sobre os diversos elementos apresentados pelos segurados.

No exercício de sua função, o perito médico espera receber do segurado o maior número de dados objetivos que possam comprovar sua incapacidade laborativa e, assim, suscitar-lhe a convicção do direito ao benefício, na qual baseia sua interpretação do caso periciado (MELO; ASSUNÇÃO, 2003). Neste sentido, destaca-se o transtorno mental que, por sua particular subjetividade, passível de acentuar os con-

flitos decorrentes da diversidade de interpretações, é considerado uma das mais complexas situações de avaliação pericial e pode induzir a erros na conclusão do perito médico sobre a incapacidade laborativa dos segurados (GONZAGA, 2006; MELO; ASSUNÇÃO, 2003).

Os resultados de um trabalho realizado com dados do INSS de Porto Alegre, que avaliou exclusivamente os benefícios do tipo auxílio-doença que foram concedidos no ano de 1998, evidenciaram que 61% deles eram decorrentes de patologias clínicas (4.119); destes, 24,8% enquadravam-se nas doenças osteomusculares; 18,9%, nos transtornos mentais e 16,2%, nas doenças cardiovasculares (BOFF *et al.*, 2002). Outro estudo, que abordou os registros de afastamento do trabalho por motivo de doença em uma instituição pública de saúde em 1999, também encontrou estas três categorias como as mais freqüentes e responsáveis pelos afastamentos mais prolongados, sendo 19% de doenças osteomusculares, 15,5% de transtornos mentais e 13,5% de doenças cardiovasculares (SILVEIRA; MONTEIRO, 2004). Conforme o estudo de Sampaio *et al.* (2003), foram também estas três categorias as maiores responsáveis pela aposentadoria por invalidez de funcionários de uma instituição de ensino no período de 1966 a 1999: 32% de doenças cardiovasculares, 29% de transtornos mentais e 6% de doenças osteomusculares.

Considerando a importância dos transtornos mentais como causa de incapacidade laborativa e a escassez de trabalhos avaliando seu impacto na Previdência Social brasileira, este estudo tem por objetivos: 1) identificar a freqüência relativa do diagnóstico de transtorno mental como justificativa para o requerimento do benefício auxílio-doença em exames periciais iniciais (Ax1) concluídos nas APS da Gerência Executiva do INSS de Juiz de Fora (Gex/JF); 2) relacionar o vínculo empregatício dos requerentes de auxílio-doença à conclusão pericial nos Ax1 com diagnóstico de transtorno mental; e 3) discutir a relevância dos transtornos mentais no processo de avaliação pericial da incapacidade laborativa dos requerentes.

## MATERIAL E MÉTODOS

Estudo retrospectivo com levantamento e análise descritiva de dados coletados através do Módulo Gestão do Sistema de Administração de Benefícios por Incapacidade (SABI-Gestão) do INSS, um banco que permite identificar e gerenciar informações sobre benefícios por incapacidade sem, contudo, permitir análises mais complexas. Foram selecionados para este estudo todos os exames periciais que avaliaram a existência de incapacidade laborativa concluídos entre

julho de 2004 e dezembro de 2006 na Gex/JF, um período que engloba meses anteriores, de transição e posteriores às mudanças normativas do processo de concessão do benefício e do quadro de profissionais da Perícia Médica do INSS. Dentre essas perícias, foram identificados todos os Ax1 — primeira perícia realizada após o requerimento de um benefício — e selecionados aqueles com registro de algum transtorno mental. Foram considerados os locais de realização das perícias (as APSs da Gex/JF), o tipo de vínculo empregatício dos segurados do INSS e as conclusões periciais — deferimento ou indeferimento do benefício requerido.

O levantamento dos dados através do SABI-Gestão foi realizado no Serviço/Seção de Gerenciamento de Benefícios por Incapacidade (SGBENIN) da Gex/JF, no período de janeiro a fevereiro de 2007. O procedimento foi autorizado pelo Chefe do SGBENIN e pelo Gerente Executivo do INSS da Gex/JF.

