



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

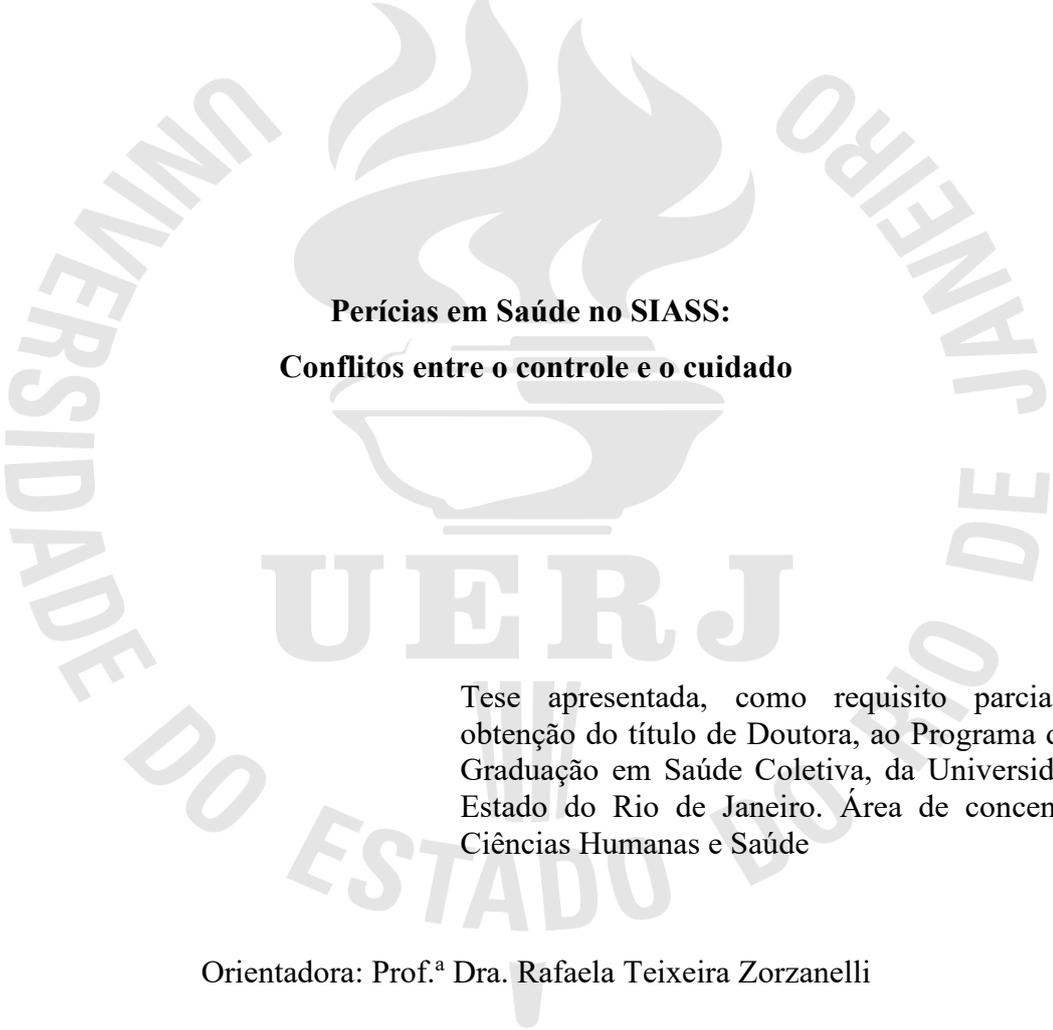
Vivian Heringer Pizzinga

**Perícias em saúde no SIASS:
Conflitos entre o cuidado e o controle**

Rio de Janeiro

2020

Vivian Heringer Pizzinga



**Perícias em Saúde no SIASS:
Conflitos entre o controle e o cuidado**

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas e Saúde

Orientadora: Prof.^a Dra. Rafaela Teixeira Zorzanelli

Rio de Janeiro

2020

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

P695 Pizzinga, Vivian Heringer
Perícias em saúde no SIASS: conflitos entre o cuidado e o controle / Vivian
Heringer Pizzinga – 2020.
228 f.

Orientadora: Rafaela Teixeira Zorzanelli

Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de
Medicina Social.

1. Saúde do trabalhador – Teses. 2. Empregados do governo – Teses. 3.
Instituições acadêmicas – Teses. I. Zorzanelli, Rafaela Teixeira. II.
Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III.
Título.

CDU 613.6

Bibliotecária: Joice Soltosky Cunha – CRB 7 5946

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese,
desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Vivian Heringer Pizzinga

**Perícias em saúde no SIASS:
Conflitos entre o cuidado e o controle**

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas e Saúde.

Aprovada em 20 de março de 2020.

Orientadora: Prof.^a Dra. Rafaela Zorzanelli

Instituto de Medicina Social - UERJ

Banca Examinadora:

Prof. Dr. João Baptista Ferreira
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof.^a Dra. Silvia Jardim
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof.^a Dra. Jane Russo
Instituto de Medicina Social - UERJ

Prof. Dr. Rogerio Lopes Azize
Instituto de Medicina Social - UERJ

Rio de Janeiro

2020

AGRADECIMENTOS

Há semanas, tenho acordado diariamente com vontade de agradecer. É felicidade o que sinto por ter chegado ao final deste percurso: a tese de doutorado escrita. A defesa marcada. A certeza de que, com as limitações esperadas, fiz o meu melhor e o trabalho que apresento é honesto. Mas eu poderia não ter chegado a este epílogo.

Entre 2016 e 2020, muitas coisas aconteceram (e têm acontecido) no país, no que tange aos direitos sociais, à educação, à pesquisa (e não só). A Uerj passou por uma crise difícil, com pagamentos atrasados aos seus trabalhadores, com as incertezas que tudo isso gerou. Em 19 de janeiro de 2017, véspera de feriado na cidade, a comunidade da Uerj (professores, alunos, técnicos) deram um grande abraço ao redor do *campus* Maracanã. Enquanto o cordão humano ia se unindo nas extremidades, até envolvê-la toda, alguns carros da região passavam buzinando, em sinal de apoio à manifestação. A Uerj resistiu.

E, nesse trajeto, nunca deixei de ter apoio, incentivo e orientação de minha orientadora, Rafaela Zorzaneli, que, mesmo de longe, já no período final, nunca deixou de me ajudar com documentos disso ou daquilo, escutar e ler as mensagens com dúvidas, vibrar quando as coisas se resolviam. Nunca deixamos, os discentes, de ter o incentivo e as dicas dos outros professores que nos deram aulas, nos emprestaram livros, torceram por nós. Agradeço, portanto, ao corpo docente da área de Ciências Humanas e Saúde do IMS, aos técnicos administrativos que nos recebem e nos auxiliam na Secretaria e em outros espaços e, mais especificamente, aos professores que compõem a banca, Rogerio Azize, com importantíssimas sugestões em sua leitura atenta ao final da escrita, e Jane Russo, que participou da qualificação.

Como não agradecer também aos professores e pesquisadores que me receberam tão bem em outras instituições e que também compõem esta banca? Foi com enorme afeto que fui acolhida no Núcleo de Pesquisa Trabalho Vivo, do Instituto de Psicologia, da UFRJ, pelo professor João Baptista Ferreira, cujas aulas assisti como ouvinte, com quem fiz o estágio docente e cujo grupo de pesquisa pude acompanhar de perto no quarto ano de minha pesquisa. E foi com grande entusiasmo que fui recebida no seminário de Saúde Mental e Trabalho, da professora e psiquiatra Silvia Jardim, no Instituto de Psiquiatria da UFRJ (IPUB), o qual frequentei quinzenalmente por quase dois anos. O misto de aprendizado objetivo e incentivo que essas experiências me proporcionaram não tem correlato em palavras, porque é também o estímulo, a compreensão da ideia que trazemos e a escuta atenta e acolhedora o que move

uma doutoranda. Se é comum pensarmos em desistir e nos perguntarmos se vale de alguma coisa nossa pesquisa, aqui e ali, durante nosso trajeto, esses espaços, os grupos que os constituem, João e Silvia, forneceram o alimento para que eu não desistisse de tracejar meu caminho acadêmico.

Agradeço imensamente à amizade e as trocas (afetivas e intelectuais) de incríveis interlocutores do trabalho e da vida. Refiro-me especificamente, e em ordem alfabética, ao Alberto Jorge, à Camila Avelino, à Rafaela Gonçalves, à Renata Carneiro da Cruz e à Rhossane Pereira, que me acompanham no trabalho, que dividem comigo angústias e lutas, além de cafés da tarde, que fazem parte da mesma instituição que eu, que se mobilizam e que estão sempre por perto. Sem vocês, sem as risadas quotidianas, sem as músicas do karaokê, sem as reuniões e suas atas, enfim, sem a presença amiga de vocês, seria árida e tristonha a caminhada.

Preciso também agradecer (e muito!) à minha querida amiga Andréa Rodrigues, que sempre me deu bons toques e estava lá, na pré-história do doutorado, me ajudando nos preparativos para a entrevista do processo seletivo.

Agradeço ainda às pessoas que me ajudaram em diversos aspectos, em momentos diferentes do percurso, com uma miscelânea de pequenas grandes coisas, como dicas de tese, livros, lembranças importantes, escuta, recepção em instituições para entrevistas, ajuda com Plataforma Brasil, contatos, entre outros tantos detalhes impossíveis de enumerar. São elas: Mhyrna Boechat, Mariana Bteshe, Luciana Ponte, Murilo Galvão, Marina Valle, Marta Máximo, Dolores Henriques, Sérgio Guimarães, Miguel Lacerda, Gabriel Quintela, Érika Ambrósio, Josemar Barbosa, Patrícia Morales e Ana Paula Pinto de Oliveira e Silva.

Finalmente, quero agradecer à minha família, que só vem por último pra dar o tom do fechamento, de conclusão redonda desses agradecimentos. Sou gratíssima à minha mãe, que sempre acompanhou, que revisou uma parte da tese e que abrilhantou o *abstract* (agradeço pela eliminação criteriosa, até onde pôde ir a revisão devido às reviravoltas de mudanças de datas, de todos os vários verbos ‘apontar’ e suas flexões repetitivas da minha escrita viciada), ao meu pai, que sempre incentivou e sempre perguntou quanto por cento faltava para o fim da tese, dando conselhos acadêmicos desde sempre, e ao meu irmão. Realmente, sem esse específico e substancial *background*, seria difícil escrever esta última linha, porque simplesmente não teria havido tese. Obrigada a todos.

Sendo médico, tive muito mais possibilidade de conhecer o trabalhador internacional e seus problemas do que qualquer político partidário. O político não vê mais do que a ‘classe operária’, em quem pretende ‘infundir consciência de classe’. Eu, pelo contrário, via o homem como uma criatura que vinha se sujeitando à dominação das piores condições sociais, condições que ele próprio criara, que já faziam parte integrante do seu caráter, e das quais procurava, em vão, se libertar. O abismo que separa a visão puramente econômica da visão biossociológica intransponível.”

Wilhelm Reich, Psicologia de Massas do Fascismo

Não gosto de trabalhar – nenhum homem gosta -, mas gosto do que existe no trabalho – a oportunidade de encontrar-se a si próprio. Sua própria realidade – para você mesmo, não para outros -, aquilo que nenhuma outra pessoa jamais poderia saber. Eles podem apenas ver o resultado final, mas nunca dizer o que realmente significa.

Joseph Conrad, O Coração das Trevas

Devemos ainda nos admirar que a prisão se pareça com as fábricas, com as escolas, com os quartéis, com os hospitais, e todos se pareçam com as prisões?

Michel Foucault, Vigiar e Punir

RESUMO

PIZZINGA, Vivian Heringer. **Perícias em saúde no SIASS: conflitos entre o cuidado e o controle.** 2020. 228 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

Quando um trabalhador adoece e/ou quando o contexto laboral é o local onde o adoecimento se dá, a perícia médica é o processo oficial de avaliação da demanda que esse adoecimento suscita, podendo ser um momento de grande importância na vida do trabalhador, especialmente quando se trata de afastamentos longos, quando há necessidade de mudança de local de trabalho ou nos casos de aposentadoria por invalidez. Na esfera federal, no Poder Executivo, essas avaliações são coordenadas pelo Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal (SIASS). A política do SIASS pauta-se pelos princípios da Saúde do Trabalhador e, no caso dos procedimentos periciais, preconiza a existência de equipes multiprofissionais em que médicos e odontólogos são peritos em saúde, enquanto psicólogos e assistentes sociais compõem a equipe de suporte à perícia, trabalhando, portanto, com a noção de “perícia em saúde” em detrimento da de “perícia médica”. Em torno da questão acerca do que, de fato, a perícia avalia e do que ela mede, esta pesquisa buscou examinar a forma como são compreendidas as perícias por seus praticantes, no SIASS, procurando analisar que tipo de valores norteiam essas atividades, tendo como ênfase a compreensão dos profissionais do que vem a ser o processo de saúde-doença-trabalho. Fez-se, inicialmente, uma análise teórica de temas como mudanças no mundo do trabalho, apontamentos sobre suspeita na perícia e aspectos do gerencialismo. Seguindo uma metodologia qualitativa, documentos normativos do SIASS foram examinados e se realizou etnografia em Congresso de Perícias Médicas. Por fim, entrevistaram-se 32 profissionais do SIASS que trabalham com perícia (médicos, assistentes sociais, psicólogos, odontólogos e fisioterapeuta) de 5 instituições federais de ensino do Rio de Janeiro. O material resultante foi inserido no *software* de pesquisa qualitativa Atlas.ti e sua análise levou à constituição de eixos temáticos discutidos ao final. A análise dos achados foi balizada pelo espectro entre as diversas práticas que o campo de estudos sobre trabalho já definiu, ou seja, as práticas mais próximas da gestão gerencial e as mais alinhadas com a Saúde do Trabalhador. Pôde-se perceber o conflito constante entre as funções de cuidado, ligadas às profissões de saúde, uma vez que os trabalhadores em perícia levam relatos de adoecimento e sofrimento, e a ideia do controle, ligada à justiça, ao enquadramento legal do pleito do servidor, ao tempo de licença para recuperação da saúde, entre outros. Apesar de haver referências a práticas periciais mais voltadas à ideia da "perícia em saúde", as falas são permeadas pela presença da desconfiança apriorística da queixa do trabalhador, pela ideia de que a defesa da Administração Pública é a missão precípua da perícia, pela proteção dos cofres públicos. Assim, identificou-se um conflito de interesses no cerne da função pericial, quando exercida por profissionais de saúde: aqueles referentes ao cuidado e os que se voltam à justiça e ao gerencialismo. Ademais, notou-se a escassez de referências à organização do trabalho como causadora de adoecimento, tanto na fala dos entrevistados quanto em alguns textos normativos, como o Manual de Perícia Oficial em Saúde.

Palavras-chave: Perícia em Saúde. SIASS. Saúde do Trabalhador.

ABSTRACT

PIZZINGA, Vivian Heringer. **Health Examination in SIASS: conflicts between care and control.** 2020. 228 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

When a worker falls sick and when the workplace is the very *locus* where the illness occurs, the medical evaluation is the official process through which evaluation of the benefit claims based on such illness is made, and this can be a moment of great importance in the worker's life, especially when it refers to long medical leaves, when a removal from the workplace is needed or in the cases which disability retirement is required. In the federal sphere, in the Executive Branch, these evaluations are coordinated by the *Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS)*. The SIASS policy is guided by the Worker Health and, as concerns the medical evaluation procedures, recommends the existence of multi-professional teams, where physicians and dentists are the medical evaluators, while psychologists and social workers constitute the support team. The latter works with the "health evaluation" notion to the detriment of "medical evaluation". Bearing in mind what is evaluated and measured in the medical evaluation procedure, and based on the *SIASS* rules, the aim of this study is to examine how such evaluation are understood by its practitioners, trying to analyze the kind of values which guide these activities, with emphasis on the professionals' comprehension of the health-illness-work process. Firstly, there is a theoretical analysis of subjects such as changes in the world of work, issues concerning suspicion in the medical evaluation context and aspects of managerialism. Secondly, through a qualitative methodology, documents which rule the *SIASS* have been examined and an ethnography of Medical Evaluations Congress has been carried out. Thirdly, interviews have been made with 32 professionals that work with medical evaluation at 5 federal educational institutions in Rio de Janeiro. The data collected has been entered into the Atlas.ti software and the analysis turned to the constitution of thematic axes discussed in the end. The data analysis was marked out by the spectrum amongst the several practices that the labor studies have already defined, namely the practices closer to the management and the practices closer to the Health Worker. A constant conflict has been noticed among the care functions linked to the health professions, once the worker undergoing a medical evaluation reports suffering, and the idea of control, linked to the justice, to the legal framework of the worker's claim, the period of the sick leave. Notwithstanding some references to the medical evaluation practices closer to the "health evaluation" notion, the reports are permeated by the aprioristic suspicion regarding the worker's claim, due to the idea that the main mission of the medical evaluation is to safeguard the Public Administration. Therefore, a conflict of interests has been identified in the very heart of the medical evaluation function, when it is performed by health professionals: those focused on the care function and those whose main interests are justice and managerialism. In addition, the interviewers' reports, as well as some of the regulatory documents, show a scarcity of mentions to the work organization as the cause of sickness.

Keywords: Health Evaluation. SIASS. Health Worker.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Carteira de Médico Perito Federal.....	96
Tabela 1 –	Eixos Temáticos.....	134
Tabela 2 –	Funções da Perícia	142
Tabela 3	Função da Perícia como Interface/Mediação	150
Tabela 4 –	Justiça, Julgamento e Arbitragem.....	153
Tabela 5 –	Temas e decisões difíceis na perícia.....	155
Tabela 6 –	Suspeita/desconfiança na perícia.....	165
Tabela 7 -	Desconforto, conflitos ético e afetivo e aspectos negativos.....	173
Tabela 8 –	Perícia Medicalocêntrica.....	178
Tabela 9 –	Tensões Interpessoais e Institucionais.....	183
Tabela 10 -	Saúde do Trabalhador.....	191
Tabela 11 –	Características da Perícia.....	202

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABMLPM	Associação Brasileira de Medicina Legal e Perícias Médicas
ANMP	Associação Nacional de Médicos Peritos
APF	Administração Pública Federal
CAP	Caixa de Aposentadorias e Pensões
CAT	Comunicação de Acidente de Trabalho
CCJ	Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania
CEFET	Centro de Educação Federal Técnica e Tecnológica Celso Suckow da Fonseca
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID	Classificação Internacional das Doenças
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CNAM	<i>Conservatoire National des Arts et Métiers</i>
CNT	Conselho Nacional de Trabalho
COGSS	Coordenação de Seguridades e Benefícios do Servidor
CRM	Conselho Regional de Medicina
CFM	Conselho Federal de Medicina
DORT	Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho
FGTS	Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
FHC	Fernando Henrique Cardoso
IFRJ	Instituto Federal do Rio de Janeiro
INSS	Instituto Nacional de Seguro Social
LER	Lesão Por Esforços Repetitivos
MARE	Ministério de Administração e Reforma do Estado
MBE	Medicina Baseada em Evidências
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social
MOI	Modelo Operário Italiano
MPOG	Ministério do Planejamento, Organização e Gestão
MTE	Ministério do Trabalho, Emprego e Previdência
NOSS	Norma Operacional de Saúde do Servidor
NR	Norma Regulamentadora
OIT	Organização Internacional do Trabalho
PASS	Política de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal
PCCTAE	Plano de Cargos e Carreiras dos Técnicos Administrativos em Educação

PEC	Proposta de Emenda Constitucional
POT	Psicologia Organizacional do Trabalho
RJU	Regime Jurídico Único
SEMOR	Secretaria de Modernização
SFC	Síndrome da Fadiga Crônica
SIASS	Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal
SIPEC	Sistema de Pessoa Civil da Administração Federal
SISOSP	Sistema Integrado de Saúde Ocupacional do Servidor Público Federal
TEPT	Transtorno do Estresse Pós-Traumático
UFF	Universidade Federal Fluminense
UNILA	Universidade de Integração Latino-americana
UNIOSTE	Universidade Estadual do Oeste do Paraná
UNIRIO	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
VISAT	Vigilância à Saúde do Trabalhador