A Gex/JF conta atualmente com dez APSs, onde são realizadas as perícias ambulatoriais dos segurados. Duas delas estão localizadas na cidade de Juiz de Fora — a APS São Dimas e a APS Largo do Riachuelo — e as demais em outras cidades do interior de MG, quais sejam, Além Paraíba, Carangola, Cataguases, Leopoldina, Muriaé, Palma, Recreio e São João Nepomuceno. A APS Largo do Riachuelo tem seu atendimento direcionado a segurados residentes em Juiz de Fora; e a APS São Dimas, além de segurados de uma região específica de Juiz de Fora, atende também a cidades vizinhas que não contam com APS própria.

Para este estudo, as diversas categorias de segurados do INSS foram reunidas em três grupos, considerando-se o vínculo empregatício dos segurados. No primeiro grupo, “segurados sem vínculo empregatício”, encontram-se: a) os autônomos, contribuintes

obrigatórios da Previdência Social que exercem atividade remunerada por conta própria, sem relação de emprego (como, por exemplo, profissionais liberais e comerciantes); b) os facultativos, que não exercem atividade remunerada e optam por realizar contribuições previdenciárias (tais como donas-de-casa e estudantes); e c) os desempregados. No segundo grupo, “segurados com vínculo empregatício”, encontram-se: a) os empregados; e b) os empregados domésticos, que prestam serviço remunerado a pessoa ou família no âmbito residencial. No terceiro grupo, foram reunidas as demais categorias de segurados (segurados especiais, empresários, equiparados a autônomos e trabalhadores avulsos), que representaram menos de 13% dos sujeitos aqui estudados.

Para avaliar as variações ocorridas no tipo de conclusão dos peritos médicos sobre a existência de incapacidade laborativa e os diagnósticos mais freqüentemente registrados, o período estudado foi subdividido em trimestres. O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFJF (CEP/UFJF), recebendo parecer favorável conforme o Protocolo de número 041/2007.

## RESULTADOS

A **Tabela 1** apresenta a distribuição das perícias concluídas nas APSs da Gex/JF, agrupadas conforme a localização: APS Largo do Riachuelo e APS São Dimas da cidade de Juiz de Fora e demais APSs das outras cidades do interior de Minas Gerais. Embora as APSs localizadas em Juiz de Fora tenham realizado cerca de 55% de todas as perícias médicas da Gex/JF — que englobam os Ax1 e as perícias subsequentes realizadas durante a vigência de um benefício (Ax2, Ax3...Axn), com qualquer diagnóstico, além dos transtornos mentais — e 56% dos Ax1 devidos a

**TABELA 1**

Distribuição de Todas as Perícias, de Perícias Iniciais (Ax1)<sup>1</sup> e de Ax1 com Transtornos Mentais Concluídas nas Agências da Previdência Social (APS) da Gerência Executiva do INSS de Juiz de Fora (Gex/JF) entre julho de 2004 e dezembro de 2006

APS da Gex/JF	Total de Perícias (Ax1 e subsequentes) <sup>2</sup>		Total de Ax1 <sup>3</sup>		Total de Ax1 com Diagnóstico de Transtornos Mentais	
	n	%	n	%	n	%
APS Largo do Riachuelo e APS São Dimas	166.438	55	72.201	56	14.523	67
Demais APSs	134.840	45	57.172	44	7.042	33
<b>Total de Perícias Realizadas na Gex/JF</b>	<b>301.278</b>	<b>100</b>	<b>129.373</b>	<b>100</b>	<b>21.565</b>	<b>100</b>

<sup>1</sup> Primeira perícia realizada após o requerimento do benefício. / <sup>2</sup> Total de Ax1 e demais perícias realizadas durante a vigência de um benefício (Ax2, Ax3...Axn) com todos os diagnósticos. / <sup>3</sup> Ax1 com todos os diagnósticos, inclusive transtornos mentais

qualquer patologia, observa-se que foram responsáveis por 67% dos Ax1 que tiveram o registro de algum transtorno mental como diagnóstico principal.

Após a conclusão da avaliação pericial, três grupos de doenças foram mais frequentemente registrados pelos peritos médicos do INSS como diagnóstico principal nos Ax1 da Gex/JF: doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (grupo M da Décima Edição da Classificação Internacional de Doenças- CID-10), doenças do aparelho circulatório (grupo I da CID-10) e transtornos mentais e comportamentais (grupo F da CID-10). O **Gráfico 1** evidencia a evolução do registro dessas categorias diagnósticas entre julho de 2004 e dezembro de 2006. Observa-se um crescimento das freqüências relativas das doenças osteomusculares e dos transtornos mentais entre o primeiro e o último trimestre avaliados: respectivamente, 31% e 13% no período de julho a setembro de 2004 e 34% e 19% no conjunto dos meses de outubro a dezembro de 2006. A freqüência das doenças cardiovasculares manteve-se estável, em torno de 21%, e a das demais categorias diagnósticas da CID-10 sofreu redução de 34% para 26% entre o primeiro e o último trimestre avaliados.

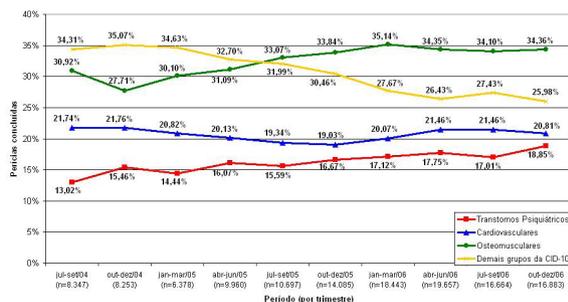


Gráfico 1 - Grupos Diagnósticos da CID-10 Registrados nas Perícias Ambulatoriais de Ax1 Concluídas na Gex/JF entre Julho de 2004 e Dezembro de 2006; Distribuição por Trimestre (n=129.367)

Conforme evidenciado na **Tabela 2**, embora os segurados sem vínculo empregatício constituíssem

cerca de 58% do total de Ax1 com qualquer diagnóstico na Gex/JF, foram mais freqüentes entre os Ax1 com registro de transtornos mentais (66%).

Nos Ax1 concluídos com diagnóstico de transtorno mental, a freqüência de deferimentos se mostrou maior que a de indeferimentos para os três grupos de segurados, conforme o vínculo empregatício (**Gráfico 2**). As conclusões contrárias ao requerimento foram mais freqüentes entre os segurados sem vínculo (38%) que entre aqueles com vínculo empregatício (26%).

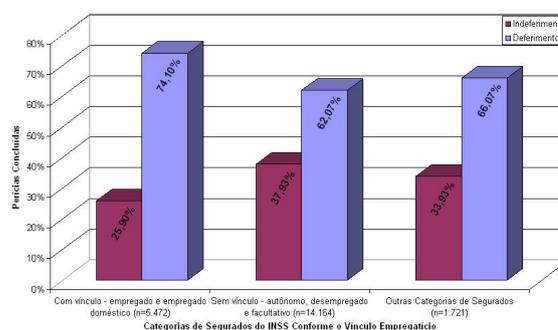


Gráfico 2 - Tipo de Conclusão das Perícias Ambulatoriais de Ax1 na Gex/JF com Diagnóstico de Transtorno Mental entre Julho de 2004 e Dezembro de 2006; Distribuição Conforme o Vínculo Empregatício do Segurado do INSS

O **Gráfico 3** mostra a distribuição temporal do tipo de conclusão pericial acerca da incapacidade laborativa dos segurados avaliados nos Ax1 com registro de transtornos mentais como diagnóstico principal, em períodos trimestrais: a freqüência de deferimentos variou entre 69% no trimestre de julho a setembro de 2004, 77% no período de abril a junho de 2005 e 44% no último trimestre avaliado.