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	14
1 SAÚDE E DOENÇA NO TRABALHO: A CONTRIBUIÇÃO DE NOVOS CAMPOS E AS CONSEQUÊNCIAS DAS MUDANÇAS NAS FORMAS DE GESTÃO	27
1.1 Saúde do Trabalhador e Clínicas do Trabalho: perspectivas sobre o adoecimento no trabalho.....	27
1.1.1 <u>Saúde do Trabalhador, processos de saúde-doença e noção de desgaste</u>	31
1.1.2 <u>Os paradigmas da Medicina do Trabalho, da Saúde Ocupacional e da Saúde do Trabalhador</u>	35
1.2 Saúde do Trabalhador e Clínicas do Trabalho.....	37
1.3 Trabalho, classe trabalhadora e Serviço Público.....	41
1.3.1 <u>Mudanças no mundo do trabalho e gerencialismo</u>	44
1.3.2 <u>Notas sobre o início da gerência</u>	46
1.3.3 <u>As disciplinas, o biopoder e a acumulação de capital</u>	49
1.3.4 <u>Mudanças na Ideologia Gerencial</u>	53
1.3.5 <u>Gerencialismo no Serviço Público Brasileiro</u>	58
1.3.5.1 O caso brasileiro.....	63
2 ADOECIMENTO, TRABALHO, LEGITIMIDADE E PERÍCIA.....	67
2.1 Legitimidade e reconhecimento: o valor do diagnóstico.....	69
2.1.1 <u>Burnout, TEPT e garantia de direitos através do diagnóstico</u>	71
2.1.2 <u>As LER/Dort e a descaracterização do nexa epidemiológico</u>	77
2.2 Incerteza, moralidade, justiça e presunção de simulação o ato pericial.....	80
2.2.1 <u>Trauma, suspeição e TEPT</u>	84
2.3 Perícias baseadas em evidências.....	88
2.3.1 <u>Histórico do surgimento das perícias médicas no Brasil</u>	91
3 ANÁLISE DE ALGUNS DOCUMENTOS DO SIASS.....	98
3.1 A regulamentação do SIASS.....	99
3.2 O Manual de Perícia Oficial em Saúde.....	102
3.2.1 <u>O apagamento do nexa causal</u>	103
3.2.2 <u>Vulnerabilidade da Administração Pública Federal frente ao servidor?</u>	104
3.2.3 <u>Equipe multiprofissional</u>	107
3.2.4 <u>Menos empatia e mais desconfiança: assim se definem os afetos do perito</u>	108

3.2.5 <u>Perícia como ato administrativo: apenas isso?</u>	109
3.2.6 <u>A questão da aposentadoria do trabalhador</u>	110
3.2.7 <u>Hierarquia nas perícias em saúde</u>	112
3.3 Outros manuais de perícia	113
4 ETNOGRAFIA DE CONGRESSO DE PERÍCIAS MÉDICAS	116
4.1 Antropologizando a ciência pericial	116
4.2 À procura de um congresso	118
4.3 Ato médico e patriotismo	121
4.4 Nem tão raras simulações	128
5 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS	132
5.1 Especificidades de fazer perícia no SIASS	136
5.2 ‘Caí de paraquedas’: a questão da formação	137
5.3 As funções gerais da perícia	141
5.3.1 <u>‘Nós somos fiscais do Estado’: funções da perícia</u>	141
5.3.1.2 <u>‘Nem sempre o fato de a pessoa estar adoecida implica que ela possa exercer o direito dela’: enquadramento legal, função legal e abuso de poder</u>	147
5.3.2 <u>‘Às vezes a gente tá aqui para ajudar o servidor’: função da perícia como interface/medicação</u>	180
5.3.3 <u>‘Ele é assim um inquisidor?’: justiça, julgamento e arbitragem</u>	153
5.4 Temas e decisões difíceis na perícia	155
5.4.1 <u>‘A gente tem que evitar o máximo possível’: aposentadoria por invalidez</u>	155
5.4.2 <u>‘A instituição não quer que ele fique afastado nem um dia’: dias de afastamento</u>	160
5.5 Suspeita/desconfiança na perícia	164
5.5.1 <u>‘A gente fica mais detetive’: malícia, detetive, investigação e ganho secundário</u>	164
5.5.2 <u>‘A gente fica meio como advogado do diabo que é diferente do médico em si’</u>	169
5.6 Desconforto, conflitos éticos e aspectos negativos	172
5.6.1 <u>‘Às vezes eu tenho essa sensação de que eu tô aqui pra ferrar alguém’: conflitos éticos na perícia</u>	172
5.6.2 <u>‘Sentir que eu estava fazendo um trabalho mais humano’: desconforto com a função pericial</u>	175
5.7 Perícia medicalocêntrica	177
5.7.1 <u>‘Ele tem uma soberania frente a tudo de saúde que aquela pessoa vem passando’: correlação de forças, poder de decisão e soberania</u>	177

5.8 ‘Eu já periciei um cara armado, fiquei com medo’: tensões interpessoais e institucionais.....	183
5.9 ‘Será que a gente não pode construir um outro espaço de perícia?’: saúde do trabalhador.....	189
5.10 ‘A gente funciona como um tradutor de culturas’: características da perícia.....	202
CONSIDERAÇÕES FINAIS	208
REFERÊNCIAS.....	217

INTRODUÇÃO

No início do mês de julho de 2016, o presidente da Confederação Nacional da Indústria (CNI), Robson Braga de Andrade, em conversa com o presidente (à época interino) Michel Temer, sugeriu mudanças nas leis trabalhistas brasileiras como forma de enfrentamento da crise econômica, citando a reforma ocorrida na França, em que são previstas até 60 horas semanais de trabalho. Ao fazê-lo, entretanto, Robson Braga de Andrade equivocou-se e, em uma espécie de lapso de linguagem, fez referência a uma jornada de 80 horas semanais de trabalho. Em redes sociais, houve forte alarido em relação a essa proposta. Uma quantidade de 16 horas de trabalho por dia (ou ainda que fossem 12 horas, no caso da jornada de 60 horas semanais), sem contar o deslocamento, implica pelo menos dois terços do dia do sujeito dedicados ao trabalho. Se esta Tese fosse um diário que contabilizasse todas as afirmações, mudanças e movimentos relacionados ao trabalho, todas as notícias e suas devidas repercussões, durante os quatro anos de sua redação, particularmente as que se anunciaram no ano de 2019, este de fato seria o primeiro ponto chocante a partir do qual se avançaria na escrita, que, como se poderá ver, vai perdendo peso diante de outras decisões e afirmações políticas que se dão no decorrer de quatro anos. Mesmo dando lugar a outras notícias, contrarreformas diversas que incluem a perda de direitos relacionados ao trabalho e à seguridade social, esta se trata ainda – e talvez mais do que há quatro anos - de uma discussão fundamental, pois se volta para a questão do tempo do trabalhador, a forma como se dispõe dele e como isso produz rebatimentos na saúde. O tempo de trabalho, o tempo de descanso e o tempo de recuperação de uma doença têm relação com a temática desta pesquisa, que busca examinar as relações entre as formas como as perícias em saúde, na esfera do Poder Executivo Federal, são compreendidas pelos profissionais de saúde diretamente ligados a elas, e os valores que guiam essas atividades a partir das definições a elas conferidas e a partir também de sua compreensão acerca do que é o trabalho no mundo contemporâneo, suas transformações, a forma como se lida com o tempo e aspectos correlatos.

Jonathan Crary, em seu livro *24/7 – Capitalismo tardio*¹ e os fins do sono (2014), analisa exatamente o tempo que se extrai da vida dos sujeitos para que sirvam aos sistemas de trabalho e ao consumo e lucro inerentes à lógica capitalista. O autor, ao examinar o sentido

¹ Existe todo um debate acerca da terminologia “capitalismo tardio” e seus diferentes usos, conforme autores e abordagens teóricas, como aponta Fredric JAMESON, em *Pós-Modernismo: a Lógica do Capitalismo Tardio*, em cuja introdução adota a visão segundo a qual o ‘tardio’ que adjetiva o ‘capitalismo’ da expressão “transmite (...) mais um sentido de que as coisas são diferentes, que passamos por uma transformação de vida que é de algum modo decisiva, ainda que incomparável com as mudanças mais antigas da modernização e da industrialização (...)” (Jameson, 1990, p. 24).

histórico da insônia, aponta o estudo, realizado pelo Departamento de Defesa do governo americano, do voo do pardal de coroa branca, pássaro da costa oeste da América do Norte que, nos meses do início do outono, voa do Alasca ao norte do México, conseguindo permanecer até sete dias acordado durante seus deslocamentos.

A ideia por trás da pesquisa do governo americano sobre o comportamento desses pássaros é tentar compreender o fenômeno biológico que o permite manter-se horas acordado, sem prejuízo de seu rendimento, para poder reproduzi-lo em seres humanos a quem se destinam certas tarefas que exigiriam muito tempo sem perda da concentração, como é o caso, por exemplo, das missões destinadas aos soldados militares em guerra². Como o autor aponta, a finalidade inicial é a criação do “soldado sem sono”, no que se inscreve em um esforço para a obtenção do domínio, ainda que em parte, sobre o sono humano. Tais objetivos, somados aos empenhos e investimentos em pesquisa com o fito de ampliar a capacidade humana de permanecer sempre alerta e disponível, guardam um forte parentesco com a ânsia pela produtividade contínua de seres humanos. Ou seja, a “história mostra que inovações relacionadas à guerra são inevitavelmente assimiladas na esfera social mais ampla, e o soldado sem sono seria o precursor do trabalhador ou do consumidor sem sono” (Crary, op. cit., p. 13). O sono permanecia ainda o estado ainda não colonizado pelo capitalismo³.

Boltanski e Chiapello (2009), em obra que analisa a crítica social ao capitalismo, promoveram uma minuciosa análise dos autores de literatura de gestão empresarial dos anos 60 e dos anos 90, na qual identificaram que nos anos 90 os autores desses tais livros se insurgiam contra a defesa da separação entre o tempo dedicado ao trabalho e o tempo

² Franco BERARDI aponta a impossibilidade da expansão indefinida do que chama de cibertempo, o que se deve ao fato de que sua expansão depende de fatores orgânicos, culturais, emocionais e históricos. O cibertempo não se compõe de uma parte mecânica, como o ciberespaço. E ainda que se expanda a capacidade do cérebro, como parece ser o objetivo da pesquisa citada por Crary, há limites que dizem respeito à esfera emocional e à intensidade da experiência. Isso nada mais é do que a dimensão humana daquilo que um trabalhador pode suportar e, no exemplo dado referente à intenção de produzir o soldado sem sono em missões violentíssimas de guerra, o que se almeja parece ser uma quantidade maior de tempo de exposição de um ser humano, na função de soldado, a condições terríveis de trabalho (que envolvem mortes, violência de todas as espécies, desconforto físico). O que Berardi parece enfatizar, ao sustentar a impossibilidade de uma ilimitada expansão do tempo, é o fato de que há um momento necessário de reserva, assimilação e processamento das experiências vividas, e a expressão *take your time* parece traduzir bastante bem essa necessidade. Para uma análise mais detalhada sobre a concepção do autor sobre as relações entre tempo, trabalho e capitalismo, consultar Berardi, 2019.

³ BOLTANSKI e CHIAPELLO propõem o que consideram como uma definição mínima de capitalismo: “Entre as diferentes caracterizações do capitalismo (ou, frequentemente hoje, dos capitalisms) feitas no último século e meio, escolheremos uma fórmula mínima que enfatiza a *exigência de acumulação ilimitada do capital por meios formalmente pacíficos*. Trata-se de repor perpetuamente em jogo o capital no circuito econômico com o objetivo de extrair lucro, ou seja, aumentar o capital que será, novamente, reinvestido, sendo esta a principal marca do capitalismo, aquilo que lhe confere a dinâmica e a força de transformação que fascinaram seus observadores, mesmo os mais hostis” (Boltanski, Chiapello, 2009, p.35).

doméstico ou dedicado ao lazer. O sujeito parece cada vez mais investido em apenas um papel: o de trabalhador em tempo integral.

Voltando ao caso brasileiro e à afirmação de Robson Braga de Andrade, um ano depois, em 2017, acompanhamos com pesar, após debate que despertou a reação de centrais sindicais e de trabalhadores, a aprovação da Reforma Trabalhista (Lei 13.467/2017) no fim daquele ano. Ao longo de cerca de dois anos de vigência do governo, discussões acerca do trabalho angariaram uma importância cada vez maior, incluindo a Reforma da Previdência, aprovada, enfim, em 2019. Em serviços públicos federais em todo o país, o que se assiste é um retorno a formas de controle do tempo do trabalhador com a implantação do ponto eletrônico para registro da frequência, em lógica taylorista/fordista atualizada com utilização dos dispositivos tecnológicos do século XXI. Tal retrocesso, somado a outros, leva-nos à noção de condições de trabalho, que, segundo Laurell e Noriega (1989), não devem ser entendidas como este ou aquele risco, de forma isolada, o que faz os trabalhadores adoecerem, mas sim “o conjunto dos elementos do processo de trabalho” (p. 46). Nesse caso, a única defesa da saúde possível é a diminuição da exposição a esse conjunto de elementos, através da redução da jornada.

No contexto brasileiro atual, o que se vê acontecer são diversas mudanças no que tange à vida do trabalhador, a curtíssimo, médio e longo prazos, em que a discussão sobre o processo saúde-doença no trabalho mostra-se ainda mais premente. Essa discussão, no entanto, que deve ser empreendida por todos os trabalhadores, encontra seu *locus* de expressão mais natural entre os que atuam diretamente no campo de saúde do trabalhador. Entretanto, no que se refere ao serviço público, com a crescente terceirização de funcionários, vemos também que tais profissionais, quando terceirizados, podem se encontrar cada vez mais impossibilitados de não apenas promover intervenções, como também de levar adiante uma discussão que já não é fácil de ser realizada mesmo por trabalhadores concursados, com um vínculo empregatício mais sólido. Com todas as mudanças que vêm ocorrendo na vida do trabalhador, um estudo atento sobre o processo saúde-doença no trabalho se faz mais necessário e atual, com desdobramentos que se revelam nas práticas de perícias médicas dos órgãos do governo.

O trabalho, quando chega ao ponto de encetar o adoecimento do trabalhador ou quando é o lugar onde isso se dá, encontra na situação de perícia médica o momento oficial da avaliação da legitimidade do adoecimento. Trata-se, portanto, a perícia médica, de uma ocasião de grande importância na vida do trabalhador, especialmente quando seu objeto de avaliação são doenças crônicas, afastamentos longos ou recorrentes ou quando há necessidade

de uma mudança significativa de local de trabalho, para citar alguns exemplos. A decisão do perito ou da junta⁴ que acolhe o trabalhador pode mudar toda a sua vida: desde uma aposentadoria por invalidez precoce até o recebimento de um diagnóstico, que, pelo fato de possuir “força performativa” (Bezerra Jr, 2014, p. 15), gera desdobramentos psíquicos e sociais que não são desprovidos de repercussão.

Encontrando-se em uma situação de avaliação, o trabalhador em perícia deve se esforçar para provar a legitimidade de sua condição através de relatos coerentes, documentos e laudos, isto é, evidências objetivas e concretas de sua doença. Ou, como aponta Dumit (2006), ele deverá apresentar as provas de que seu sofrimento possui um código e cuja nomeação poderá ser feita tanto pelo médico que o assiste quanto pelo médico perito; caso contrário estará correndo o risco de ser considerado uma fraude ou uma simulação. O perito ou a junta de peritos, por seu turno, estabelecerá, através dos meios de que dispõe (e daqueles que julga suficientemente válidos), a legitimidade do adoecimento e, mais ainda, deverá identificar e provar, quando houver, a existência do nexos causal/concausal com a atividade laboral, embora isso seja difícil de acontecer.

Mas cabe perguntar: o que de fato a perícia médica avalia? O que ela mede? A depender da situação que chegue aos profissionais de saúde, o que se trata é da avaliação do valor de um diagnóstico, de uma doença, de um sofrimento ou de uma situação de trabalho. Em outras palavras, trata-se de emitir juízo sobre o quanto tais elementos podem ser considerados como tais (diagnóstico reconhecido, doença legitimada, sofrimento real ou situação de trabalho efetivamente adoecedora), dado que com frequência chegam para a perícia médica situações impregnadas de complexidade, cujo nascedouro são as relações sociais do ambiente de trabalho ou a própria estrutura organizacional. Como lembra Chanlat, “toda organização produz relações de poder” (op. Cit., 2011, p. 112), ou ainda, como aponta a psicodinâmica do trabalho, relações sociais de dominação estruturam o trabalho, o que produz desdobramentos sobre a subjetividade daqueles que trabalham (Gernet e Dejours, 2011, p. 65).

Assim, a proposta deste estudo é examinar a forma como são compreendidas e descritas as perícias médicas por seus praticantes, com foco na Unidade SIASS (Subsistema Integrado de Atenção à Saúde dos Servidores Públicos Federais), com o objetivo de analisar que tipo de valores norteiam essas atividades, tendo como ênfase a compreensão dos profissionais do que vem a ser o processo saúde-doença-trabalho. Desta forma, a análise dos

⁴ A perícia médica ou a perícia em saúde é feita por um perito apenas (perícia singular) ou por três peritos (junta oficial de saúde) a depender do caso e do tempo de afastamento em que se encontra o servidor.

achados foi balizada pelo espectro e pelos pólos díspares entre a diversas práticas possíveis que o campo de estudos sobre trabalho já definiu, ou seja, as práticas mais próximas da gestão⁵ e as práticas mais alinhadas com os princípios do trabalhador. A medida do afastamento das perícias dos princípios da saúde do trabalhador, ou mesmo de sua aproximação, pode indicar, por outro lado, o afastamento/aproximação da ideologia gerencialista (Gaulejac, 2007), que se pauta pela ideologia da excelência (Lhuillier, 2012; Soboll e Horst, 2013), a ser discutida, em sua relação com o sofrimento no trabalho, no primeiro capítulo desta Tese⁶. Neste último caso, é possível situar a perícia médica como ferramenta da gestão, o que se pode verificar através da exclusão, em suas avaliações, da complexidade das situações de trabalho.

Conforme indica Rosenberg (2006) no que tange às fronteiras entre doenças, condições e diagnósticos psiquiátricos, vive-se atualmente um paradoxo importante, na medida em que somos reducionistas ao “presumir causalidade somática (e, recentemente, genética) para o comportamento”, mas, por outro lado, “nunca estivemos mais conscientes da arbitrariedade e da qualidade construída dos diagnósticos psiquiátricos” (Rosenberg, 2006, p. 417). Da reflexão de Rosenberg, pode-se dizer que os diagnósticos não são fatos, embora pareçam, mas versões. Segundo o autor, ainda que se discuta a arbitrariedade e o reducionismo de certas associações causais unilaterais, elas podem guiar as práticas terapêuticas e periciais. O construcionismo, já identificado no âmbito dos sistemas de classificação psiquiátrica, também pode estar presente na identificação ou não-identificação dos nexos causais entre doença e ambiente de trabalho, por exemplo. Além disso, segundo o autor, “cada diagnóstico liga um indivíduo a uma rede de relações burocráticas e frequentes práticas especialistas” (op. Cit., p. 421). Constata-se, por consequência, que a dor, o mal-estar e as sensações incômodas das quais se queixa o trabalhador precisam se aglutinar em uma síndrome que possa ser reconhecida e, portanto, decodificada como tal. Somente dessa forma ela passa a adquirir o *status* de algo existente. Junta-se a isso a obrigatória legitimação do saber médico às restrições burocráticas do cuidado em saúde. No caso da prática da perícia

⁵ É importante ressaltar que, ao nos referirmos à gestão, escolhemos uma prática específica de gestão, a saber, a gestão gerencialista ou qualquer tipo de prática gestora que se guie por princípios neoliberais. Há, porém, práticas de gestão diferenciadas, que não se pautam por esse ideário, como é o caso das práticas autogestionárias, presentes nos empreendimentos da Economia Solidária. Doravante, todas as vezes em que, neste trabalho, nos referirmos à gestão sem um adjetivo que a diferencie, será a essa gestão distanciada da saúde do trabalhador que estaremos fazendo referência, à gestão calcada na ideologia gerencial, sobre a qual discutiremos adiante. Para conferir um pouco mais sobre a autogestão, consultar SINGER (2000) e FERRAZ e DIAS (2008).

⁶ Compartilhamos da noção de sofrimento de Yves Clot, citada por SELIGMANN-SILVA (2011), a partir da perspectiva da Clínica da Atividade, em que o sofrimento psíquico pode ser entendido como “resultante de um *impedimento de agir* em consonância com o próprio *ser*. Impossibilidade cuja continuidade leva a uma *desvitalização da atividade* que corresponde a uma *impossibilidade de ser*” (p. 143).

em sua relação com a Saúde do Trabalhador ou com a gestão, fica ainda mais evidente o limite dos métodos de avaliação de possíveis nexos causais entre o adoecimento e o trabalho, uma vez que já é difícil a legitimação de certas formas de adoecer (e sua decodificação consensual).

Illich (1975), em sua crítica ao que chamou de “colonização médica da vida” e ao monopólio profissional dos meios de tratamento (op. Cit., p. 6), já apontara que cabe à profissão médica o poder de decidir quais dores podem ser consideradas autênticas e quais seriam imaginadas, simuladas e, portanto, não legitimadas, no que se constitui em um processo em que é o olhar do profissional que irá determinar a relação do paciente com sua experiência, expropriando-a dele. Nesse mesmo viés, Szasz (1956), ao problematizar o conceito de *malingering* e suas possíveis acepções de, por um lado, simulação de sintomas ou doenças e de, por outro, um diagnóstico psiquiátrico, identifica o poder social do médico, uma vez que lhe cabe decidir comportamentos que são recompensados e comportamentos que, ao contrário, são punidos, carregando, o médico, a função de árbitro de um jogo cujas regras são sociais, uma vez que deverá buscar e encontrar as possíveis trapagens ou simulações de sintomas e doenças. Ou, como sinaliza Codo, o perito “coloca *sub judice* a dor do outro”, e, ao desconfiar de seu paciente, não cuida, não cura, sendo, concomitantemente, um “antimédico” (Codo, 2013, p. 24). Sobre o papel do médico e a relação mais específica com a prática pericial, Illich destaca ainda a má definição desse papel, ao assinalar a mistura, promovida pelas profissões da área de saúde, entre serviços clínicos, medicina científica e gerência técnica da saúde pública, na qual, neste último caso, os pacientes são transformados “em administrados, cuja saúde é assumida por uma burocracia médica” (Illich, 1975, p. 59). Desse modo, levando-se em consideração um contexto mais amplo de medicalização e o que Illich chama de “gestão técnica das sensações, das experiências e do porvir individuais” (op. Cit., p.116), pergunta-se em que medida os profissionais de saúde, e mais especificamente os peritos médicos, entendem sua prática em relação ao contexto em que se inserem. Em que medida sua prática leva em conta os valores embutidos no ato de conceder ou não licenças médicas, prorrogar afastamentos por motivo de saúde, fazer uso ou não de diagnósticos que individualizam um problema de ordem institucional, entre outros atos que cabem ao perito diante da queixa do trabalhador?

Nesse sentido e retomando a proposta desta Tese, o **objetivo** da pesquisa é examinar, entre os profissionais de saúde envolvidos nas práticas de perícia oficial de saúde, as percepções sobre seu trabalho exercendo a função de peritos e de equipe multiprofissional de suporte às perícias, em Unidades SIASS, no serviço público federal, na esfera do Poder

Executivo. Além disso, a análise de documentos legais referentes ao funcionamento e às diretrizes do SIASS também nos levará à discussão sobre a compatibilidade entre tal prática e os princípios afins ao campo da saúde do Trabalhador.

Achamos interessante a hipótese de uma possível aproximação ou conciliação entre a prática da perícia oficial em saúde e os princípios da saúde do trabalhador, uma vez que estes últimos buscam trazer mudanças que visam à melhoria da vida do trabalhador no que diz respeito à nocividade do trabalho no modo de produção capitalista. Essa conciliação referir-se-ia a um fazer pericial que buscasse se pautar por tais princípios, dentro de seu escopo de atuação e sabendo-se das limitações que a atividade – como qualquer outra – apresenta. De modo breve inicialmente, podemos defender, como posicionamento ético-político desta Tese, a compatibilização entre o ato pericial e os aspectos da Saúde do Trabalhador, que podem ser expressos em alguns exemplos, quais sejam: algum grau de protagonismo conferido ao sujeito que está sendo periciado, a inclusão da categoria trabalho na escuta que permeia as perícias em saúde, a atenção, na escuta das queixas e demandas trazidas pelo trabalhador, às relações sociais que envolvem o cenário laboral (equipe, setor, departamento, instituição em que o servidor trabalha), a busca de não reforçar a relação assimétrica e de poder da relação pericial (isto é, ainda que essa característica possa estar presente, que ela seja minimizada ou que se possa lidar com isso de modo a não se fazer proveito unilateral dela de nenhuma espécie), a associação com profissionais oriundos de outros campos do saber nas avaliações periciais (que a chamada equipe de suporte à perícia possa ser mais do que um suporte).

Quanto aos profissionais entrevistados nesta pesquisa, eles se dividem em classes profissionais diferentes, sendo médicos peritos, psicólogos, assistentes sociais, odontólogos peritos e fisioterapeutas.

O objetivo acima apontado delineou-se a partir de minha inserção como psicóloga em equipe multiprofissional em uma Unidade SIASS, situada no CEFET-RJ (Centro Federal de Educação Tecnológica Celso Suckow da Fonseca). A equipe voltada para avaliação e perícia nessa unidade específica é composta, atualmente, de 5 (cinco) médicos, 2 (duas) assistentes sociais, 2 (dois) odontólogos e 1 (uma) psicóloga, sendo todos concursados, e as perícias são realizadas não apenas em servidores do CEFET, como também de outros órgãos federais que não constituíram Unidade SIASS, mesmo quando contam com um setor de saúde. Essa é uma característica do SIASS: não atendem apenas servidores dos órgãos aos quais seus servidores são vinculados.

O SIASS não visa exclusivamente realizar perícias médicas, mas também ações de Saúde do Trabalhador, ainda que os princípios teóricos que aparecem nos textos do SIASS

muitas vezes mostrem-se híbridos e se confundam com o viés teórico da saúde ocupacional (Machado, 2015). Um dos princípios do campo de saúde do trabalhador é o afastamento das práticas da medicina do trabalho e da saúde ocupacional, que, ao investigarem o adoecimento no contexto laboral, colocam ênfase em aspectos químicos, físicos e/ou biológicos, deixando de lado os determinantes sociais e os processos vinculados à própria organização do trabalho (Lacaz, 1997; Minayo Gomez, 2011).

As questões que nortearam o desenho da pesquisa relacionam-se a incômodos e conflitos que surgiram ao longo de minha prática profissional e que, em muitos sentidos, estão vinculados à divisão social do trabalho (com preponderância do saber médico) dentro do SIASS e à implicação de certas concepções de perícia na atuação prática e na vida laboral dos periciados. Tais conflitos estão também diretamente atrelados à própria indagação acerca da missão do SIASS, que, apesar de se vincular precipuamente à atenção à saúde do servidor, acaba por se centrar na realização de perícias médicas (Paiva e Olivar, 2010).

Assim, diante das práticas observadas e discutidas em outros espaços, uma questão se apresenta: há, de fato, alguma preocupação mais aprofundada com a saúde do servidor em si, ou a ênfase da Administração se expressa em quantidade de dias de afastamento, aposentadoria por invalidez e a lógica quantitativa dos códigos de vagas deste ou daquele órgão federal?

Como será examinado a seguir, a compreensão do que vem a ser a perícia parece se originar a partir do entendimento encontrado no Manual de Perícia no âmbito federal, em que ela está claramente atrelada à “defesa da Administração”, ao controle da saúde do servidor e a uma relação cuja natureza se delinea a partir da desconfiança entre perito e periciado. Neste sentido, um primeiro incômodo surgiu para mim a partir da própria leitura dos Manuais que norteariam as práticas das equipes multiprofissionais de suporte à perícia, incluindo a prática dos psicólogos, isto é, a minha própria prática. Entretanto, esse direcionamento parece, a princípio, poder incidir mais sobre os profissionais médicos e odontólogos pelo único motivo de caber a eles a decisão sobre os pleitos relacionados aos processos saúde-doença no trabalho, uma vez que apenas o médico e o odontólogo podem assinar os laudos periciais. No caso do psicólogo e/ou do assistente social, espera-se que se insiram no processo decisório dos casos acompanhados pela equipe de peritos. Nos casos em que, por exemplo, o peso das questões envolvidas no processo de adoecimento tenham uma forte relação com questões sociais e que, por isso mesmo, mereceriam que a decisão do assistente social pudesse ter um valor no mínimo igual àquele dos profissionais de medicina, isso não se verifica por causa da própria

forma como o sistema funciona. E, se houver discordância de opiniões a respeito dos casos, é a decisão médica que valerá.

Em suma, muitos casos que chegam ao SIASS podem não ser de natureza puramente médica (os casos de aposentadoria por invalidez, eu diria, mesmo que tenham origem em diagnósticos clínicos da mais pura medicina baseada em evidências, deixam de ser médicos pelo próprio fato de apontarem para uma aposentadoria, o que traz consequências sociais e psíquicas que extrapolam o âmbito médico). No entanto, o fato de a decisão ser exclusivamente médica acaba por afastar a atenção à saúde do servidor dos pressupostos de Saúde do Trabalhador.

Mas, além dos incômodos suscitados por essa divisão do trabalho e da hierarquia na importância das funções dentro do SIASS, surgem também questionamentos acerca de como a prática pericial em si, ainda que realizada de modo harmônico e com constante discussão em equipe dos casos, o que constituiria um verdadeiro trabalho interdisciplinar, acabaria por ofuscar problemas mais amplos da organização do trabalho. Ou seja, em que medida minha prática enquanto psicóloga, ao se vincular prioritariamente às perícias, se afasta dos valores da Saúde do Trabalhador? Ao buscar indagar sobre as percepções dos profissionais de saúde acerca da perícia em si e de seu trabalho enquanto peritos ou equipe multiprofissional, procuro também formular e apurar minha própria percepção do que é a perícia em saúde (em tese, mais ampla do que a perícia médica), pensando em possibilidades de atrelá-la ao conceito amplo de saúde do trabalhador. Isto é, as práticas que ocorrem no SIASS são efetivamente de perícia em saúde, ou se restringem à perícia médica? A própria ideia de atividade de perícia, que será desenvolvida posteriormente, e sua incompatibilidade ética com a atividade de cuidado, também se torna uma indagação em aberto, embora fechada nos manuais e códigos de ética de profissionais. Mas existe outra possibilidade de atuar com perícia em saúde?

MÉTODO

A pesquisa aqui proposta é de cunho qualitativo, com entrevistas abertas, semiestruturadas, direcionadas às categorias profissionais já mencionadas, em cinco instituições federais de ensino do Estado do Rio de Janeiro. Além disso, também se realizou uma vivência etnográfica em congresso de perícias médicas – mais especificamente o Congresso Sul Sudeste de Medicina Legal e Perícias Médicas, em outubro de 2019, em Foz do Iguaçu. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto de

Medicina Social da UERJ sob o número 3.625.925, em 07 de outubro de 2019 (último parecer após emendas).

Finalmente, também será realizada uma breve análise documental dos textos normativos lançados pelo Ministério do Planejamento (MPOG) desde 2009, quando do surgimento do Sistema SIASS como braço de realização das atividades de atenção à saúde do servidor, no sentido de compreender e trazer para discussão alguns princípios que norteiam as atividades e evocam as diretrizes das práticas oriundas dessa documentação.

CONTEXTUALIZAÇÃO DAS UNIDADES SIASS

Cabe descrever brevemente o surgimento da Unidade SIASS no âmbito do serviço público federal. Como aponta Machado (2015), o primeiro órgão de atenção à saúde do servidor no âmbito federal foi o Sistema Integrado de Saúde Ocupacional do Servidor Público Federal (SISOSP), que surge a partir do Decreto 5.961, de 6 de novembro de 2006, e que, como bem observa o autor a partir do próprio nome escolhido para o Sistema, orienta-se pelas diretrizes próprias da saúde ocupacional, mas que também enumera como uma das finalidades, logo em seu primeiro artigo, a promoção da saúde ocupacional do servidor. Segundo Machado, há um “caráter uniformizador das práticas” (op. cit., p. 78), que pode ser visto tanto a partir da definição de sua finalidade quanto da descrição das atribuições do órgão, entre as quais se encontram, por exemplo, a “realização de procedimentos ambulatoriais relativos a doenças ocupacionais”; o “gerenciamento dos prontuários médicos de saúde ocupacional dos servidores”; o “controle de riscos”; a “avaliação da periculosidade e da salubridade dos ambientes (...) de trabalho”; a “emissão de laudos de avaliação ambiental” (Decreto 5.961/2006), entre outras que se centram nos fatores ambientais do trabalho. Nessa descrição de atribuições, chama atenção o fato de que a primeira delas refere-se à “realização de exames médico-periciais” (Inciso I, art. 2º). Não se verificam menções às relações sociais de trabalho no modo de produção capitalista, como observa o autor (op. cit., p. 79).

A substituição do SISOSP pelo Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal (SIASS), que veio a partir do Decreto-Lei 6.833, de 29 de abril de 2009, que revoga o Decreto 5.961 mencionado acima, trouxe mudanças importantes ao cenário, dado que, em seu texto jurídico, em vez de listar atribuições, procura definir alguns conceitos que servem de guia para as práticas (op. cit., p. 80), não havendo menção à saúde ocupacional propriamente dita. Por outro lado, complementando o Decreto, em 10 de agosto de 2012, é publicada a Portaria número 1.397, que estabelece a cooperação técnica entre instituições

públicas federais para a formação de Unidades SIASS. Tal cooperação tem como objetivo “a execução de ações e atividades de prevenção aos agravos, de promoção e acompanhamento da saúde dos servidores e de perícia oficial” (Portaria 1.397, Art. 2º, 2012), visando a uma política de atenção à saúde e à segurança do trabalho do servidor público federal. Nesse documento, há a listagem de competências da Unidade SIASS, destacando-se, entre outras cinco, a primeira de seu Art 12: “realizar perícia oficial, médica e odontológica, com o objetivo de avaliar o estado de saúde do servidor para o exercício das atividades laborais” (Portaria 1.397, Art. 12, 2012). Não se pode deixar de notar, porém, que apesar de a realização da perícia vir em primeiro lugar na listagem de competências, como se fosse a mais importante, há, a seguir, a menção à intervenção nos “fatores causadores de adoecimento dos servidores, tanto nos aspectos individuais como nas relações coletivas, no ambiente de trabalho” (idem). O apontamento das relações coletivas e do ambiente de trabalho como possíveis causadores de adoecimento é um avanço no texto legal da Portaria, em relação ao paradigma que norteava o SISOSP, embora pudesse vir em primeiro lugar.

É importante notar que as mudanças ocorridas em textos legais foram fruto de discussões, encontros e fóruns promovidos a partir de iniciativas de criação de unidades no âmbito do Ministério de Planejamento, Organização e Gestão (MPOG), como a COGSS (Coordenação de Seguridades e Benefícios do Servidor), que posteriormente transformou-se em DESAP e DENOB, objetivando a “construção de uma política voltada especificamente às relações de trabalho e saúde do servidor público” (Martins et al., 2017, p. 1432). Além disso, houve também a criação, em 2009, do Fórum Permanente de Saúde do Trabalhador do Rio de Janeiro, que, desde então, se reúne mensalmente com discussões de natureza técnica e política acerca da saúde dos servidores e do SIASS (op. cit., 2017, p. 1435). No entanto, segundo análise dos autores acerca da construção da política de atenção à saúde do servidor, desde a criação do SISOSP até mais recentemente, levando-se em conta as mudanças conjunturais ocorridas no país, o MPOG, dando lugar a um protagonismo maior ao Ministério da Saúde no que à política integral e universal de saúde e segurança do trabalho, acabou “restringindo sua intervenção às atividades tradicionais de perícia médica” (op. cit., 2017, p. 1437). Por outro lado, ressaltam o desafio do SIASS de evoluir de uma “perspectiva de *servidores* para uma de *trabalhadores públicos*” (op. cit., 2017, p. 1437)⁷.

Voltando a Machado, ele também cita a Portaria número 3, de 25 de março de 2013, que institui diretrizes gerais para a saúde do servidor público federal, que integram a Política

⁷ A discussão sobre o conceito de trabalhador/servidor público em seu escopo será feita adiante.

de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal (PASS). Em seu estudo que se deu a partir da tentativa de compreender as bases discursivas dos documentos que implementam o SIASS, o autor assinala “uma mistura de discursos da Saúde Ocupacional com a Saúde do Trabalhador (...) [o que] se evidencia pela busca da participação dos trabalhadores, de um lado, e na busca da transformação dos hábitos de vida, de outro” (Machado, 2016, p. 85). Ele questiona:

“(...) parece não haver clareza, por parte de redatores/gestores, sobre pressupostos e bases epistemológicas de cada um desses discursos. Outra questão que se faz presente nessa discussão: essa fusão não seria uma forma de não enfrentamento de práticas já instituídas, centralizadas na figura do médico e que mantém relações de poder já estabelecidas, mantendo estratégias e possibilidades de controle também sobre o trabalho dos servidores?” (Machado, 2016, p. 87).

Analisando o Manual de Perícia Oficial em Saúde (2017), publicação específica do SIASS cuja análise será desdobrada nesta Tese, o texto destaca que os peritos devem assegurar os direitos do servidor e também “defender a APF [Administração Pública Federal]” (p. 1). Chama atenção o uso do verbo “defender”. Uma consulta breve em dicionário é interessante para que o termo não seja naturalizado em um manual que orienta a conduta prática do perito em saúde. No Dicionário Caldas Aulete *online*⁸, o primeiro significado é: “proteger-se de ataque”. A escolha do verbo ‘defender’ não se faz sem consequências, remetendo à possibilidade de que a APF esteja sujeita a ataques e que, nesse caso, viria do servidor e seu pleito. Mais adiante, na seção sobre o perito oficial em saúde e sua relação com a administração, o texto enfatiza “a defesa dos interesses do Estado e dos servidores no âmbito da APF” (p. 3), sendo o perito dotado de plena autonomia. O que seriam, exatamente, os interesses do Estado? Distanciam-se dos interesses do trabalhador que a ele serve?

Esses pontos serão analisados mais minuciosamente nos capítulos vindouros, mas optamos por já selecionar trechos importantes do texto do Manual que, salvo melhor juízo, estão em desacordo com o cerne teórico da Saúde do Trabalhador. Afinal, há o estabelecimento claro de uma dicotomia entre Administração Pública e servidor público, que são colocados em polos opostos, e se sublinha a ideia segundo a qual a Administração pode estar vulnerável frente às demandas de saúde que podem surgir por parte dos servidores. Essas noções, mais ou menos nítidas no texto do Manual, acabam por orientar a atuação dos profissionais da perícia e sua atitude frente ao servidor público.

⁸ <http://www.aulete.com.br/defender>

1 SAÚDE E DOENÇA NO TRABALHO: A CONTRIBUIÇÃO DE NOVOS CAMPOS E AS CONSEQUÊNCIAS DAS MUDANÇAS NAS FORMAS DE GESTÃO

1.1. Saúde do Trabalhador e Clínicas do Trabalho: perspectivas sobre adoecimento no trabalho

A Saúde do Trabalhador tem como objetivo nortear as intervenções no processo saúde-doença no trabalho e seus pressupostos constituem as bases teóricas e os princípios de atuação do SIASS. A referida concepção emerge no cenário de abertura política e de reforma sanitária brasileira, a partir do final da década de 1970 (Lacaz, 1997) e, diferentemente das concepções adotadas anteriormente (paradigmas da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional), considera outros fatores envolvidos no processo saúde-doença no trabalho, como os aspectos sociais e os processos vinculados à organização do trabalho e às relações que aí se estabelecem. A categoria trabalho e a conjuntura macrossocial em que se insere, incluindo-se as relações sociais existentes dentro e fora do espaço mais delimitado do local de trabalho, são elementos fundamentais no campo de pesquisa/intervenção em Saúde do Trabalhador, no qual o viés multidisciplinar ganha ênfase e o trabalhador deixa de ser mero objeto de intervenção dos saberes da saúde para se tornar, cada vez mais, sujeito nesse processo.

Quando se fala aqui da proposta de estudar os processos saúde-doença no trabalho, é importante indicar que concepção de saúde-doença estamos utilizando. Duas contribuições norteiam este trabalho. Uma delas é a de Canguilhem (1978), segundo o qual a saúde é caracterizada pela “possibilidade de ultrapassar a norma que define o normal momentâneo, a possibilidade de tolerar infrações à norma habitual e de instituir normas novas em situações novas” (p. 158). Assim, a capacidade de ser normativo, ou seja, de criar novas normas biológicas, por exemplo, em um meio que se modificou, ou face às “infidelidades do meio” quer dizer gozar de boa saúde. Por outro lado, como o autor sublinha, “estar em boa saúde é poder cair doente e se recuperar” (p. 160). Esta pesquisa, seguindo a trilha de Canguilhem, leva em consideração que faz parte do estado de saúde a possibilidade de adoecer, e que o adoecimento exige uma recuperação. Extrapolando o autor e pensando no contexto do trabalho, retirar a possibilidade de adoecer do trabalhador e se recuperar ou exigir uma recuperação em um tempo menor do que o necessário para um caso específico é retirar de fato a possibilidade da boa saúde. Há outro trecho de Canguilhem que define a saúde e que vale a pena reproduzir por sua qualidade elucidativa mas também literária: “A saúde é uma maneira

de abordar a existência com uma sensação não apenas de possuidor ou portador mas também, se necessário, de criador de valor, de instaurador de normas vitais” (p. 163).