### TABELA 2

Distribuição de Todas as Perícias, de Perícias Iniciais (Ax1) e de Ax1 com Transtornos Mentais Conforme o Vínculo Empregatício de Segurados Avaliados na Gerência Executiva do INSS de Juiz de Fora entre julho de 2004 e dezembro de 2006

Vínculo Empregatício dos Segurados do INSS	Total de Perícias (Ax1 e subsequentes) <sup>4</sup>		Total de Ax1 <sup>5</sup>		Total de Ax1 com Diagnóstico de Transtornos Mentais	
	n	%	n	%	n	%
Sem vínculo empregatício <sup>1</sup>	166.549	55	74.930	58	14.303	66
Com vínculo empregatício <sup>2</sup>	96.272	32	38.950	30	5.536	26
Outras categorias de segurados <sup>3</sup>	38.455	13	15.491	12	1.726	08
Total de Perícias Realizadas na Gex/JF	<b>301.276</b>	<b>100</b>	<b>129.371</b>	<b>100</b>	<b>21.565</b>	<b>100</b>

<sup>1</sup> Segurados autônomos, desempregados e facultativos. / <sup>2</sup> Empregados e empregados domésticos. / <sup>3</sup> Segurados especiais, empresários, equiparados a autônomos e trabalhadores avulsos. / <sup>4</sup> Total de Ax1 e demais perícias realizadas durante a vigência de um benefício (Ax2, Ax3...Axn) com todos os diagnósticos. / <sup>5</sup> Ax1 com todos os diagnósticos, inclusive transtornos mentais.

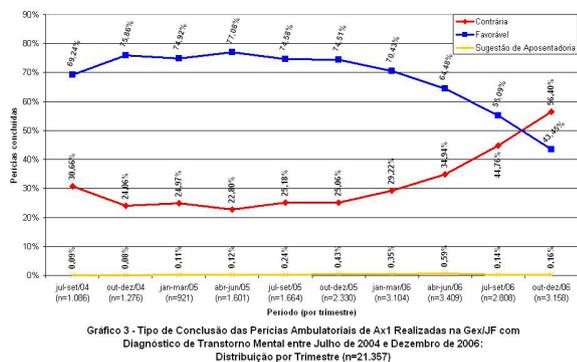


Gráfico 3 - Tipo de Conclusão das Perícias Ambulatoriais de Ax1 Realizadas na Gex/JF com Diagnóstico de Transtorno Mental entre Julho de 2004 e Dezembro de 2006: Distribuição por Trimestre (n=21.357)

## DISCUSSÃO

No presente estudo, dois terços dos Ax1 com registro de algum transtorno mental como diagnóstico principal foram concluídos nas duas APSs da Gex/JF localizadas na cidade de Juiz de Fora (APS Largo do Riachuelo e São Dimas) e apenas um terço deles nas APSs de outras cidades do interior de Minas Gerais. Esta diferença pode decorrer de características próprias de uma cidade de maior porte, como Juiz de Fora, com maior influência sobre a saúde mental de sua população. Não se pode, entretanto, com os dados aqui disponíveis, descartar a interferência de outros fatores, cuja avaliação extrapola os limites deste estudo.

Três categorias diagnósticas representaram cerca de 70% dos diagnósticos registrados nos Ax1 aqui avaliados: 33% do grupo M; 21% do grupo I e 17% do grupo F da CID-10. Estas categorias diagnósticas têm sido as mais encontradas em outros estudos. Ao discutirem os resultados de seu trabalho — no qual os quadros relacionados ao sistema osteomuscular, ao aparelho circulatório e aos transtornos mentais foram registrados em cerca de 40% do total de Ax1 realizados em 1998 em Porto Alegre (RS) — Boff, Leite e Azambuja (2002) fizeram referência a um estudo que evidenciou terem sido estas mesmas categorias as principais razões de incapacidade laborativa em todo o Brasil, em 1986: 10,3% de doenças osteomusculares, 9,1% de transtornos mentais e 6,6% de doenças do aparelho circulatório (MENDES, *apud* BOFF *et al.*, 2002).