Ajuda-nos também a proposta de Laurell e Noriega (1989), quando concebem a relação saúde-doença como sendo necessariamente um processo social. Nas palavras dos autores, ao se problematizar a saúde-doença enquanto um processo social, situa-se “o nexo biopsíquico como a expressão concreta na corporeidade humana do processo histórico num momento determinado” (p. 100). Rompe-se aqui com a visada exclusivamente médica, cujo entendimento é o da biologia humana como sendo a-histórica. Ao contrário, os processos biológicos e psíquicos humanos são constituídos por historicidade, isto é, as manifestações biológicas, fisiológicas e psicológicas que representam alguma espécie de adoecimento têm correlação direta com o que acontece no contexto de vida do ser humano, do ponto de vista individual e dos grupos coletivos, como mudanças políticas, sociais, ambientais e econômicas. Para dar um exemplo brasileiro, os embates sociais e as efetivas mudanças da Reforma da Previdência, como aconteceram no Brasil de 2019, certamente afetam a todos, com respingos para a saúde, em sua dimensão biológica: no caso da Reforma da Previdência, pode-se citar a correria para aposentadoria daqueles que já podiam se aposentar e não estavam inclinados a fazê-lo, com conseqüente encolhimento de equipes e, em alguns casos, sobrecarga de trabalho para os que ficam, uma vez que os quadros profissionais não são repostos na mesma velocidade⁹; e a preocupação dos mais jovens quanto ao seu futuro gerando medo e ansiedade. Esses exemplos são hipóteses a partir de algumas observações do que já vem acontecendo na realidade. Eles mostram como uma mudança histórica e política, como é o caso da Reforma da Previdência, pode gerar expressões de cunho psíquico e biológico que talvez não tivessem lugar. As manifestações populares pacíficas contra tal Reforma que acontecem em algumas capitais e que terminam com repressão policial, através de bombas de gás lacrimogêneo e de efeito moral, são também um exemplo de como a historicidade dos rumos políticos de um país imiscuem-se nos rumos dos processos biológicos, uma vez que, no exemplo aqui mencionado, o horror diante da perseguição policial pode gerar expressões físicas do medo¹⁰, no momento e dias depois. Já no caso das

⁹ Além disso, é preciso lembrar que em 20 de dezembro de 2019, na última sexta-feira antes do Natal, o presidente da República e seu ministro da economia assinam um decreto que extingue diversos cargos no âmbito federal, em vários órgãos e de diversas áreas. O decreto 10.185 extingue, por exemplo, todos os cargos de saúde do Ministério da Saúde. Duas perguntas cabem aqui: 1) se as pessoas se aposentam na correria da Reforma da Previdência, ou se o cargo se torna vago por qualquer outra razão, o que acontece depois, já que os concursos também ficam suspensos?; 2) como formar equipes multidisciplinares no âmbito do SIASS se os cargos de saúde são extintos, permanecendo apenas os cargos de médicos?

¹⁰ Algumas das manifestações físicas colhidas em relatos de pessoas próximas que estiveram em manifestações e que sofreram a repressão policial são dermatites inexplicáveis, dor de estômago etc.

eleições presidenciais, há um bom exemplo no artigo de Eliane Brum, chamado “Doente de Brasil”, em que, citando conversas com psicanalistas, clínicos gerais e alguns psiquiatras, entre os quais Fernando Tenório, obtém relatos de que as queixas que têm surgido com uma frequência alta são as de “ansiedade extrema e/ou depressão”, fenômenos notados a partir da “polarização política” dos últimos anos (Brum, 2019). Não há exemplo mais claro do que a citação que faz a Fernando Tenório, quando, em postagem em redes sociais, o psiquiatra relata o caso de um homem por ele atendido. No final, ele se pergunta sobre qual seria seu diagnóstico, respondendo a si mesmo que o paciente “adoeceu de Brasil” e que “adoecer de Brasil é a mais prevalente das doenças”. Nesse sentido, essa nova forma de compreensão requer o esforço de construção de um novo objeto de conhecimento, como apontam Laurell e Noriega, haja vista o fato de que a perspectiva de saúde-doença estabelecida pela medicina não contempla a historicidade fazendo parte do nexos biopsíquico humano. Laurell e Noriega apontam os processos de adaptação, pelos quais os sujeitos passam, como sendo características desse nexos biopsíquico, determinando os processos de desgaste que irão se constituir e o perfil patológico de um grupo humano (op. cit., 1989, p. 102).

Para pensar os processos saúde-doença no trabalho a partir das contribuições de Laurell e Noriega, duas acepções são cruciais, quais sejam: a do desgaste (mais especificamente operário, uma vez que a pesquisa empírica analisada pelos autores acontece com os operários de uma indústria siderúrgica mexicana) e a das cargas de trabalho. Ao procurar examinar as cargas de trabalho, os autores distanciam-se da concepção médica que trabalha com a noção de “risco”, a qual, metodologicamente, serve à redução do objeto de estudo, eliminando sua complexidade, que é, de fato, difícil de abarcar do ponto-de-vista epistemológico. Os autores definem ‘carga de trabalho’ como sendo os elementos presentes no processo de trabalho que atuam entre si e com o corpo do trabalhador de modo dinâmico, gerando processos de adaptação entendidos como desgaste. ‘Desgaste’ refere-se à “perda da capacidade potencial e/ou efetiva corporal e psíquica” (op. Cit., 1989, p. 110). As cargas de trabalho, que estão na mediação entre o processo do trabalho e o desgaste do trabalhador, podem ser físicas (como ruído e calor), químicas (pós, vapores, fumaças), biológicas (microorganismos), fisiológicas (relacionadas, por exemplo, a um esforço físico pesado ou à alternância de turnos) e psíquicas (sobrecargas psíquicas como tensão prolongada, e subcargas psíquicas como monotonia e repetitividade). As cargas fisiológicas e psíquicas não têm materialidade externa ao corpo, sendo diferentes dos outros três tipos de cargas. Tal separação de tipos de cargas de trabalho só adquire sentido na investigação em saúde do trabalhador e do desgaste operário quando se procede, num segundo momento, ao estudo cuidadoso da

interação entre elas no interior do processos de trabalho, sendo possível admitir que as cargas pertencentes a um mesmo grupo podem, atuando junto, aumentar seus efeitos deletérios, como quando dois ou mais tipos de produtos químicos, já tóxicos por si sós, acabam, ao atuarem em conjunto, por elevar a toxicidade. Cargas de trabalho de diferentes naturezas também incrementam os danos ao organismo quando atuam em conjunto.

A noção de desgaste em saúde do trabalhador pode ser de grande utilidade ao se pensar o nexo causal ou concausal¹¹ entre trabalho e adoecimento e, como será discutido mais à frente, a função da perícia em saúde de detectá-lo ou não, dado que sua expressão, devido à complexidade que lhe é inerente, não se dá claramente através de efeitos mensuráveis ou demonstráveis. Seria preciso pensar nas evidências do desgaste. Segundo Laurell e Noriega, portanto, não é possível captar o desgaste senão através de algum de seus indicadores, sendo que os “indicadores globais que mais frequentemente vêm sendo utilizados são os sinais e sintomas inespecíficos, o perfil patológico, os anos de vida útil perdido, o envelhecimento acelerado e a morte prematura” (op. Cit., 1989, p. 116). Seligmann-Silva (2011) assinala que Laurell e Noriega não trabalharam a dimensão mental do desgaste, tendo deixado seu desenvolvimento para os especialistas ‘psi’. Examinando a possibilidade de uma noção de desgaste mental a partir de estudos e modelos variados, a autora aponta três níveis do processo: o que diz respeito ao desgaste orgânico, referido aos quadros clínicos relacionados ao contato com substâncias neurotóxicas; as fadigas mental e física; e, finalmente, os “desgastes que afetam a subjetividade, atingindo a identidade do trabalhador através do ataque à dignidade” (p. 139). O desgaste mental, segundo Seligmann-Silva, abrange aspectos de deterioração da autoimagem e da autoestima, além do desgaste da esperança relacionada a um projeto de vida. Mas é importante enfatizar que o desgaste mental está originalmente relacionado à ideia de desgaste de Laurell e Noriega, que advém de uma “correlação desigual de poderes impostos sobre o trabalho e o trabalhador” (p. 135) e das chamadas “situações de trabalho dominado, [em que] a desvantagem faz com que o corpo e os potenciais psíquicos do trabalhador sejam consumidos pelo processo de trabalho e por constrangimentos a ele vinculados (...)” (p. 136).

As noções trazidas por Laurell e Noriega, além das discussões que podem ser encontradas em sua pesquisa empírica, são interessantes para uma compreensão do adoecimento relacionado ao trabalho a partir de uma visão que possa abranger as relações sociais, que seja emblemática de condições de trabalho incompatíveis com o bem-estar do

¹¹ Mais à frente, esta pesquisa irá abordar o conceito de nexo concausal.

trabalhador e que evidencie que nem todo mal-estar relacionado ao trabalho será facilmente reconhecido pelo conhecimento médico, além de nem sempre encontrado em listas oficiais e classificações diagnósticas. Não se trata de uma questão fácil, uma vez que há legislação envolvida na concessão dos direitos relacionados à saúde do trabalhador, no entanto é preciso pensar e discutir o que fazer com o que há de inespecífico e pouco (ou nada) mensurável no adoecer e seu nexos com o trabalho.

1.1.1. Os paradigmas da Medicina do Trabalho, da Saúde Ocupacional e da Saúde do Trabalhador

É importante frisar que a Saúde do Trabalhador se diferencia da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional. A Medicina do Trabalho foi “o primeiro grande discurso constituidor de práticas voltadas à relação saúde-trabalho” (Machado, 2015, p. 66) e surgiu na Inglaterra, com a Revolução Industrial, cenário em que o consumo da força de trabalho e sua submissão a processos desumanos de produção exigiram intervenção, levando à criação do primeiro serviço de medicina do trabalho, com a colocação de um médico na fábrica. Os serviços de medicina do trabalho que aos poucos foram se estabelecendo deveriam ser realizados por pessoas de confiança do empresário para que pudessem defendê-lo, constituindo o controle da força de trabalho (Mendes e Dias, 1991). A Medicina do Trabalho centra seu entendimento sobre o adoecimento a partir de um viés biológico e individualista, com ênfase na patologia e desconsideração do contexto em que ela aparece. Nesse sentido, tem como pressuposto a noção de unicausalidade, em que, para cada doença, existiria um agente etiológico específico, fazendo com que o médico atue sobre suas consequências (Minayo-Gomez e Thedim-Costa, 1997). Desta forma, confere grande e exclusivo poder à figura do médico e às práticas medicalizantes¹² em um cenário que, nos termos de Athayde (2011), é muito mais jurídico-político do que científico.

¹² Usa-se aqui o conceito de medicalização de Peter CONRAD (2007), segundo o qual problemas não-médicos passam a ser considerados como problemas médicos e delegados ao saber médico, processo que não é exclusivo da profissão médica, ou seja, é levado a cabo por pacientes, outros profissionais de saúde e quaisquer atores sociais que esperam do médico a solução para problemas que anteriormente não eram da alçada da medicina. É possível pensar que conflitos no trabalho, vinculados às desigualdades de poder nos ambientes laborais, passam a ser destinados à profissão médica para sua resolução, com soluções que passam a ser médicas, em vez de uma busca de soluções institucionais, coletivas e/ou sociais.

Cabe enfatizar que a industrialização no Brasil não acompanhou o ritmo da industrialização da Inglaterra e da França e se deu de forma tardia, sendo que até o século XX predominava a produção agrícola. Como podemos encontrar em Navarro et al., coexistiram no país, no decorrer do desenvolvimento capitalista, duas formas de relação de trabalho: a assalariada, especificamente capitalista, e relações consideradas mais arcaicas, como a parceria, a meação (rural) e o trabalho domiciliar (op. Cit., p. 28). No Brasil, a fundação do Ministério do Trabalho se deu em 1930, sendo que em 1943 deu-se a criação da Justiça do Trabalho e da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), sancionadas por Getúlio Vargas. Foi apenas nos governos militares que o setor industrial sobrepujou o setor agrícola, em termos econômicos e produtivos. No que diz respeito ao trabalho, é importante notar que o crescimento da economia característico do período militar se fez acompanhar do trabalho sob condições inseguras, e o Brasil tornou-se campeão mundial de acidentes de trabalho na década de 1970. A pressão dos países da OIT fez com que o Brasil sancionasse a lei que criava as Normas Regulamentadoras do Trabalho¹³, com a publicação, em 1978, da Portaria 3.214 regulamentando aspectos da saúde e da segurança no trabalho, sob os marcos da medicina do trabalho e da saúde ocupacional (Navarro, Maciel e Matos, 2017). Segundo os autores, foi apenas no período da transição democrática, quando surgiram o Partido dos Trabalhadores, as Comunidades Eclesiais de Base, o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra que puderam acontecer duas grandes greves gerais entre 1983 e 1989, e, só então, o tema das condições de trabalho pôde ser discutido mais seriamente com participação ativa de centrais sindicais (Op. Cit., 2017, p. 34),

A Saúde Ocupacional, surgindo como “segundo grande discurso” (Machado, 2015, p. 67), pôde buscar atender a crise a que a Medicina do Trabalho não pôde fazer face, no contexto da II Guerra Mundial e do pós-guerra, em que as condições adversas do trabalho na indústria, somadas ao contexto político e econômico da época, levaram a perdas de vidas, acidentes de trabalho e aumento de doenças no trabalho, começando a preocupar os donos das fábricas e das companhias de seguros, que passaram a ter o ônus de indenizações relativas às incapacidades causadas pelo trabalho (Mendes e Dias, 1991, p. 343). Desta maneira, a resposta encontrada pela Saúde Ocupacional, paradigma que, na conjuntura referida, ainda se via em processo de se estabelecer, era a da intervenção no ambiente laboral, proposta que a Medicina do Trabalho não tinha em seu escopo de práticas, e esse processo de intervenção ampliou sua forma de atuação através de equipes multiprofissionais, considerando um

¹³ No momento em que esta Tese é escrita, há uma incerteza quanto ao futuro de algumas conquistas dos trabalhadores. No governo de Jair Bolsonaro, foi anunciada a intenção de corte de 90% de tais Normas.

conjunto maior de fatores de risco para a produção da doença (Machado, 2015, p. 68). A Saúde Ocupacional assume uma teoria da multicausalidade na produção da doença, mas os riscos ou agente etiológicos são descontextualizados, e a atuação se dá pontualmente sobre os riscos mais evidentes (Minayo-Gomez e Thedim-Costa, 1997). No Brasil, seu desenvolvimento deu-se tardiamente e, na legislação, encontrou expressão na regulamentação do Capítulo V da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), em que se encontrava assinalada, entre outros, a obrigatoriedade da presença de equipes técnicas multidisciplinares nos locais de trabalho (Mendes e Dias, 1991, p. 344). Ainda assim, em consulta à Norma Regulamentadora 4 (NR4), da Portaria 3214 de 1978, com última atualização publicada em Diário Oficial da União datada de 2016, em que se exige a presença de “Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho” em empresas privadas e públicas e em órgãos públicos em que trabalhem funcionários vinculados ao regime celetista¹⁴, o que se observa é que a leitura feita dos profissionais e saberes requisitados para o trabalho com fatores de risco e adoecimento segue a lógica quantificável dos mapeamentos de riscos ambientais, físicos e químicos, isto é, não há a presença de um profissional que esteja mais claramente vinculado aos debates que dão ênfase às relações sociais dos ambientes de trabalho.

Como pontuam Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997), é importante ressaltar que a Saúde do Trabalhador é “uma meta, um horizonte”, tendo como pedra fundamental o “compromisso com a mudança do intrincado quadro de saúde da população trabalhadora”. Para tal, a Saúde do Trabalhador necessariamente requer um “agir político, jurídico e técnico” e um “posicionamento ético” (p. 24). A especificidade da Saúde do Trabalhador reside em incluir a determinação social do processo saúde-doença (Lacaz, 1996) e a subjetividade do trabalhador inserido em uma organização de trabalho que traz à tona outras problemáticas além de fatores de risco físicos, químicos e ambientais (Minayo Gomez, 2011). Seu surgimento e fortalecimento devem-se à insuficiência do modelo da Saúde Ocupacional em um contexto político de questionamento, próprio da década de 1960, e de colocação em pauta de discussões acerca de cerceamentos morais e éticos em várias dimensões da vida, incluindo o sentido do trabalho e levando à ampliação da participação social e dos trabalhadores no que

¹⁴ Observando o quadro de profissionais dos serviços de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho na NR 4, nota-se que sua exigência é condicionada à quantidade de trabalhadores da empresa/instituição e ao grau de risco que ela apresenta, sendo tais profissionais disponíveis ou necessários, de acordo com os requisitos mapeados, os seguintes: o Técnico de Segurança do Trabalho, o Engenheiro de Segurança do Trabalho, o Auxiliar de Enfermagem do Trabalho, o Enfermeiro do Trabalho e o Médico do Trabalho (Quadro II – Dimensionamento dos SESMT – com última atualização em 1987). Entretanto, de acordo com o grau de risco e o número de funcionários, nem todos precisam estar presentes.

se refere à segurança e à saúde (Mendes e Dias, 1991, pp. 24 e 25). O campo da Saúde do Trabalhador tem assim como um de seus princípios fundamentais aquele segundo o qual os trabalhadores saem da categoria de objetos de intervenção de profissionais de saúde para serem vistos como sujeitos das ações transformadoras (Minayo Gomes, 2011) no campo da saúde no trabalho. Nesse sentido, incorpora princípios e experiências levadas a cabo pelo Modelo Operário Italiano (MOI), que teve lugar durante as lutas operárias italianas (cuja ascensão se deu de 1969 a 1975). Ivar Oddone, principal nome do movimento, nos estudos com foco na nocividade do trabalho, defendia o protagonismo das classes operárias (com participação forte dos sindicatos) na lutas contra doenças, mortes e incapacidades no trabalho, através da socialização das descobertas científicas e sua apropriação pela classe trabalhadora no intuito de diminuir a nocividade provocada pelo ambiente laboral (Oddone, et al, 1986). Para o modelo operário italiano, a reforma sanitária deveria permitir o reconhecimento de que a doença, para além de um sofrimento pessoal, é “o sinal de um conflito histórico entre homem, natureza e sociedade” (Berlinguer, 1983, p. 63).

As mudanças macrossociais, sobretudo as que aconteceram a partir da década de 1970, com mais uma crise estrutural do capitalismo e o advento da acumulação flexível para solucionar a diminuição da margem de lucro, transformações que impactaram na forma de se pensar tanto o trabalho quanto o tempo (Harvey, 1995; Sennett, 1999; Boltansky e Chiapello, 2009; Abramides e Cabral, 2003), não são incluídas no âmbito de reflexão da medicina do trabalho e da saúde ocupacional. Também não se inclui nessa reflexão a forma como essas transformações se traduzem na vida diária das organizações e nas modificações paulatinas que vêm dando origem à ideologia da gestão e a seu correlato, o poder gerencialista, cujos princípios basilares têm sido aplicados não apenas nas empresas privadas, mas também em instituições públicas, onde se verificam formas híbridas de gestão (Ribeiro e Mancebo, 2013). Nesse sentido, a saúde do trabalhador visa incluir análises mais amplas na compreensão dos processos saúde-doença e, de modo mais específico, tem como bússola o uso de categorias marxistas para o entendimento das relações sociais de produção que acontecem no trabalho (Sodré, 2011).

Como assinala Minayo-Gomez, com o estabelecimento do campo de saúde do trabalhador, ocorre uma ampliação do “quadro interpretativo do processo saúde doença” (2011, p. 24), tendo-se em conta que a categoria ‘trabalho’ e a dimensão de ‘classe’¹⁵ passam a ser consideradas como elementos constitutivos dos determinantes sociais, indispensáveis à

¹⁵ Não é objetivo desta Tese debruçar-se sobre isso, mas acredito ser importante que o quadro interpretativo do processo saúde-doença possa se alargar também pela inclusão da categoria raça.

compreensão e à intervenção no processo de adoecimento. Entretanto, seu estabelecimento ainda precisa de muitos desenvolvimentos (Minayo Gomez, 2011; Athayde, 2011), uma vez que alguns de seus princípios encontram dificuldades para ser efetuados. A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNST), instituída pela Portaria 1.823/2012, é um avanço importante, na medida em que oferece previsão legal para as diretrizes do campo, mas sua vinculação com o SUS e as políticas públicas de saúde ainda são precárias, ocupando uma posição mais marginal face às ações efetivas dessa área (Lacaz, 2011). Por outro lado, Lacaz identifica, em 2007, um retrocesso no campo da Saúde do Trabalhador, verificado em função de três aspectos: a fragilidade que acomete o movimento sindical atualmente, a atitude de escasso engajamento da academia e as políticas públicas reducionistas, estas últimas ligadas à Saúde Ocupacional (Lacaz, 2007, p.764). Desta forma, Minayo Gomez (2011, p. 30) pergunta-se se é possível considerar o campo de saúde do trabalhador como um paradigma no sentido formulado por Kuhn (1998), isto é, aqueles que estão envolvidos com seus princípios e práticas de atuação têm consenso em seu estilo de trabalho, há acordo entre pares sobre os conceitos utilizados?

Em suma, a Saúde do Trabalhador tem formatos diferenciados segundo o país e a época em que seus princípios são colocados em cena, desenvolvendo-se na Itália, na Escandinávia, no Canadá e no Brasil, mas se pauta pelas mesmas ideias norteadoras, considerando o trabalho, “enquanto organizador da vida social, como espaço de dominação e submissão do trabalhador pelo capital, mas, igualmente, de resistência, de constituição e do fazer histórico” (Mendes e Dias, 1991, p. 26).

1.1.2. Saúde do Trabalhador e Clínicas do Trabalho

É importante ainda frisar que, enquanto nos países acima mencionados e, mais especificamente, no Brasil, tem se estabelecido este campo, na França, por outro lado, têm se desenvolvido as Clínicas do Trabalho, cujas preocupações apresentam afinidades importantes com os valores da Saúde do Trabalhador, e se alimentam de contribuições sociológicas variadas. Constata-se, portanto, que os novos debates e os conceitos que têm surgido, tanto na Saúde do Trabalhador como nas Clínicas do Trabalho, apontam para a formação de uma área de interesse relativamente recente que, cada vez mais, situa o trabalho no cerne das preocupações relacionadas ao sofrimento psíquico. Clot assinala que a “clínica do trabalho”,

tal como se compreende na França, é uma “construção institucional recente” (2011, p. xi), que se relaciona estreitamente com o acirramento do que se pode chamar de crise do trabalho, ensejando uma nova demanda social. Pode-se pensar, então, que as clínicas do trabalho, quando realizadas em contexto brasileiro, podem constituir o campo mais amplo da Saúde do Trabalhador.

Segundo Bendassolli e Soboll (2011), as clínicas do trabalho seriam “um conjunto de teorias que têm como foco de estudo a relação entre trabalho e subjetividade” (p. 3), estando essas teorias situadas no campo da Psicologia Organizacional e do Trabalho (POT), posicionadas, contudo, em oposição às clássicas teorias organizacionais, que se pautam pelo viés cognitivo-comportamental. De acordo com os autores, ainda que guardem diferenças em relação a concepções epistemológicas, teóricas e metodológicas, as clínicas do trabalho têm em comum seu objeto: a situação de trabalho (idem). A psicodinâmica do trabalho¹⁶, a clínica da atividade¹⁷, a psicossociologia¹⁸ e a ergologia¹⁹ configuram-se como as principais clínicas do trabalho, todas elas compartilhando, entre outros aspectos, o interesse pelo que se considera a “ação no trabalho” (p. 12) e o questionamento quanto aos propósitos de sua prática clínica. Estes últimos vinculam-se, em primeiro lugar, à “vulnerabilização do sujeito e dos coletivos profissionais” (p. 15), cujos sintomas se expressam no enfraquecimento dos coletivos de trabalho, na perda de referenciais compartilhados e no acirramento do processo de individualização. Todavia, como alertam Bendassolli e Soboll, o termo ‘clínica’ não está

¹⁶ Segundo MENDES (2007), a psicodinâmica do trabalho, desenvolvida sobretudo por Christophe Dejours a partir da psicopatologia do trabalho, busca, enquanto uma das diversas clínicas do trabalho, compreender e atuar frente ao sofrimento no trabalho, ao prazer no trabalho e ao sentido no trabalho, centrando-se na escuta do sofrimento e em sua elaboração e buscando levar o trabalhador a resgatar sua emancipação como sujeito. Essa clínica do trabalho traz conceitos e propostas técnicas (como é o caso do espaço de discussão sobre o trabalho) que visam instrumentalizar o trabalhador a que possa adquirir protagonismo em seu ambiente de trabalho.

¹⁷ De acordo com CLOT (2006), psicólogo do trabalho e pesquisador do CNAM (*Conservatoire National des Arts et Métiers de Paris*), a clínica da atividade é uma das variadas clínicas do trabalho e procura “desenvolver a capacidade de agir dos trabalhadores sobre eles mesmos e sobre o campo profissional” (p. 101). Para ele, os dois princípios que orientam essa clínica e que estão presentes na situação de trabalho, sendo inseparáveis, são a ‘atividade’ e a ‘subjetividade’. Aqui, a noção de coletivo também é central, sendo entendida como meio através do qual (e somente através do qual) aquilo que é individual pode se desenvolver. Para Clot, a ideia de clínica, colada à de atividade, indica a “restauração de uma capacidade diminuída” (p. 102).

¹⁸ Segundo BENDASSOLLI e SOBOLL (2011), a psicossociologia também chamada de psicologia social clínica ou mesmo sociologia clínica, tem, como objeto de estudo e de intervenção, “o sujeito no quadro da vida cotidiana, em seus grupos, organizações e instituições” (p. 11), tendo contribuído para o entendimento dos processos grupais em seus estudos sobre as organizações, sendo Vincent de Gaulejac um dos nomes que se destacam em seu âmbito.

¹⁹ Segundo BRITO, a “ergologia não se caracteriza como uma nova disciplina ou um novo campo de saber, mas sim como uma perspectiva de análise e de intervenção sobre o trabalho gestada entre o final dos anos 60 e o início dos anos 80. (...) Como perspectiva de análise e intervenção sobre os problemas que emergem do trabalho, a ergologia explora o ponto de vista da atividade humana em suas circulações, entendendo que a atividade de trabalho opera como uma matriz.” (2011, p. 479). Suas bases têm origem na linhagem materialista, relacionada a Marx, e “emerge no cruzamento de três importantes acontecimentos: as repercussões da reflexão de Georges Canguilhem a respeito do que é a vida e a saúde; a descoberta (...) da defasagem entre trabalho prescrito e realizado; os encaminhamentos do modelo operário italiano (MOI) de luta pela saúde” (op. Cit., pp. 479-480).

relacionado à ideia que norteia as abordagens de cunho individual, mas, ao contrário, aproxima-se de uma clínica social, relacionando “mundo psíquico e mundo social” (Bendassolli e Soboll, 2011, p. 4). Ou, como acrescenta Lhulier (2011), a clínica do trabalho está referenciada à psicologia social clínica, cuja origem se encontra na psicologia e na sociologia, e cuja ênfase recai menos no indivíduo do que “nas interações nas quais ele se inscreve e para as quais contribui” (Lhulier, op. cit., p. 26).

É possível perceber que tanto a Saúde do Trabalhador quanto as clínicas do trabalho têm a preocupação com a relação entre o sujeito e o coletivo em que se insere, levando em consideração a transformação do meio e as mudanças que têm acontecido no mundo do trabalho.

Esta tese procura se deter no campo mais particular do trabalho no âmbito do serviço público, ou seja, a saúde do trabalhador situada nesse contexto e que, portanto, se insere na categoria mais específica de servidor público. Cabe então pensar em que medida o servidor público e a saúde do servidor se relacionam e podem ser coladas às concepções de trabalhador e saúde do trabalhador.

1.2. Trabalho, classe trabalhadora e serviço público

A definição de trabalho não é tarefa simples e, conforme sinalização de Schwartz (2011), trata-se, o trabalho, de “noção que escapa a toda definição simples e unívoca” (p. 20) ou, ainda, “é uma realidade enigmática” (idem), mas que, apesar dos impasses que se colocam na conceituação da questão, deve-se ter como ponto de partida que o cerne do problema consiste em reconhecer o que, do homem, está comprometido quando se trata de trabalho, levando-se em consideração que, nele, há uma parte invisível e “irredutivelmente enigmática” (op. Cit., p. 21), tornando o trabalho difícil de medir, avaliar e apontar.

Para Castel (2013), o trabalho é visto como “um suporte privilegiado de inscrição na estrutura social”, uma vez que percebe haver uma “forte correlação entre o lugar ocupado na divisão social do trabalho e a participação nas redes de sociabilidade e nos sistemas de proteção que ‘cobrem’ o indivíduo diante dos acasos da existência” (p. 24). Diferente de autores de filiação marxista, Castel não concebe o trabalho a partir da análise da relação técnica de produção. Neste sentido, para Castel, o que é fundamental é o lugar das profissões ocupado no sistema social e a rede de privilégios que aí existem, sendo o trabalhador, segundo

tal perspectiva, não alguém que vende sua força de trabalho, mas “um membro do corpo social cuja posição é reconhecida num conjunto hierárquico” (p. 155). E é exatamente por conta dessa inserção em redes de sociabilidade que o trabalho tem centralidade para o autor. Já a não-inserção da pessoa em nenhuma atividade produtiva somada ao isolamento relacional levam ao que Castel chama de exclusão.

O sociólogo Ricardo Antunes, ao partir da discordância fundamental das ideias de desconstrução da centralidade da categoria trabalho no mundo contemporâneo, indaga-se acerca da conformação atual da classe trabalhadora (Antunes, 2005, pp. 23-26). O sociólogo, de filiação marxista, pergunta-se então se o trabalho “teria perdido seu sentido estruturante na ontologia do ser social” (op. Cit., p. 48) e se a metamorfose da classe trabalhadora indica um afinamento e, na sequência, sua total desaparecimento, indicando a necessidade e o desafio de compreender o que se pode conceber, atualmente, como sendo essa classe trabalhadora, que denominou *classe-que-vive-do-trabalho*²⁰, em um esforço de pensar o trabalho e a classe trabalhadora de modo abrangente. Essa classe-que-vive-do-trabalho “hoje compreende não somente os trabalhadores ou as trabalhadoras manuais diretos, mas incorpora a totalidade do trabalho social, a totalidade do trabalho coletivo que vende sua força de trabalho como mercadoria em troca de salário” (Op. Cit., p. 50). O debate sobre a concepção de trabalho e do que constitui a classe trabalhadora é relevante para esta tese, uma vez que o serviço público, aos olhos de uma concepção mais clássica e marxiana de trabalho, poderia ser concebida como trabalho improdutivo ao não produzir mais-valia e não operar segundo a lógica de produção de mercadorias, isto é, seria uma atividade que, prioritariamente, visa à ética do bem comum (Chanlat, 2002, p. 3) e, a partir de uma tal perspectiva, poderia ser considerada como diferente da concepção de trabalho, noção que, se adotada nesses termos, não propiciaria que se falasse estritamente em Saúde do Trabalhador.

Segundo Braverman a partir da análise de Marx, pode-se compreender o trabalho, no contexto específico do modo de produção capitalista, como determinada atividade que provoca a alteração do estado natural de materiais diversos (como os vegetais, os minerais e tudo o que circunda o ser vivo e se encontra à sua disposição na natureza) para que possam trazer maior utilidade, sendo comum tanto à espécie humana quanto às demais espécies. Todavia, o que caracteriza o trabalho mais especificamente humano é que a transformação por ele operada no material natural, a fim de ampliar sua utilidade, já existia como intenção e

²⁰ CARCANHOLO e MEDEIROS, em seu debate crítico sobre as teses do fim da centralidade do trabalho, fazem um apontamento crítico à categoria de Antunes, que diferencia classe trabalhadora e classes-que-vivem-do-trabalho, ainda que adotem a argumentação do autor na defesa da permanência da centralidade do trabalho (2012, p. 192).

projeto anteriormente ao processo de trabalho que resulta em nessa transformação²¹ (Braverman, 1977).

A reestruturação produtiva do capital, isto é, “a reestruturação do capital por meio da acumulação flexível” para o enfrentamento da crise estrutural de 1970 (Meirelles, 2016) vem operando uma redução do trabalho vivo e uma ampliação do trabalho morto, ao expandir maquinário, prescindir de mão de obra e desenvolver *softwares* que acabam por desempenhar atividades próprias da inteligência humana (Antunes, 2005, p. 35). Entretanto, ainda que essa redução não possa ser negada, não há como o capital eliminar completamente os seres humanos trabalhadores do processo de produção de mercadorias. Como afirmam Carcanholo e Medeiros (2012), as modificações que vêm acontecendo nas formas que as situações de trabalho vêm assumindo e nos processos de trabalho não indicam que o conteúdo do trabalho tenha mudado sua natureza e que, portanto, esteja em seus estertores. É importante não confundir a coisa em si com a expressão da coisa. Por outro lado, Souza (2012), examinando o que chama de “nova classe trabalhadora brasileira” ou os “batalhadores brasileiros”, fruto de mudanças sociais relevantes, ressalta a necessidade de olharmos com atenção um novo tipo de trabalhador que é produzido socialmente e que é caracterizado pelas consequências das novas condições de trabalho derivadas de formas novas de superexploração da força de trabalho. Essas características são a insegurança social e a ausência de qualquer garantia (Souza, 2012, p. 82).

É exatamente a redução do trabalho vivo, isto é, do conjunto de trabalhadores face à ampliação de maquinário e instrumentos físicos e tecnológicos envolvidos no processo de trabalho e de produção de mercadorias, o que enseja, muitas vezes, as teses acerca do fim do trabalho, conforme havia assinalado Antunes na introdução do debate. Entretanto, o autor constata que, mesmo com todas as metamorfoses no mundo do trabalho, não deixa de operar a intensificação das maneiras de extração do sobretrabalho, que nada mais é do que a mais-valia (ou mais-valor), reforçando a tese marxista do valor-trabalho (Antunes, 2005, p. 27). Continua a existir uma classe trabalhadora que paga “o ônus de um capitalismo cada vez mais

²¹ Hannah ARENDT, em *A condição humana*, faz uma crítica à concepção de ‘trabalho’ de Marx, que não diferencia três atividades que caracterizam a condição humana: labor, trabalho e ação. O labor seria toda atividade cuja finalidade é a manutenção da vida e a satisfação de necessidades biológicas e fisiológicas, ao passo que o trabalho corresponderia às atividades relacionadas ao “artificialismo da existência humana” (p. 14), à produção de objetos duráveis, à fabricação de artefatos. Assim, o labor está relacionado ao *animal laborans*, ao passo que o trabalho está relacionado ao *homo faber* (Arendt, *A condição humana*, 2007/1958). Segundo FERREIRA et al (2016), em artigo sobre o trabalho vivo como apropriação do inapropriável, na 12ª edição de *A Condição Humana*, de 2014, a revisão técnica de Adriano Correia alterou os termos ‘*labor*’ e ‘*work*’, que passaram a ser traduzidos por ‘trabalho’ e ‘obra’, e não mais ‘labor’ e ‘trabalho’.

comandado por um modo de dominação que traz à tona a primazia da economia como estruturante das relações de trabalho” (Souza, 2012, p. 82).

Converge, então, com essa defesa, a concepção que aparece em alguns teóricos das clínicas do trabalho. Dejours, conferindo importância à noção de “trabalhar”, ou seja, à ação contida na ideia de trabalho, aponta que não se pode reduzir o trabalho a uma atividade de produção no mundo objetivo. Em seus termos, o “trabalho sempre coloca à prova a subjetividade (...). Trabalhar não é somente produzir, é transformar a si mesmo (...)” (Dejours, 2004, p. 30). Neste sentido, tem grande proximidade com as noções de Marx, já que, para este último, ao fazer algo, ao produzir algo, o homem se faz a si mesmo, sendo esta a humanização do homem através do processo de trabalho. Na noção dejouriana de trabalhar, haveria as concepções de trabalho relacionadas à poiesis, em que a ação do indivíduo sobre o mundo visa à sua transformação, mas também à de *Arbeit*, na qual adquire centralidade a dimensão de elaboração, de exigência de trabalho por parte da subjetividade e do psiquismo (Ferreira, Martins e Vieira, 2016, p. 38). Além disso, o trabalho, para além de uma atividade, constitui-se em uma forma de relação social, em que a subjetividade deve se “engajar num mundo hierarquizado, ordenado e coercitivo, perpassado pela luta para a dominação” (op. Cit., p. 31). Para a visão ergológica de Schwartz, o trabalho, pensado pelo viés da atividade, é o lugar em que procedimentos, objetos, processos são constante e infinitesimalmente reapreciados, no que se configura em um permanente debate entre as normas antecedentes à realização do que foi prescrito e as renormalizações realizadas pelo trabalhador (Schwartz, 2011, p. 33).

Antunes (2005) afirma que os ditos “trabalhadores improdutivos”, cujo trabalho se dá através da realização de serviços (para uso público, como os serviços públicos, ou para uso privado) também devem ser incluídos na classe trabalhadora, ainda que não participem diretamente da criação de mais-valia. Seu argumento aponta que, mesmo estando fora da categoria de trabalhadores produtivos, tais trabalhadores “vivenciam situações objetivas e subjetivas que têm similitude com aquelas vivenciadas pelo trabalho produtivo” (idem, p. 51). E – é possível dizer – se encaixam na vivência diária de um permanente debate entre normas antecedentes e renormalizações posteriores operadas pelo trabalhador. Antunes enfatiza, porém, que as mudanças que vêm acontecendo no capitalismo e suas incidências na organização do trabalho acabam por tornar produtivas atividades do setor de serviços que, anteriormente, eram consideradas improdutivas. Para o autor, finalmente, a “(nova) morfologia da classe trabalhadora” é mais fragmentada e mais complexa do que a que surgiu nas fases taylorista e fordista (Idem, p. 52). Proliferam, cada vez mais, clivagens no interior da classe trabalhadora, que assumem variadas formas e dicotomias, como a exclusão de

jovens e pessoas mais velhas e a divisão sexual do trabalho, em que, segundo Antunes, há um aumento do trabalho feminino em atividades *part-time*.²²

O que se deve é levar em conta todas essas mudanças como constituintes não de um entendimento de que o trabalho está em vias de desaparecimento, mas com novos elementos analíticos para o debate sobre a crise da sociedade do trabalho, em que se verifica a fragmentação, a heterogeneização e a complexificação crescentes do que se entende que seja a classe trabalhadora dos dias de hoje. Assim, é possível considerar que o servidor público é elemento constituinte das *classes-que-vivem-do-trabalho*, que as atividades que exerce são consideradas situações de trabalho, podendo-se falar em Saúde do Trabalhador quando a proposta é o estudo da saúde do servidor.

1.3. Mudanças no mundo do trabalho e gerencialismo

Conforme mencionado no início desta pesquisa, amplas mudanças econômicas, em uma escala mundial, vêm acontecendo desde o final da década de 1960 e nas décadas posteriores de 1970 e 1980, com modificações profundas nas relações entre capital e trabalho. A crise do petróleo de 1973²³, com a explosão de preços, levou às perdas de produtividade e ao decréscimo da margem de lucro, tornando ainda mais difícil o controle do trabalho, dado

²² A ideia do aumento do trabalho feminino, sem uma nota explicativa sobre o que seria ‘trabalho feminino’, parece seguir uma interpretação da formulação marxista segundo a qual trabalho é, necessariamente e independente das mudanças contextuais ocorridas ao longo do último século, trabalho produtivo. Entretanto, tal ideia parece desconsiderar que o trabalho das mulheres, não-remunerado, invisível (como aponta também Lhulier, 2012), de reprodução da força de trabalho, também é trabalho, ou seja, se não reduzirmos a concepção das mulheres como classe trabalhadora à sua inserção no mercado de trabalho, ou no que se chama trabalho formal, sempre houve trabalho feminino, e em grande quantidade. A ideia não confere a devida relevância ao fato de que o trabalho reprodutivo constitui um dos pilares fundamentais do modo de produção capitalista e que permitiu, junto com outros processos, a acumulação primitiva de capital. Por outro lado, tampouco considera o trabalho feito no lar, submetido a um processo de desvalorização que o transformou em ‘tarefa doméstica’, como aponta Federici. Sobre esse último ponto, Angela Davis assinala o quanto, no caso dos Estados Unidos, as mulheres brancas eram consideradas produtivas nas atividades que faziam no lar, antes da Revolução Industrial, ao confeccionar tecidos e roupas variados, além de fazer vela, sabão e outras coisas. A desvalorização de sua atuação doméstica passou a acontecer à medida que elas perdiam a exclusividade de tais tarefas para as fábricas. Para o aprofundamento desta discussão, consultar Silvia FEDERICI, em *Calibã e a Bruxa* (2017) e Angela DAVIS, em *Mulheres, Raça e Classe* (2016).

²³ HARVEY, ao discutir as contradições do capitalismo e salientar que as crises são fundamentais para a reprodução do sistema, no sentido de promoverem, para o bem ou para o mal, amplas mudanças nos modos de pensar e nas visões de mundo, nas instituições, nas relações sociais, nas ideologias dominantes, entre outras, assinala que “a saída de uma crise contém em si as sementes das crises que virão. O desfecho da financeirização global hiperendividada e cada vez mais desregulamentada que começou nos anos 1980 como um modo de resolver conflitos trabalhistas (facilitando a mobilidade e a dispersão geográfica) foi a falência do banco de investimentos Lehman Brothers em 15 de setembro de 1998” (Harvey, 2016, p. 10).

que surgiram dificuldades para a manutenção de garantias sociais que já existiam em países capitalistas (Souza, 2012). Segundo o economista Márcio Pochmann (2016), desde a década de 1970, assiste-se à “desestruturação da sociedade salarial”, processo no qual se vê o aumento do novo precariado²⁴, engordado a partir de contingentes da classe média assalariada e dos trabalhadores industriais (na medida em que se via uma diminuição no padrão de industrialização) (Pochmann, 2016, pp. 154-155). Esse contexto teve como resultado um conjunto de novos experimentos, sobretudo a partir da década de 1980, cuja finalidade era tornar novamente atraente a taxa de lucros, como antes da crise do petróleo, e produzir mudanças nas relações entre capital e trabalho.