Ao longo do período estudado, houve aumento progressivo da frequência de registro de diagnósticos relativos a quadros com características clínicas subjetivas: as doenças osteomusculares e os transtornos mentais. Conforme discutido por Melo e Assunção (2003), aos elementos técnicos e normativos inerentes ao trabalho pericial somam-se aqueles de ordem pessoal, que trazem os princípios apreendidos pelo sujeito; assim sendo, a subjetividade presente na avaliação realizada por peritos médicos pode levar

a diferentes interpretações e, conseqüentemente, a julgamentos e conclusões periciais distintos para as mesmas circunstâncias diagnósticas, ainda que seja o caso de um mesmo segurado.

Mesmo que os segurados tenham direito a recurso junto ao INSS quando seu requerimento é indeferido, Melo e Assunção (2003) destacam que a angustiante tarefa desempenhada pelo perito médico, profissional que precisa definir sua conclusão ainda que não tenha solucionado todas as suas dúvidas sobre o caso avaliado, torna-se mais penosa frente à incerteza deixada pelos quadros sem dados objetivos, seja ao exame clínico ou complementar. Muito embora esta questão não tenha como ser esclarecida nos limites deste estudo, pode-se supor que o aumento progressivo do registro de diagnóstico de doenças pobres em dados objetivos ao exame pericial, como os transtornos mentais, possa estar associado à crescente frequência de conflitos entre segurados e peritos médicos.

Os resultados apresentados neste estudo sugerem ainda que os segurados sem vínculo empregatício se apresentaram ao exame pericial com queixas subjetivas e/ou quadros tipicamente psiquiátricos com maior frequência que os empregados. Dois aspectos devem ser aqui destacados: a) o perito deve, necessariamente, registrar um diagnóstico para a conclusão pericial, independentemente se irá deferir ou não o requerimento; b) vários códigos da CID-10 não são aceitos pelo sistema informatizado da Perícia Médica do INSS, o que poderia induzir ao uso de alguns códigos para casos inespecíficos que se apresentam com queixas subjetivas. É possível, portanto, hipotetizar que certo número de segurados que poderiam não apresentar qualquer diagnóstico médico bem definido possam, por estas exigências e limitações administrativas, receber um código da CID-10 relativo a transtornos mentais.

Refletindo aspectos sociais que extrapolam o campo de avaliação da Perícia Médica Previdenciária, existe ainda a possibilidade de que o auxílio-doença seja utilizado como única fonte de renda regular por parte de alguns segurados ou, eventualmente, como renda complementar de trabalhadores informais. Por toda a dificuldade que impõem à avaliação pericial, queixas de natureza subjetiva poderiam ser utilizadas mais frequentemente pelos segurados para justificar o requerimento de um benefício indevido, alegando incapacidade laborativa, como seria o caso das queixas que remetem a transtornos mentais.

A maior frequência de conclusões favoráveis aos requerimentos de auxílio-doença encontrada neste estudo pode, em parte, refletir o que Melo e Assunção (2003) descreveram em seu trabalho como sendo o benefício da dúvida: na incerteza da capacidade do

segurado para o trabalho, o benefício acaba sendo concedido, para não prejudicar um possível incapaz. Todavia, essas autoras identificaram a existência de critérios de valor que influenciariam a conclusão pericial: dentre estes, referiram o tempo de contribuição previdenciária e a existência de benefícios anteriores requeridos pelo segurado. Os resultados aqui encontrados sugerem que o tipo de vínculo dos segurados poderia representar um critério subjetivo desta natureza: segurados sem vínculo foram beneficiados com menor frequência que segurados com vínculo empregatício.

Embora, em 65% do total de Ax1 com diagnóstico de transtornos mentais concluídos no período estudado, os peritos médicos tenham sido favoráveis à concessão do benefício, os indeferimentos tornaram-se mais frequentes ao longo do tempo. Esses resultados, de forma mais acentuada, parecem refletir uma tendência identificada em âmbito nacional: dados disponíveis na Intranet da Previdência Social evidenciam uma variação de 70% de deferimento no período de outubro a dezembro de 2005 para 57% no período de setembro a novembro de 2006, independentemente do diagnóstico (INSTITUTO ..., 2007).