Diversos autores (Antunes, 2005; Sennet, 2005; Dejours, 2007; Boltanski e Chiapello, 2009; Ehrenberg, 2010; Jardim, 2001, 2011; Gaulejac, 2011; Carcanholo e Medeiros, 2012) vêm apontando tais mudanças e dando viço ao debate sobre a centralidade do trabalho no contexto atual e os rebatimentos, aí sofridos, das transformações que vêm ocorrendo. Pode-se apontar, de modo breve, três grandes fenômenos, segundo Gaulejac, que transformaram o capitalismo industrial e seu modo de funcionamento no final do século XX, com desdobramentos importantes na vida dos trabalhadores, quais sejam: a economia financeira substituiu a economia industrial, ocasionando a submissão das lógicas de produção às lógicas financeiras; a mundialização dos mercados colocou em xeque a forma de regulação econômica, com a conseqüente desterritorialização do capital, que deixa então de sofrer constrangimentos aos seus efeitos especulativos²⁵; e, em terceiro lugar, a ditadura da imediatidade, das respostas rápidas às demandas dos mercados financeiros, conseqüência direta da fusão das empresas de telecomunicações e de informática (Gaulejac, 2007, pp. 44-45).

Para Souza, além das causas econômicas das mudanças ocorridas no capitalismo, havia também causas culturais e políticas operando, uma vez que, até a década de 1960, imperava, mais fortemente nos Estados Unidos, o modelo de trabalho ensejado, em 1914, por Henry Ford a partir do estabelecimento de uma carga horária de 8 horas por dia de trabalho

²⁴ Para BRAGA e MARQUES (2017), a noção de precariado diz respeito ao “proletariado precarizado, ou seja, excluídos tanto o lumpemproletariado quanto a população pauperizada, aquele segmento da classe trabalhadora que Marx chamou de ‘superpopulação relativa’” (p. 59). Essa definição localiza o precariado no modo de produção capitalista de modo intrínseco, isto é, faz parte desse sistema independente de ocorrências de crises ou não. Para maior aprofundamento, consultar BRAGA e MARQUES (2017) e outras discussões trazidas por Ruy Braga.

²⁵ STIGLITZ, em seu argumento de que a desigualdade é uma escolha, aponta que, na vanguarda das mudanças ideológicas, institucionais e legais do início da década de 1970, estava a desregulamentação do mercado, que propiciaria, segundo aqueles que advogavam essas transformações, a liberdade para que a economia pudesse florescer. Os cortes nos gastos com bem-estar social também figuravam entre as mudanças propaladas e implementadas, sob o argumento de que tal medida incentivaria as pessoas a trabalhar (2016, p. 32).

em sua empresa, com um salário de 5 dólares por semana (equivalentes a cerca de 120 dólares, atualmente). O fordismo, como ficou conhecido, criou terreno fértil para um tipo de relação entre trabalhador e capitalista que se orientava pela venda de um trabalho hierarquizado, disciplinado e rígido em troca de bons salários, o que, face à conjuntura de questionamentos do que se concebia como sendo uma sociedade hierarquizada do fim da década de 1960 e início da década de 1970, deixava, paulatinamente, de fazer sentido (Souza, 2012, pp. 34-36). O toyotismo japonês e a *lean production* (produção flexível), lançando mão dos discursos dos gerentes e dos novos executivos, absorvem a semântica dos movimentos políticos e culturais da década de 1960, ou seja, das ideias de liberdade, independência, ousadia, criatividade, que passam a ser usadas em prol da acumulação do capital (op. Cit., p. 38). Como assinalam Boltanski e Chiapello (1995), a estratégia de sobrevivência e renovação do sistema capitalista é incorporar as críticas que são feitas a ele, produzir modificações superficiais de formato sem mexer na estrutura de sua lógica de multiplicação de lucros às custas da extração de mais-valor, de modo que tais críticas sirvam ao seu modo de funcionamento através da apropriação de um discurso que lhe era contrário e que passa então a lhe fornecer combustível.

Desse modo, as relações de poder dentro das empresas (e, cada vez mais, dentro de outras instituições) sofrem mudanças a partir dessa conjuntura mais ampla. Ainda sobre o toyotismo, o controle do elemento subjetivo do trabalho vivo o situa como o que Giovanni Alves denomina de “taylorismo às avessas”: enquanto Taylor buscava gestos maquinais e automáticos que coubessem no tempo medido, deixando o pensamento livre para quaisquer outras ocupações, o aparato organizacional próprio do toyotismo, ao contrário, busca que o trabalhador possa “intervir na produção com o pensamento, instaurando-se um processo de ‘captura’ da subjetividade do trabalhador pelo capital” (Alves, 2011, p. 63). O controle do elemento subjetivo denota, assim, a real subsunção do trabalho ao capital, ou seja, a intenção é que o pensamento não mais fique livre para quaisquer outros rumos para além da produção. Nas palavras de Alves, o toyotismo traz “a necessidade da constituição de um intenso nexos psicofísico, a unidade orgânica entre ação e pensamento no local de trabalho, como uma das precondições do próprio desenvolvimento da nova materialidade do capital” (p. 63).

Com a reestruturação produtiva do capital, algumas ideias referidas àquilo que se considera um bom gerenciamento adquirem a função de palavra de ordem, como adaptabilidade e flexibilidade (Gaulejac, 2007, p. 45). Segundo Souza (2012, p. 42), o novo ritmo do capitalismo de novo tipo, que quer diminuir seu tempo de giro, subordina todo o processo produtivo, levando não apenas à aceleração do ritmo mas também a uma constante

disponibilidade ou flexibilidade²⁶, isto é, deve-se estar disponível a novos nichos de mercado, com criação de novas necessidades de consumo, pautadas pela efemeridade. Além disso, o desenvolvimento do capitalismo financeiro acabou por gerar a própria despersonalização das fontes de poder, além da desterritorialização desse mesmo poder, pois os lugares onde acontecem as tomadas de decisão estão desconectados dos lugares onde as atividades concretas são realizadas (Gaulejac, 2007, pp. 49-50). Nos termos de Gaulejac, a “gestão é (...) um sistema de organização do poder” e “o gerenciamento se pôs maciçamente a serviço do capital” (Op. Cit., p. 40).

Antes de prosseguir com o exame da ideologia gerencial, pode ser útil retomar historicamente as origens da função de gerência, isto é, o surgimento da chamada gerência científica, com Taylor, até suas posteriores transformações ideológicas, e a contribuição de Braverman (1977) nessa tarefa é o caminho teórico que escolhemos por seu rigor frente às concepções marxianas, ainda que o texto tenha surgido antes das transformações próprias que permitiram que prevalecesse a lógica do capitalismo financeiro sobre a lógica do capitalismo industrial. Além disso, a contribuição de Foucault, ainda que não possa ser colocado ao lado de Braverman no que se refere à afiliação teórica, e ainda que ajustes devam ser feitos com as mudanças que se apresentam com o neoliberalismo²⁷, pode ser proveitoso na medida em que sua análise das técnicas disciplinares ajuda a compreender a inserção dos sujeitos nos mecanismos de produção. Outrossim, Foucault identifica uma relação necessária das disciplinas com o capitalismo, e o estudo das noções que cercam a ideia de poder disciplinar dialoga com o desenvolvimento das técnicas de gerência e a possibilidade de adestramento de corpos às suas injunções sob o imperativo do aumento da rentabilidade e da produção.

1.3.1. Notas sobre as origens da gerência

Braverman afirma que as funções de gerência foram, em seus primórdios, assumidas pelo capitalista em grande parte em função da necessidade de coordenação do trabalho, mesmo no caso dos artesãos, nos primórdios do capitalismo industrial, levando-se em consideração que, no interior de uma oficina, seria necessária uma espécie de organização de algumas atividades, tais como a ordenação de operações, algum escalonamento de

²⁶ Segundo SOUZA, o Brasil importou todas as ideias e práticas sociais da ‘produção flexível’ e da ‘organização flexível’, permeando as práticas institucionais e sociais através do que chama de ‘governança corporativa’ (Souza, 2012, p. 41).

²⁷ Conferir DARDOT E LAVAL, 2016b.

prioridades, a separação de funções, entre outras (Op. Cit., p. 61-62). Essas tarefas, contudo, não apareceram no momento inaugural do sistema capitalista, pois as oficinas eram, a princípio, aglomerações mais simples de unidades de produção, e os trabalhadores já exerciam suas atividades nos sistemas anteriores, como a produção feudal e o artesanato das guildas, havendo pouca mudança nesses primeiros momentos do capitalismo industrial face a esses modos de produção que o antecederam, o que já se modifica com o trabalho cooperativo e, posteriormente, com o surgimento de fábricas.

No entanto, se, como aponta Bravermann (Op. Cit., p. 65), o controle de conjuntos de trabalhadores é muito anterior à época burguesa, como no caso de construções monumentais como as Pirâmides do Egito, a Muralha da China, ou ainda grandes redes de aquedutos e estradas, a diferença reside no fato de que o trabalho era feito sob condições escravistas (ou outras formas) e, além disso, não havia a necessidade típica do capitalismo de expansão constante de cada capital que se empregava na produção.

A reunião de trabalhadores sob um mesmo teto, operando segundo certa imposição de horas regulares de trabalho, foi o primeiro requisito para a gerência, assumindo, inicialmente, características de rigidez e despotismo. Com base na origem etimológica do verbo *to manage*, que, segundo Braverman, encontra-se em *manus*, do latim mão, que “significava adestrar um cavalo nas suas andaduras, para fazê-lo praticar o *manège*” (op. Cit., p. 68), a gerência é o meio através do qual o capitalista se esmera em exercer o controle, conceito que se encontra no cerne de todos os sistemas gerenciais (idem, p. 68). A gerência científica, que se diferenciava da gerência comum, surgiu após os esforços de Taylor para controlar os processos de trabalho em seus aspectos mais ínfimos, com vistas a uma produção crescente.

Entres os princípios da gerência científica (ou do taylorismo) está a dissociação entre processo de trabalho e as especialidades dos trabalhadores, isto é, o ofício, a tradição e o conhecimento dos trabalhadores deveriam ceder lugar às políticas gerenciais no que tangia às decisões sobre como proceder no trabalho (op. Cit., p. 103), além da separação entre trabalho mental e manual, ou, como prefere Braverman, entre a concepção e a execução, promovendo a própria desumanização do trabalho, uma vez que, na definição marxiana de trabalho, o que o diferencia em seu aspecto humano em relação ao animal é exatamente a capacidade de conceber, antes da execução, aquilo que será feito.

O que é interessante e que a análise de Braverman torna claro é o processo através do qual a gerência foi se apropriando cada vez mais das decisões do trabalho até que se tornasse natural o que Marx chamava de divisão manufatureira do trabalho, a qual, diferenciando-se da divisão social do trabalho, sendo esta última anterior ao modo de produção capitalista,

promovia uma fragmentação cada vez mais elementar do trabalho e da tarefa, executados por inúmeros trabalhadores.

1.3.2. As disciplinas, o biopoder e a acumulação de capital

De acordo com Foucault, em *Vigiar e Punir*, não se pode separar o processo de acumulação de capitais do de acumulação de homens. Para o aumento da população engajada no processo de produção, era preciso mantê-la nas atividades manufatureiras de uma maneira que fosse o menos custosa possível e que permitisse o máximo de rentabilidade. Neste sentido, as técnicas disciplinares, sobre as quais Foucault se debruça analisando seus rebatimentos em estabelecimentos como escola, hospital, exército e fábrica, tiveram de se articular com as mudanças tecnológicas que foram acontecendo no aparelho de produção e com a divisão de trabalho. Não apenas o controle do corpo, tomado como “corpo-máquina”, como também o controle das populações, a partir do “corpo-espécie”, foram requisitos necessários ao desenvolvimento do capitalismo (Foucault, 2003).

O aparecimento das disciplinas responde a dois processos históricos, sendo o primeiro a explosão demográfica do século XVIII, com aumento da população flutuante, e, em segundo lugar, o crescimento do aparelho de produção, em custos, extensão e complexidade, requisitando, assim, o aumento da rentabilidade. Desse modo, as disciplinas, que buscam o exercício do poder com custos decrescentes e aumentar ao máximo os efeitos do poder social, coadunam-se com o que parece ser a necessidade do momento histórico.

As disciplinas, que, através de uma série de métodos específicos, levam à fabricação do “corpo útil”, do “corpo inteligível” (Foucault, 2010), seriam, nos séculos XVII e XVIII, uma forma de dominação diferenciada em relação à escravidão, à domesticidade e à vassalagem, fazendo com que o corpo se tornasse mais útil quanto mais obediente. Para destrinchar o que seriam as disciplinas e suas maneiras de operar sobre o corpo, o tempo e o espaço, Foucault utiliza a figura do soldado, em cuja descrição, no século XVIII, encontram-se detalhes como posicionamento da cabeça e das pernas, passando por ombros, cintura, ventre e olhos, no que se constitui o que poderia ser tido como o soldado ideal. No cerne da fabricação dessa figura idealizada, impera a “docilidade”, noção que aponta para a possibilidade de o corpo ser manipulado, transformado e aperfeiçoado, e cujas aptidões podem ser ampliadas (Foucault, 2003; 2010). Sob a égide das disciplinas, ocorre uma coação

ininterrupta e infinitesimal. Hoje, o ‘soldado ideal’ talvez seja o ‘soldado sem sono’, como adverte Crary.

É interessante acompanhar as características que Foucault enumera como parte das disciplinas e que garantem o funcionamento da sociedade disciplinar, e perceber como, de fato, se relacionam a exigências do trabalho até hoje em dia, em maior ou menor grau. Uma das formas como a disciplina opera é através do “quadriculamento”, segundo o qual cada indivíduo deve ficar no seu lugar, evitando coletividades. As localizações devem ter funcionalidade, devem obedecer à necessidade de vigilância, de evitação de comunicações perigosas. Nas palavras de Foucault, a “vigilância médica das doenças e dos contágios é aí solidária de toda uma série de outros controles: militar sobre os desertores, fiscal sobre as mercadorias, administrativo sobre os remédios (...), as curas, as mortes, as simulações” (Foucault, 2010, p. 139). A preocupação médica com a simulação, como será visto nos próximos capítulos, já tem aqui seu lugar, embora o contexto seja diferente, assim como os objetivos. Em relação ao trabalhador, já se veem também os primórdios dessa vigilância e desse quadriculamento nas oficinas, onde se pode vigiar a aplicação com que o operário se dedica à sua atividade laboral, comparar os operários. Através da organização funcional e serial dos espaços, as disciplinas garantiram a obediência dos indivíduos junto à economia do tempo e dos gestos, o que, no âmbito do trabalho, antecipa as propostas tayloristas, vistas na seção precedente.

Além disso, para o controle da atividade, as disciplinas lançavam mão de alguns subterfúgios, como o horário. O tempo controlado deveria ser inteiramente útil, com fiscalização ininterrupta e, quando pago, deveria ser um tempo perfeito, em que o corpo deveria se ater ao seu exercício integralmente. Foucault afirma que as disciplinas também operam a capitalização do tempo, uma vez que perseguem o máximo de rentabilidade. Não só a relação com o tempo era determinada minuciosamente, mas também aquela que se estabelecia entre o corpo e o objeto, definida, pela disciplina, como forma de chegar a um “corpo-instrumento” ou “corpo-máquina”. Com efeito, para que o poder disciplinar lograsse êxito nesse adestramento foram necessários alguns instrumentos: o olhar hierárquico, a sanção normalizadora e o exame.

A vigilância é um requisito do exercício da disciplina, onde os efeitos do poder acontecem devido à visibilidade que as técnicas propiciam. No caso das fábricas e das oficinas, um novo tipo de vigilância tem lugar. A vigilância ganha uma função econômica, na medida em que pode impedir maus usos e fraudes, funcionando, agora, de modo hierarquizado e piramidal (Foucault, 2010).

A sanção normalizadora, por outro lado, é um mecanismo penal, presente em todos os sistemas disciplinares, em que rebaixamentos e promoções também formam uma rede de punições dos quais as disciplinas se utilizam.

Quanto ao exame, superpõe relações de poder e de saber, com grande difusão ao passar pela psiquiatria, pela pedagogia, pelo diagnóstico de doenças e pela contratação de mão de obra. Trata-se, o exame, de técnica pela qual o poder disciplinar promove um mecanismo de objetivação do examinando, fazendo com que ele entre num campo documentário, em que há um conjunto de anotações escritas, registros e, com isso, o estabelecimento de campos comparativos e classificações. No exame, há demonstração de força, mas também o estabelecimento de uma verdade. Esta análise acaba por remeter ao exame pericial e suas características, discutidas adiante, mas que já podem ser mencionadas em seu caráter disciplinar.

Com a multiplicação dos dispositivos da disciplina ao longo dos séculos XVII e XVIII, deu-se a formação do que Foucault chama de sociedade disciplinar, em que as disciplinas, com a missão de fabricar indivíduos úteis, tendem a se implantar em setores mais produtivos da sociedade, como é o caso da produção manufatureira. É importante também notar que, além do poder disciplinar, surge um pouco mais tarde, a partir de meados do século XVIII, um poder cujo foco recaiu sobre o “corpo-espécie”, um poder cujas questões são relacionadas à saúde, aos nascimentos e à taxa de mortalidade, e cujas técnicas se direcionam não ao “corpo como máquina”, mas ao controle das populações, surgindo a era de um biopoder (Foucault, 2003, p. 132). Para o ajuste dos fenômenos da população aos processos econômicos do desenvolvimento do capitalismo, o biopoder foi elemento essencial. A tarefa de assujeitar os corpos, torná-los dóceis, aumentar forças, depende dele, como informa Foucault:

Se pudéssemos chamar ‘bio-história’ as pressões por meio das quais os movimentos da vida e os processos da história interferem entre si, deveríamos falar de ‘bio-política’ para designar o que faz com que a vida e seus mecanismos entrem no domínio dos cálculos explícitos, e faz do poder-saber um agente de transformação da vida humana (...) (Foucault, 2003, p. 134).

Quanto ao assujeitamento ou adestramento dos corpos, Dardot e Laval (2016b, pp. 324-325) pontuam que o novo governo dos homens vai além, inserindo-se no pensamento, através de sua orientação, de seu estímulo e de sua educação, sendo a ação disciplinar sobre os corpos apenas um momento de todo esse processo.

1.3.3. Mudanças na ideologia gerencial

Na obra de Boltanski e Chiapello, *O novo espírito do capitalismo*, algumas das relações entre práticas de gestão e capital são esmiuçadas a partir de uma pesquisa com livros da literatura de gestão empresarial das décadas de 1960 e 1990. Essa literatura é onde os autores encontrarão um dos espaços significativos de inscrição do espírito do capitalismo (op. Cit., p. 83), isto é, da ideologia que justifica sua existência. O discurso encontrado nesses livros apresenta um tom técnico, que aponta métodos para obtenção de lucros e atuação de gerentes com objetivo de aumento da competitividade das empresas, e um tom moral, ao dizer a forma como as empresas devem ser e não aquilo que efetivamente são, adquirindo um viés acima de tudo prescritivo (Op. cit., p. 84).

Um aspecto fundamental que os autores apresentam no cotejamento desses textos conforme as décadas em que se inserem e que surge como um traço marcante da literatura de gestão empresarial dos anos 1990, e que não aparecia como tal na literatura de trinta anos antes, é o tema da concorrência e da permanente mudança das tecnologias. Em quase todos eles encontram-se orientações para a implantação da organização flexível, que se caracteriza por inventividade e adaptação às transformações (Op. cit., pp.99-100). Os autores desse tipo de literatura acabam por introduzir a ideia de flexibilidade²⁸ no tema da concorrência exacerbada, com inovações que se articulam em torno de noções tais como “empresas *enxutas* a trabalharem *em rede* com uma multidão de participantes; uma organização do trabalho em equipe, ou *por projetos*, orientada para a satisfação do cliente; e uma mobilização geral dos trabalhadores graças às *visões* de seus líderes” (Op. cit., pp. 101-102, grifos dos autores). Nesses textos encontram-se também prescrições para que os trabalhadores se organizem em pequenas equipes, que seriam mais dotadas de flexibilidade, autonomia, inventividade e competência, onde não há um chefe a ditar regras, mas um coordenador (Op. cit., p. 103).