Conforme exposto por Melo e Assunção (2003), a capacidade interpretativa de cada pessoa é moldada por suas experiências anteriores, incluindo as relativas ao meio social. Ao longo de sua história, o trabalho dos peritos médicos do INSS sofreu a influência de fatores sóciopolíticos que influenciaram a concessão mais ou menos rigorosa dos benefícios. Nos últimos anos, entretanto, a progressiva redução de deferimentos sugere que maior rigor na avaliação da incapacidade laborativa para a concessão do auxílio-doença tem prevalecido na prática da Perícia Médica, o que, ao menos em parte, pode decorrer das alterações normativas e/ou da mudança no perfil dos profissionais responsáveis pelas avaliações periciais. Como destacado por Trevisol-Bittencourt *et al.* (2001), o perito médico deve buscar por justiça em sua atuação: não negar o que é de direito nem conceder graciosamente o que não é devido aos segurados do INSS.

## CONCLUSÃO

Os resultados aqui apresentados permitem uma análise inicial do impacto dos transtornos mentais sobre a concessão de benefícios por incapacidade laborativa. Todavia, ainda que sugeriram maior rigor na avaliação dos segurados diagnosticados com algum transtorno mental — uma vez que evidenciaram maior número de indeferimentos nas perícias concluídas com algum diagnóstico desse grupo ao longo do período avaliado —, são necessários estudos que possam aprofundar esta primeira leitura e melhor de-

linear aspectos aqui apontados como, por exemplo: a) analisar os transtornos mentais mais frequentemente associados à incapacidade laborativa; b) quantificar o tempo de afastamento decorrente destes diagnósticos; c) avaliar as possíveis relações de auxílios-doença devidos a transtornos mentais com as características sóciodemográficas dos segurados, com sua profissão e com seu vínculo com o INSS, bem como com as mudanças normativas e as alterações no quadro de peritos médicos do INSS.

Estudos desta natureza devem indicar novos questionamentos que poderão embasar tanto o trabalho da Previdência Social quanto investigações de maior abrangência na área assistencial. Poder-se-ia, assim, justificar a proposta de uma assistência direcionada à recuperação clínica e à reabilitação profissional dos segurados do INSS, evitando-se que os benefícios por incapacidade laborativa sejam mantidos por longos períodos — o que onera os cofres da Previdência Social — e/ou que a doença se torne, para os pacientes, o veículo para um ganho secundário, o que contribui negativamente para a resposta terapêutica.

## REFERÊNCIAS

- MINISTRO Nelson Machado fala sobre benefícios por incapacidade na Procuradoria Geral da República. Brasília, 06 de setembro, 2006. Disponível em: < <http://www.mpas.gov.br/agprev/MostraNoticia.asp?Id=25152&ATVD=1&xBotao=1> >. Acesso em: 28 dez. 2006.
- BATICH, M. Previdência do trabalhador: uma trajetória inesperada. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 33-40, 2004.
- BOFF, B. M.; LEITE, D. F.; AZAMBUJA, M. I. R. Morbidade subjacente à concessão de benefício por incapacidade temporária para o trabalho. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 337-342, 2002.
- BRASIL. Coordenação Geral de Benefícios por Incapacidade – Diretoria de Benefícios – Instituto Nacional do Seguro Social. **Manual de Perícia Médica da Previdência Social**. Versão 2. Brasília: 2002. 118 p.
- \_\_\_\_\_. Decreto nº 3.668, de 22 de novembro de 2000. Altera o Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto nº 3.048, de 06 de maio de 1999. **Diário Oficial da União** de 23/11/2000. Disponível em: < <http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/23/2000/3668.htm> >. Acesso em: 27 maio 2007.
- \_\_\_\_\_. Coordenação Geral de Benefícios por Incapacidade. Diretoria de Benefícios – Instituto Nacional do Seguro Social. **Orientação Interna** nº 130, de 13 de outubro de 2005. Assunto: Cobertura Previdenciária Estimada – Conclusão Médico-Pericial.