A partir da década de 1990, começa a surgir na literatura de gestão a apologia da mudança, do risco e da mobilidade, que passam a substituir a valorização da ideia de garantia, referida ao emprego e às carreiras construídas a longo prazo. Como aponta Sennett (2009), a

²⁸ Emily MARTIN, em *Flexible Bodies*, traz uma investigação sobre como a noção de ‘flexibilidade’, a partir das décadas de 1970 e 1980, veio ganhando importância, sendo cultivada como “objeto de desejo” nos mais variados âmbitos, chegando a se tornar uma “*commodity* poderosa” e um atributo de valor para personalidades, corpos e organizações de trabalho (p. xviii). Aponta, em seu estudo, a relação entre esse desenvolvimento e o do conceito de saúde e da ideia de que o corpo é um sistema cujo interior tem relação com padecimentos diversos e com a “descoberta” de um sistema imunológico, a partir da década de 1970, cuja característica de flexibilidade acaba por se entranhar, como metáfora explicativa, em diversos processos sociais e setores da sociedade. Para o aprofundamento da discussão, consultar Martin, 1994.

noção de longo prazo é implodida no mundo do trabalho que segue à risca as regras de flexibilidade. Ehrenberg, em sua análise sobre o que chama de “revolução gerencial”, também identifica a mudança que atribui à autonomia um papel importante na eficácia no trabalho. Segundo o autor, a ideia aqui é tornar os trabalhadores em “empreendedores de suas próprias tarefas” (Ehrenberg, 2010, p. 86).

Assim, voltando à análise empreendida por Boltanski e Chiapello, tem-se então um “mundo reticular”, no qual o que caracteriza a atividade profissional é uma multiplicidade de encontros temporários, em que os projetos acabam sendo um “amontoado de conexões” (Boltanski e Chiapello, op. cit., p. 135). E, finalmente, em sua análise, os autores detêm-se com mais cuidado na ideia de flexibilidade, vocábulo que condensa e reúne todas as transformações, que, em geral, tiveram início nos anos 1970. Sennett (1999) destaca que o uso do termo flexibilidade acaba tendo a função de “levantar a maldição da opressão do capitalismo” (p. 10), como se pudesse dar mais liberdade às pessoas no que se refere às decisões sobre a própria vida, ou seja, diminuindo o caráter opressor do trabalho. A noção de flexibilidade (volta-se ao princípio da *lean production* do toyotismo japonês) incide diretamente na vida do trabalhador e é fundamental para a compreensão dos processos saúde-doença no trabalho. Isso se dá porque, como alertam Boltanski e Chiapello, a flexibilidade “possibilitou transferir para os assalariados e também para os subcontratados e outros prestadores de serviço o peso das incertezas do mercado” (op. cit., p. 240). Essa flexibilidade tem duas facetas: a interna, que se refere à polivalência, ao autocontrole, à autonomia, noções atreladas às transformações na organização do trabalho; e a externa, em que as empresas ditas enxutas lançam mão de subcontratação e de mão de obra maleável, além de horários e remunerações igualmente variáveis (idem). Como observa Gaulejac, é “como se fosse necessário que à volatilidade dos mercados financeiros correspondesse uma volatilidade do mercado de trabalho (...)” (Gaulejac, 2007, p. 47).

Antes de passarmos à discussão sobre o gerencialismo e suas relações com as mudanças no mundo do trabalho, é importante abrir um parêntese para assinalar uma particularidade da noção de flexibilidade quando se trata de pensar o contexto capitalista brasileiro. Faz-se necessário frisar que algumas especificidades de sua formação levam à percepção de que a flexibilidade é estruturante do capitalismo à moda brasileira, em oposição aos países mais avançados, em que a flexibilidade, como se assinalou anteriormente, está ligada à acumulação flexível, sendo fruto da crise do capitalismo, ocorrida a partir da década de 1970, e sua tentativa de superação (Santos, 2018). Desse modo, Santos sustenta que, quando a proposta é discutir a flexibilidade como uma modificação atinente ao mundo do

trabalho e relacionada à gestão gerencialista, é preciso que se faça uma comparação com direitos adquiridos anteriormente e que agora são manipulados, relativizados, colocados em xeque - numa palavra: flexibilizados. É a partir dessa perspectiva que a noção de flexibilidade e sua discussão tornam-se cabíveis e passíveis de crítica, isto é, elas indicam uma mudança na disponibilidade desses direitos ou na forma como as condições de trabalho se dão e mesmo na maneira como passa a ocorrer a inserção no mundo do trabalho e a construção dos vínculos empregatícios, em comparação ao que havia previamente. A flexibilidade, nesse contexto de mudança, diz respeito então a uma vulnerabilização de todos esses aspectos da vida do trabalhador. No entanto, no Brasil, teria havido o que Santos chama de capitalismo retardatário, em que não se alcançaram os mesmos direitos consolidados nos países avançados (o seguro-desemprego, por exemplo, só passa a existir, no Brasil, na década de 1980). A discussão da flexibilidade, neste contexto, tem aspectos diferentes. É preciso, segundo a autora, atentar para tais nuances, como aquela que se refere à própria formação do mercado de trabalho, com características singulares, sobretudo a partir da década de 1930.

Antes dessa década, o mercado de trabalho, no Brasil, tinha características diferenciadas e regionais, sendo importante mencionar a existência de um vasto contingente de pessoas negras que haviam sido escravizadas e que, com a abolição da escravatura, encontravam-se desocupadas, sem ter havido nenhum tipo de mecanismo de inclusão para elas (Ribeiro, 2018), o que se acentuava com o processo de imigração europeia em curso no início do século XX. A vinda de trabalhadores brancos constituía uma política consoante com a busca de um branqueamento da população brasileira, sendo esses imigrantes os que ocupariam os postos de trabalho disponíveis, tendo tido não apenas acesso a trabalho remunerado como também, em muitos casos, recebido terras do Estado brasileiro (op. cit., 2018, p. 72). Essas características relacionadas à escravidão são importantes na formação do mercado de trabalho brasileiro e não devem ser desprezadas na compreensão das relações de trabalho até os dias de hoje e na aquisição tardia de alguns dos direitos dos trabalhadores.

No Brasil, não apenas a longa tradição escravista tem impacto considerável sobre a organização dos trabalhadores brasileiros, mas também “a ausência de antecedentes organizativos dos trabalhadores livres, de perfil predominantemente rural, no início do século XX” (Santos, 2018, p. 105). O êxodo rural, que começa a ter registros a partir de 1940, também contribuiu para a estruturação do mercado de trabalho nas cidades, reproduzindo a

dualidade entre trabalho formal e trabalho informal, com a precariedade²⁹ e a desproteção social inerentes a este último.

Por outro lado, o regime militar também teve atuações dignas de nota no que tange à precarização³⁰ do trabalho, como a repressão rígida dirigida às atividades de cunho sindical e político, o abandono da tentativa de aumento anual do salário mínimo (que vinha acontecendo antes de 1964), medida que ficou conhecida como arrocho salarial, e, finalmente, a substituição da estabilidade no emprego pela implementação, em 1967, do FGTS (Fundo de Garantia pelo Tempo de Serviço), favorecendo a rotatividade de mão de obra. Todos esses fatores, como rebaixamento dos salários, ausência de emprego para uma população urbana crescente devido à migração campo-cidade, a perda de garantias sociais que agora tornavam mais fácil a demissão do trabalhador, contribuíram para que a flexibilidade, associada à precariedade, já fosse presente no mundo do trabalho brasileiro (op. cit., p. 127) anteriormente às medidas adotadas mundialmente com o toyotismo. Desse modo, segundo a autora, em contraposição aos países com desenvolvimento anterior ao capitalismo, a flexibilidade no Brasil foi estruturante desse sistema, e não resultado de uma de suas crises.

Assim, a questão do trabalhador flexível, fruto da flexibilidade discutida acima, deve ser cara à Saúde do Trabalhador, uma vez que ele “é candidato à exclusão no próximo deslocamento do mais forte (no fim de seu contrato temporário, por exemplo), tal como os assalariados que, por razões de saúde (...) já não conseguem acompanhar o ritmo frenético que lhe é imposto” (Boltanski e Chiapello, op. Cit., p. 379).

Em suma, o que Boltanski e Chiapello concluem de sua análise é que as diferenças de propostas contidas nos livros de cada década indicam a mudança nas ideologias que justificam o engajamento de pessoas na forma de funcionamento capitalista. Elas tiveram de se transformar para fazer frente às mudanças que aconteceram em um âmbito macroeconômico, e dizem respeito ao acirramento da ideologia gerencialista.

²⁹ O conceito de precariedade é fartamente discutido entre os autores da sociologia do trabalho. Para maior aprofundamento, consultar Valencia (2016) e Braga (2014), entre outros autores.

³⁰ Precariedade e precarização não são conceitos sinônimos. Segundo DRUCK, na Conferência de Abertura do VI Congresso Brasileiro de Psicodinâmica e Clínica do Trabalho, em 22 de outubro de 2019, enquanto a precariedade é algo próprio das relações de trabalho no modo de produção capitalista, sendo a ele intrínseca e não se podendo falar de capitalismo sem falar de precariedade, a precarização é uma metamorfose da precariedade, referindo-se a um momento histórico próprio do capitalismo flexível, sendo sinônimo de flexibilização.

1.3.4 Os paradoxos do gerencialismo: enlouquecimento, sofrimento psíquico e depressão

Gaulejac constrói uma abordagem para a compreensão dessa forma de organização do poder que se situa na esteira do pensamento de Boltanski e Chiappello, os quais já haviam feito referência ao mundo reticular e às mudanças macroeconômicas com suas incidências no mundo do trabalho. Gaulejac aponta que a flexibilidade e a instabilidade que passam a caracterizar o mundo do trabalho correspondem à abstração do capital, à virtualização do poder, que passa a ser de difícil identificação, e o gerenciamento, nesse contexto, assumiria a função de mediação entre o poder/capital e o trabalho (Gaulejac, 2007, p. 40), adquirindo, atributos diferentes da gerência científica própria da fase industrial do capitalismo, ainda que o controle permaneça em seu âmago.

A separação entre empresa e capital, isto é, a ameaça constante de que o capital investido na empresa se desloque para outra, a depender de uma contínua rentabilidade, é o retrato de uma realidade que acaba por fazer com que as funções da empresa fiquem subordinadas a uma lógica financeira que é, por definição, instável (op. cit., pp. 47-48). O humano, nessa engrenagem, passa a ser um recurso da empresa, que, por seu turno, está a serviço da rentabilidade. É nesse sentido que Gaulejac examina as características detectadas na ideologia gerencialista, a começar pela roupagem objetiva e pragmática que assume, traduzindo atividades humanas em indicadores de desempenho³¹.

Com respeito aos indicadores de desempenho e outros tipos de indicadores numéricos, Dardot e Laval (2016), em sua análise sobre o neoliberalismo e a subjetivação capitalista, apontam que essa é uma forma de dar um “preço” – conferir um valor – às coisas e pessoas. A proposta gerencialista vem no esteio de uma racionalidade neoliberal, que busca a transformação de todas as atividades em atividades de mercado ou do que chamam de “quase-mercado” (ou *quasi-mercado*), o que implica fazer com que sua forma de funcionamento (com a quantificação de tudo) seja como a de um mercado, mesmo que se trate de uma atividade ou instituição em que é inviável criar-se diretamente qualquer tipo de mercadoria. Assim, os autores falam em fabricação de uma “subjetividade contábil”, em que os trabalhadores passam a ser “sujeitos de cálculo”, de modo que cumpram “os objetivos que lhes foram atribuídos como se estes se originassem em seus próprios desejos” (pp. 8-9). A

³¹ A noção de desempenho está atrelada à ideologia da excelência, que se confunde com o próprio “culto da *performance*”. SOBOLL e HORST apontam que a “ideologia da excelência tem a capacidade de legitimar e justificar as práticas organizacionais, numa dissimulação discursiva que envolve a todos na busca de resultados superiores, subsidiando a crescente produtividade nas organizações” (2013, p. 225).

subjetividade contábil consiste em quantificação de resultados, estabelecimento de objetivos a serem cumpridos durante a jornada de trabalho, constante renovação de objetivos e metas, rivalidade entre pares, temor de ser mal avaliado pelas chefias. A subjetividade contábil, segundo Dardot e Laval, é dedicada à própria exaustão, e os autores acenam ainda para o fato de que tudo isso se opera de modo a “naturalizar o que é politicamente construído” (p. 13). Através da utilização de um discurso que faz uso de pretextos como a necessária e bem-intencionada busca de eficácia, eficiência e economia, por exemplo, é proposto um conjunto de modificações técnicas que incidem diretamente sobre o trabalhador, justificado por uma “norma contábil” (Dardot e Laval, 2016b, p. 313). Ou, como assinala Gaulejac, as ciências da gestão³² assumem a função de suporte do poder gerencialista e buscam nas ciências exatas alguma presumida cientificidade (Gaulejac, pp. 40-41).

Gaulejac afirma que o poder gerencialista “mobiliza a psique sobre os objetivos de produção” (p. 41-42), e o faz através de técnicas cuja finalidade é captar desejos e angústias dos trabalhadores para que fiquem a serviço dos objetivos da empresa. Em paralelo, Ehrenberg (2010) analisa o entrelaçamento dos motes esportivos, o culto ao empreendedorismo e a cultura empresarial ao que chama de ‘mitologia da autorrealização’, estabelecendo uma relação desses processos com o uso indiscriminado de psicotrópicos e o alastramento da depressão nervosa (Ehrenberg, 2010, p. 11).

Gaulejac faz um escrutínio da maneira como o trabalhador é capturado em seus anseios mais íntimos e, lançando mão de ferramentas conceituais da psicanálise, enumera algumas das principais características da gestão gerencialista, quais sejam: a predominância dos objetivos de natureza financeira, a adesão dos trabalhadores, produzida a partir de processos que envolvem a busca de ideais³³ e, finalmente, a mobilização psíquica (op. Cit., p. 112). Gaulejac concebe a empresa gerencial como um sistema sociopsíquico de dominação, no qual o desejo por sucesso, pelo desafio, é continuamente solicitado e exaltado.

³² Robert KURZ (2018) assinala que as funções de gerência, no modo de produção capitalista, surgem como “funções enigmáticas”, que não estão ligadas diretamente à produção típica do que é considerado o conceito mais clássico de “trabalho produtivo” e criação de mais-valor; no entanto, são funções que se expandem e que passam a se desdobrar em “marketing, análise de mercado, publicidade etc”, além da compra e da venda e da coordenação de todas as outras atividades (op. Cit., p. 22).

³³ Vincent de GAULEJAC faz uso dos conceitos psicanalíticos de ideal de eu e supereu ao longo de sua obra, mas, pelo fato de haver pouca clareza em sua diferenciação na obra de Freud [vide a maneira como tais conceitos são usados em textos importantes como Narcisismo, Uma Introdução (1914), Psicologia de Grupo e Análise do Ego (1921), O eu e o isso (1923) e outras], e como nosso objetivo não é esmiuçar as nuances conceituais da psicanálise, preferimos não nos valer de tais conceitos para os fins desta Tese.

A ideia de paradoxo³⁴ permeia todo o funcionamento do sistema gerencial e concerne ao adoecimento do trabalhador frente às exigências do mundo do trabalho:

“O mundo da empresa é um universo cada vez mais contraditório. O cotidiano do *manager* é uma sequência ininterrupta de decisões a tomar diante de múltiplas interfaces, sendo que cada uma emite demandas, recomendações, procedimentos, injunções, expectativas, de tal modo que o fato de responder a uma não permite responder à outra, ao passo que todas, contudo, são necessárias. (...) É preciso que ele suporte um universo paradoxal sem, no entanto, afundar na loucura. O menor dos paradoxos é que pedem que ele seja autônomo em um mundo hipercoercitivo, criativo em um mundo hiper-racional e conseguir de seus colaboradores que eles se submetam com toda a liberdade a essa ordem” (Gaulejac, op. cit., p. 121).

Nas contribuições de Gaulejac sobre as injunções paradoxais que acontecem na empresa, está implícita a teoria da dupla vinculação, de Gregory Bateson, Jackson, Haley e Weakland, resgatada pelo grupo de Palo Alto, em sua obra sobre a comunicação humana (2004), quando da análise dos tipos de comunicação paradoxal. Alguns dos exemplos de injunções paradoxais conferidos pelos autores podem ser encontrados na literatura sobre as contradições presentes nos sistemas gerencialista e nas transformações que levaram ao Toyotismo, como é o caso de ‘seja espontâneo!’ e ‘Não sejas tão obediente’ (pp. 180-181). A teoria da dupla vinculação trazia, em 1956, uma hipótese acerca de aspectos da interação humana que poderiam estar ligados à esquizofrenia. Segundo a teoria, necessariamente deveria haver, na dupla vinculação, alguns aspectos: duas ou mais pessoas envolvidas em uma relação intensa, na qual haveria um grau significativo de valor de sobrevivência física e/ou psicológica para uma ou várias delas; uma mensagem enviada, nesse contexto de forte interdependência entre os integrantes do sistema, de modo que “(a) afirma algo, (b) afirma algo sobre sua própria afirmação e (c) essas duas afirmações excluem-se mutuamente” (Watzlawick et al, 2004, pp. 191-192); e, em terceiro lugar, “o receptor da mensagem é impedido de sair do quadro de referência estabelecido por essa mensagem, quer pela metacomunicação (comentário) sobre ela, quer retraindo-se” (idem). Assim, a mensagem, com tais características e proferida nesse contexto, caracteriza-se por ser desprovida de lógica, porém não deixa de ter uma realidade pragmática, de modo que o receptor da mensagem fica impedido de reagir a ela apropriadamente mas também não pode deixar de reagir. Encontra-se presa de uma mensagem impossível embora cheia de incidências. A descrição fornecida pelos

³⁴ De acordo com Watzlawick et al (2004), pode-se definir paradoxo como “(...) uma contradição que resulta de uma dedução correta a partir de premissas coerentes” (p. 169).

autores da Pragmática da Comunicação Humana enfatizam que este se trata de um padrão contínuo e definido de interação, e não algo que se dê isoladamente. Além disso, os autores assinalam que a dupla vinculação permite um escasso repertório de reações possíveis a ela e aqui é possível lembrar da referência à redução de capacidade feita por Yves Clot (no sentido da clínica do trabalho – e mais especificamente da clínica da atividade – como uma forma de intervenção que busca restaurar uma capacidade reduzida). Uma das situações causadas pela interação caracterizada pelo duplo vínculo é a sensação, no receptor da mensagem, de que algo está faltando, ou seja, de que ele não entendeu alguma coisa na mensagem e por isso ela não faz sentido, tornando-se, em certa medida, paranoide, buscando indícios e sinais daquilo que, a seu ver, não percebeu. Outras características referentes à esquizofrenia e ligadas a comportamentos que podem advir da interação própria do duplo vínculo também são analisadas pelos autores.

As descrições minuciosas sobre as formas de interação e troca de mensagens, tanto entre duas pessoas quanto no interior de sistemas, sobretudo no que concerne ao duplo vínculo, tem ressonância com aquilo que é descrito como sendo adoecedor nas novas formas de comportamento prescrito nas empresas. Da mesma forma que numa relação dual de interdependência, o trabalhador, em relação à empresa à qual se vincula, também possui uma relação forte de dependência, como os autores têm mostrado, e, diante de algumas das injunções paradoxais que Gaulejac destaca, próprias ao repertório ideológico do capitalismo flexível, a possibilidade do enlouquecimento e do adoecimento torna-se significativa.

Assim, é a violência psíquica, atrelada às exigências paradoxais acima referidas, a forma que a violência assume na empresa hipermoderna. O que passa a regular a relação entre o trabalhador e a organização, portanto, é uma injunção paradoxal, o que se configura um modo de funcionamento perverso, segundo o autor, na medida em que promove a captura de processos psíquicos com o intuito de que sejam utilizados em prol do funcionamento organizacional, colocando os indivíduos em contradição consigo mesmos, afinal, como ser onipotente se se está completamente submisso àquilo que a empresa quer? A ideologia gerencial produz paradoxos tais como o da autonomia controlada, o do trabalho que é impedido e o da imposição ao trabalhador de aderir livremente à empresa (Mendes, Takaki e Gama, 2016).

No sistema gerencial, há um constante temor de não estar à altura daquilo que a empresa oferece como horizonte (Gaulejac, 2007, p. 124). Neste ponto reside uma preocupação crucial no que diz respeito ao campo da Saúde do Trabalhador, dado que, para fazer jus àquilo que a empresa promete, mas que depende do comprometimento do

funcionário individual, de seu empenho e de como administrará seu tempo, os trabalhadores devem estar no auge de sua forma, e, por conseguinte, a doença, a fraqueza, o erro, a imperfeição e a dúvida deixam de ter lugar. Como aponta Castel (2013), “a empresa funciona também, e aparentemente cada vez mais, como uma máquina de vulnerabilizar” (p. 519), onde a formação contínua relacionada às transformações tecnológicas podem ter a função de seleção permanente, com a consequente exclusão dos que estão envelhecendo³⁵, bem como de jovens, que, para adentrarem a empresa, têm de suprir um nível alto de qualificação.