Publicação exclusiva em Boletim de Serviço, destinando-se a disciplinar procedimentos operacionais. Disponível em: < <http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/restritos/87/inss-dirben/2005/130.htm> >. Acesso em: 31 maio 2007.

\_\_\_\_\_. Coordenação Geral de Benefícios por Incapacidade. Diretoria de Benefícios – Instituto Nacional do Seguro Social. **Orientação Interna** nº 138, de 11 de maio de 2006. Dispõe sobre os procedimentos de Perícia Médica. Publicação exclusiva em Boletim de Serviço, destinando-se a disciplinar procedimentos operacionais. Disponível em: < <http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/restritos/87/inss-dirben/2006/138.htm> >. Acesso em: 14 maio 2007.

\_\_\_\_\_. Coordenação Geral de Benefícios por Incapacidade. Instituto Nacional do Seguro Social. Instrução Normativa nº 20, de 10 de outubro de 2007. Estabelece critérios a serem adotados pela área de Benefícios. **Diário Oficial da União** de 11/10/2007. Disponível em: < <http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/38/inss-pres/2007/20/20fund.htm> >. Acesso em: 19 mar. 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Previdência Social. Lei nº 10.876, de 02 de junho de 2004. Cria a Carreira de Perícia Médica da Previdência Social, dispõe sobre a remuneração da Carreira de Supervisor Médico-Pericial do Quadro de Pessoal do Instituto Nacional do Seguro Social – INSS e dá outras providências. **Diário Oficial da União** de 03/06/2004. Disponível em: < <http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2004/10876.htm> >. Acesso em: 26 jan. 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Previdência Social. **Boletim Estatístico da Previdência Social**, Brasília, v. 12, n. 04, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Previdência Social. **Boletim Estatístico da Previdência Social**, Brasília, v. 13, n. 05, 2008.

CECHIN, J.; GIAMBIAGI, F. O aumento das despesas do INSS com o Auxílio-doença. **Boletim de Conjuntura do IPEA**, Rio de Janeiro, v. 66, p. 81-90, 2004.

INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDADE SOCIAL (BRASIL). **Indicadores de Desempenho da Diretoria de Benefícios**: Evolução mensal dos benefícios concedidos, requeridos, indeferidos e represados – total Brasil – ano 2005/2006. 2007. Disponível em: < <http://10.69.3.53/dirben/Indicadores> >. Acesso em: 26 abr. 2007 (Intranet).

EMPRESA DE TECNOLOGIA E INFORMAÇÕES DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. **Base de dados históricos do Anuário Estatístico da Previdência Social**. Disponível em: < <http://creme.dataprev.gov.br/infologo/inicio.htm> >. Acesso em: 26 abr. 2007.

GONZAGA, P. **Perícia Médica da Previdência Social**. 4. ed. São Paulo: LTr, 2006.

MELO, M. P. P.; ASSUNÇÃO, A. Á. A decisão pericial no âmbito da previdência social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 343-365, 2003.

MORA, M. Auxílio-doença: contribuição para um diagnóstico. **Boletim de Conjuntura do IPEA**, Rio de Janeiro, v. 77, p. 89-100, 2007.

SAMPAIO, R. F.; SILVEIRA, A. M.; PARREIRA, V. F.; MAKINO, A. T.; MATEO, M. M. Análise das aposentadorias por incapacidade permanente entre os trabalhadores da Universidade Federal de Minas Gerais no período de 1966 a 1999. **Revista da Associação Médica Brasileira (1992)**, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 60-66, 2003.

SILVEIRA, D. B. B.; MONTEIRO, M. S. Morbidade entre trabalhadores de uma instituição de saúde. **Saúde em Debate**, Londrina, v. 28, n. 68, p. 206-211, 2004.

TREVISOL-BITTENCOURT, P. C.; FERREIRA, M. A.; MARASCIULO, A. C.; COLLARES, C. F. Condições mais frequentes em um ambulatório de perícia neurológica. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 59, n. 2A, p. 214-218, 2001.

Enviado em 06/04/2008

Aprovado em 11/12/2008