Os conflitos, por outro lado, saem do espaço organizacional e do campo de lutas reivindicatórias que o trabalho implica, e passam a vigorar na esfera psicológica, expressando-se como insegurança, sofrimento psíquico, esgotamento profissional, perturbações psicossomáticas e depressões nervosas (Gaulejac, p. 127). No que se refere às consequências psicopatológicas de todo esse estado de coisas, Gaulejac ressalta a depressão, o esgotamento profissional e a adição ao trabalho. A depressão, nesse caso, é dissimulada e se apresenta, muitas vezes, como um “mal-estar difuso” (op. Cit., p. 222). Por outro lado, Dejours aponta que a ausência e/ou a escassez de discussão sobre o sofrimento no trabalho (falar sobre a dúvida, a insegurança, o medo face à execução da atividade, por exemplo) têm produzido situações sem paralelo anterior, com ocorrência de suicídios ou tentativas no local de trabalho, o que aponta para a presença de um impasse psíquico relacionado à falta de interlocutor nos espaços laborais, com invisibilização do sofrimento (Dejours, 2007, p. 44). Embora Dejours, em entrevista posterior, afirme que não se podem esclarecer todos os suicídios que acontecem no trabalho, muitos têm relação com o trabalho propriamente dito, sendo consumados por pessoas em que, até o momento, não se havia verificado nenhum índice do que se poderia chamar de “vulnerabilidade psicopatológica” que o justificasse (Dejours, 2010).

Ehrenberg também detecta as injunções paradoxais típicas da ideologia gerencialista, referindo-se à empresa como sendo a “antecâmara da depressão nervosa”, ou, mais especificamente, a “antecâmara do psicoterapeuta ou do clínico geral” (Ehrenberg, 2010, pp. 159 e 164). O excesso concorrencial que se encontra nesse processo arraigado de “empresariação da vida”, inerente a uma cultura da conquista, leva necessariamente a uma “cultura da ansiedade”, com a obsessão de ser melhor do que si mesmo que lhe é própria (op. Cit., p. 139).

³⁵ Daniel Blake, personagem o filme de Ken Loach, ilustra essa vivência. Em curso ao qual é encaminhado, faz seu *curriculum vitae* à mão, já que não tem computador, e é ridicularizado por isso.

A concorrência é, desse modo, estimulada ao máximo e, assim como no esporte encontra-se a dopagem, isto é, o incremento do desempenho a partir da ingestão de substâncias específicas com atuação fisiológica comprovada em certas capacidades físicas, no mundo do trabalho esse fenômeno também se faz presente, assumindo a forma de um uso cada vez mais difundido de psicotrópicos. De acordo com a análise de Ehrenberg, seu uso liga-se à busca de alívio face à carga de responsabilidade que os indivíduos devem assumir, quando seus fracassos passam a ser colocados inteiramente na conta de suas habilidades e escolhas. Berardi (2019, p. 112) refere-se a uma “*prozac economy*”, indissociável do capital financeiro, e assinala o papel dos benzodiazepínicos em prover sustento ao esforço dos trabalhadores na corrida para o sucesso da empresa.

Desse modo, constata-se que as mudanças no mundo do trabalho, com acirramento do poder gerencialista, levam à necessidade de uma reflexão maior acerca do nexos causal entre um estado mórbido e um amplo contexto impregnado de variáveis complexas. Mas a busca de tal nexos não é tarefa fácil e ainda precisa de muito avanço.

1.3.5. Gerencialismo no Serviço Público brasileiro³⁶

As análises anteriormente discutidas tratam das mudanças nas organizações do trabalho a partir, especialmente, do olhar de autores franceses. Entretanto, como afirma Souza (2012) em sua discussão do caso brasileiro, as ideias gerencialistas e sua operacionalização no cotidiano de trabalho de empresas particulares e instituições públicas foram importadas com êxito também aqui. A produção flexível, que confere aos trabalhadores as características de produtividade próprias do toyotismo³⁷, e a organização flexível, que substitui a organização hierarquizada, própria do modelo fordista, por sistemas de comunicação que, além disso, oferecem novas formas de ‘vigilância’ sem custos, somadas ao uso de instrumentos contábeis

³⁶ ALVES aponta que o toyotismo (e, portanto, seu correlato, o gerencialismo) está presente na indústria, nos serviços e na administração pública (2011, p.44).

³⁷ Segundo Abramides e Cabral, o “(...) processo de trabalho em curso no toyotismo apresenta uma base de sustentação ideológica que atinge não somente a objetividade – base material da classe operária –, mas também sua subjetividade – sua consciência de classe, sua organização e seus valores. (...) Estabelece o ‘envolvimento cooptado’, em que a subsunção do trabalho ao capital é superior à existente nos processos de trabalho anteriores, em que na nova lógica organizacional o trabalhador passa a ser o controlador de si mesmo” (2003, p. 5). Por outro lado, as autoras alertam para o fato de que não se pode dizer que tudo seja toyotismo e que “os processos de trabalho expressam-se de forma mesclada e diferenciada em diversos países (...)” (idem), o que guarda relação com o apontamento de Ribeiro e Mancebo (2013), ao assinalarem que, nas instituições públicas em contexto brasileiro, convive-se com formas híbridas de gestão.

que podem conferir constantemente a produtividade de cada trabalhador, são adotadas no cenário brasileiro sem grandes dificuldades (Souza, 2012, pp. 42-43). Mas, retomando o que apontara Santos (2018), não se pode deixar de reforçar que muitas das características descritas em termos de respostas à crise do capital e que originaram a flexibilização que ora se discute foram estruturantes do mundo do trabalho no Brasil e não apenas importadas de fora. Agora, porém, tem havido um recrudescimento de todas essas características.

Nesse sentido, antes de comentarmos as mudanças específicas no caso do serviço público brasileiro, consideramos a contribuição de Dardot e Laval sobre o que denominam de Estado empresarial, a nova política de gestão e a ideia de um “sujeito contábil” e de uma “norma contábil”, de grande importância para o debate e a compreensão dessas mudanças dentro do serviço público brasileiro e suas possíveis relações com a prática de perícia em saúde nesse âmbito. Assim como Jessé Souza aponta a migração das mudanças para a realidade brasileira, Dardot e Laval também apontam o fato de que a reforma da administração pública independe do contexto específico de cada país, uma vez que os mesmos métodos e termos técnicos são utilizados em todo o mundo, sendo “parte da globalização da arte das formas de governar” (Dardot e Laval, 2016b, p. 312).

Partindo de uma definição de neoliberalismo como “o conjunto de discursos, práticas e dispositivos que determinam um novo modo de governo dos homens segundo o princípio universal da concorrência” (p. 17), os autores enfatizam o caráter altamente normativo do neoliberalismo, ao produzir normas de conduta e formas de subjetividade que levam a uma competição desenfreada, que pautam as relações sociais como se estas fossem relações de mercado e, finalmente, que levam o indivíduo a se conceber como se fosse uma empresa (Dardot e Laval, 2016b, p. 16).

Ao fazer uma cuidadosa análise de como veio se estabelecendo o neoliberalismo a partir sobretudo da década de 1930, na Alemanha e nos Estados Unidos, com base no curso de Foucault sobre o que chamou de “a arte de governar”, de 1979³⁸, Dardot e Laval assinalam a equivocada interpretação do neoliberalismo como uma retirada do Estado, como uma retomada pura e simples do *laissez-faire* liberal³⁹, com vistas a favorecer o predomínio da dinâmica do mercado, das organizações privadas e do fortalecimento do capital. Em verdade, o que apontam é que o Estado acaba por realizar certa parceria com as lógicas propostas pelos

³⁸ FOUCAULT, Michel. O nascimento da biopolítica, 2008

³⁹ O *laissez-faire* está ligado a uma prática governamental do liberalismo cujo objetivo era que a “arte de governar” fosse “frugal”, isto é, que houvesse um mínimo de intervenção do Estado nas questões econômicas e de mercado, que o “princípio da liberdade dos preços” e a “liberdade de troca” pudessem ser, portanto, assegurados (Foucault, 2008, pp. 41; 160; 110)

teóricos do neoliberalismo. Ao Estado coube introduzir, na economia e na sociedade, o modelo de empresa, facilitar o fortalecimento de um pensamento privatista, com subvenções, isenções fiscais e, sobretudo, com a imposição do princípio da concorrência. A nova gestão pública nada mais é do que a introdução da cultura empresarial nas instituições do Estado, no serviço público, passando a ser paulatinamente implantada na administração dos servidores públicos.

Pode-se dizer que a ideia da reforma do Estado a partir do serviço público consiste em uma disseminação da ideia de que este é ineficaz, ineficiente e moroso. Por outro lado, há também a difusão da ideia de que a cultura empresarial e a lógica privatista são regidas por formas de operar eficazes, econômicas e eficientes, e que, portanto, cumpre importá-las para o âmbito do serviço público. Neste ponto, são esquecidas as finalidades diferenciadas das instâncias públicas e privadas, procurando-se promover, de fato, um apagamento das diferenças. Como mencionam Dardot e Laval, a nova gestão pública provoca uma confusão nas missões do serviço público, borrando as fronteiras entre os âmbitos público e privado (op. Cit., p.318). Finalmente, colocam-se em prática as mesmas técnicas de gestão das organizações privadas, fazendo com que o serviço público concorra com serviços privados ou que haja concorrência entre os serviços públicos. A diminuição do orçamento, as avaliações de desempenho individualizadas, a tradução do valor das atividades em números são aspectos prevalentes dessas mudanças. No caso da tradução de atividades variadas e heterogêneas em números que indicam desempenho, Dardot e Laval indicam a problemática de reduzir ofícios diferenciados a partir de critérios iguais, alertando que, dessa forma, se coloca em jogo o sentido do trabalho e das profissões, afetando, inclusive, a autonomia profissional de profissões específicas (do policial ao educador, por exemplo) (Dardot e Laval, 2016b, p. 315).

Em seus próprios termos:

Os códigos de honra da profissão, a identidade profissional, os valores coletivos, o senso de dever e o interesse geral que movem alguns agentes públicos e dão sentido a seu compromisso são deliberadamente ignorados. (...)

Um enorme trabalho de redução do sentido da ação pública e do trabalho dos agentes públicos está em curso (...) (op. Cit., p. 312).

Os autores assinalam a operação de redução da autonomia de categorias profissionais pelas avaliações de desempenho. Essas categorias compreendem médicos, psicólogos, professores, mas poderíamos acrescentar assistentes sociais, pedagogos e outros, “considerados dispendiosos, permissivos ou pouco produtivos” (p. 315).

Aqui, abrindo um parêntese que se liga diretamente à temática desta pesquisa, é importante chamar atenção para essa preocupação com a “permissividade” e com o “dispendio”, além da baixa “produtividade”. No que tange à perícia médica, é possível pensar que a predominância dessas ideias podem vir a incidir direta e negativamente sobre o trabalho dos profissionais da perícia, que, recolocados como braços da nova gestão pública, passam a ser disciplinados para não ser “permissivos” com seus periciados, para exibir alta produtividade e não custar muito aos cofres públicos.

Seguindo esse viés, a produtividade pode passar a se traduzir então em muitas perícias por dia, o que nada mais é do que o estabelecimento de metas homogêneas para o que não é homogêneo (como se os casos que entram na sala do perito demandassem a mesma quantidade de tempo e exibissem entre si igual complexidade). Já o que seria considerado como não-permissividade pode aparecer na busca apriorística por simulações ou na redução do tempo de afastamento para tratamento da saúde apresentado no laudo que o servidor leva assinado pelo médico assistente⁴⁰, pontos estes que serão discutidos quando da análise das entrevistas. Finalmente, para que o servidor que trabalha com perícia não seja tão dispendioso, profissionais que comporiam a equipe multidisciplinar são vistos como desnecessários, ao passo que tampouco se recompõe uma equipe que se reduz por motivos diversos, sobrecarregando os que permanecem.

A partir dessas pontuações, pergunta-se: o que poderia ser tido como perícia eficaz e eficiente? É aquela que reduz sua preocupação com a dimensão social que está presente no adoecimento do trabalhador em prol de uma lógica de empresa no coração do serviço público? O que significaria exatamente a temática do Congresso da Associação Nacional de Médicos Peritos, realizado em 2019, chamada de “Perícia médica como fiscalizador do *bem gastar social* e da austeridade fiscal” (grifo meu)? Seria, então, a perícia uma atividade econômica? Aqui, o bem gastar e a austeridade fiscal são tidos como os objetos sobre os quais a perícia deve se debruçar enquanto fiscalizadora, aquilo ao qual o perito deve estar atento, os elementos que a Associação quer colocar em destaque. Mas o perito, que é médico ou odontólogo no âmbito que ora se analisa, é, antes de tudo, um profissional de saúde, como se discutirá futuramente nesta Tese. Ele acaba por ser inserido, de acordo com essa diretriz, em

⁴⁰ A expressão médico assistente a princípio causou certo estranhamento, talvez por parecer que esse médico era assistente de um outro, talvez o perito. No entanto, recorrendo novamente ao Dicionário Caldas Aulete *online*, a segunda acepção de “assistente” é “que assiste; que presta assistência”. O exemplo dado para o caso é exatamente o nosso: “O médico assistente nos dará informações”. O termo é muito usado pelos profissionais do SIASS e aparece também em Manuais e outros textos. Assim, médico assistente é o médico do servidor, aquele ao qual o trabalhador recorre para fazer consultas, aquele que conduz seu tratamento. Para ver este e outros significados da palavra, consultar <http://www.aulete.com.br/assistente> (acessado em 29 de janeiro de 2020).

uma tarefa que diz respeito à gestão, ou seja, que é, tradicionalmente, uma atribuição e uma preocupação das pessoas investidas do cargo de gestor, havendo um ‘departamento de financeiro’ voltado para tais assuntos: receitas, despesas, planilhas, rzonetes, equilíbrio financeiro. Se a austeridade fiscal está no bojo da gestão e do governo dos homens e se deve ser repassada ao perito médico/odontólogo, como a avaliação dos adoecimentos que chegam para sua análise poderá ser feita com a desejada isenção? Não há mais apenas a preocupação com o fato da doença e do nexo causal/concausal, mas também com o desdobramento econômico que a avaliação pericial pode gerar, não só para a gestão mais imediata da instituição em que o perito se insere, como para o próprio país, podendo-se dar precedência ao aspecto econômico da perícia (que talvez não devesse existir em tal circunstância) face ao aspecto clínico. A partir da análise do neoliberalismo americano, Foucault pontua a generalização da forma econômica do mercado, que acaba por funcionar como “princípio de inteligibilidade, princípio de decifração das relações sociais e dos comportamentos individuais” (Foucault, 2008, p. 334). Segundo ele, isso significa que relações não-mercantis a princípio, como os fenômenos sociais, possuem, como chave de deciframento, de entendimento, as análises próprias da economia de mercado (op. cit., p. 329). Seria possível dizer, a partir da análise que Foucault traz à baila, que a prática pericial está diretamente influenciada por isso que ele chama de “grade econômica”? A grade econômica nada mais seria do que uma matriz referencial para entendimento de fenômenos, sejam eles naturalmente econômicos ou não. O que Foucault aponta – e que parece se refletir no destaque escolhido do Congresso da ANMP – é a existência de um “tribunal econômico” (p. 339) que afere as práticas governamentais a partir, unicamente, da visada econômica, do interesse de mercado.

Um último aspecto levantado por Dardot e Laval (2016b), em sua análise das mudanças na administração pública a partir da lógica neoliberal, refere-se à desconfiança, sobre a qual trabalharemos mais detidamente no próximo capítulo, uma vez que perpassa a atividade pericial, sendo mencionada em manuais oficiais que orientam essa prática e também no material empírico recolhido. De acordo com os autores, a “desconfiança como princípio e a vigilância avaliativa como método são os traços mais característicos da nova arte de governar os homens” (p. 319). Ora, o que se encontra sobre a relação perito-periciado está frequentemente permeado pela questão da relação de desconfiança *a priori* face ao trabalhador. Assim, mais à frente, Dardot e Laval complementam:

A desconfiança caracteriza ainda a relação entre as instituições públicas e os sujeitos sociais e políticos, que também são vistos como ‘oportunistas’ em busca da máxima vantagem pessoal, sem nenhuma consideração pelo interesse coletivo. A reestruturação neoliberal

transforma os cidadãos em consumidores de serviços que nunca têm em vista nada além de sua satisfação egoísta, o que faz que sejam tratados como tais por procedimentos de vigilância, restrição, punição e ‘responsabilização’ (p. 320).

Seriam oportunistas os servidores periciados ou haveria a construção de um olhar desconfiado no ato pericial? Antes de passarmos a esse debate, discutiremos a conjuntura do cenário brasileiro no que diz respeito às mudanças na administração pública.

1.3.5.1. O caso brasileiro

Apesar de, no regime militar, as primeiras mudanças de cunho gerencialista já começarem a aparecer na legislação, através do Decreto-Lei 200/1967 e da criação da Secretaria de Modernização (SEMOR) (Batista, 1999), foi apenas na década de 1990 que elas foram implementadas na administração pública de modo substancial. Segundo Ribeiro e Mancebo (2013), a ideologia do gerencialismo se inseriu no contexto do serviço público brasileiro, de fato, no governo de Fernando Henrique Cardoso, quando se optou por fazer a Reforma do Estado, à qual se chamou de “nova administração pública”. Seu intuito havia sido o de transformar a chamada administração burocrática⁴¹ passando-se a buscar a redução do setor público, com base na ideia implícita de que “os mercados eram melhores do que os governos”. Segundo Pochmann (2016), o governo brasileiro seguiu o receituário do Consenso de Washington⁴², cujas medidas de orientação econômica tiveram impacto no serviço público, embora sejam dirigidas àquelas economias próprias de países de capitalismo avançado, não sendo esse o caso do Brasil. Tal receituário era convergente com a ideia de um Estado não-intervencionista:

⁴¹ Segundo BATISTA (1999), a administração pública burocrática emerge, no país, com a burguesia industrial e em contraponto à chamada administração pública patrimonialista, que vem com a Independência. Na burocrática, propunha-se implantar, na administração pública estatal, princípios como profissionalização do quadro de trabalhadores públicos, implementação de um quadro de carreira, constituição de uma hierarquia funcional e implementação da impessoalidade (em oposição à prevalência do clientelismo, que predominava na administração patrimonialista). Os papéis atribuídos ao Estado seriam os de “manter a ordem e administrar a justiça” e “garantir os contratos de propriedade” (p. 69).

⁴² Segundo BEHRING (2008), o Consenso de Washington se estabeleceu a partir de um seminário realizado naquela cidade, em 1993, para discussão de um texto do economista John Williamson, originando uma espécie de receituário de medidas de ajuste. BRESSER-PEREIRA (1991) indica que o Consenso de Washington constituiu-se a partir de uma convergência de ideias, em Washington e nos países da OECD – o que incluía os presidentes dos 20 maiores bancos internacionais da época –, sobre quais eram as causas da crise latino-americana, caracterizada por hiperinflação (inflação acima de 50% ao mês) e estagnação econômica no final da década de 1980 e início da de 1990.

“(...) disciplina fiscal, redução dos gastos públicos, reforma tributária, determinação dos juros pelo mercado, taxa de câmbio dependente igualmente do mercado, liberalização do comércio externo, eliminação das restrições ao investimento direto externo, privatização das empresas estatais, desregulamentação da legislação econômica e do trabalho e regulação da propriedade intelectual” (Pochmann, 2016, p. 128).

Para a operacionalização da “nova administração pública” no governo de FHC, o argumento defendido era o de que a administração burocrática era rígida, ineficiente, onerosa, e os serviços prestados não eram bons, ao passo que a administração gerencial ofereceria um horizonte de rapidez, eficiência e cujos serviços, de melhor qualidade, demandariam custos menores. O Plano-Diretor de Reforma do Estado foi apresentado em 1995 pelo ministro Bresser-Pereira, responsável pela pasta do então Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE) (Mancebo e Ribeiro, 2013, pp. 196-197)⁴³. Como afirma Chanlat (2012), ao alertar sobre o processo de alastramento do gerencialismo no serviço público no cenário francês, a ideia de que a administração burocrática é necessariamente ruim fortalece a inserção de práticas gerenciais, próprias do contexto privado, no serviço público. Esse processo mostra-se problemático uma vez que, neste último caso, o *ethos* que guia o trabalho, cuja especificidade se veicula necessariamente ao bem comum, é diferente das diretrizes próprias ao mundo empresarial, pautado pela lógica do lucro.

A Reforma do Estado então proposta, visando a construção de uma administração com viés gerencialista, procurava reduzir o tamanho do Estado, principalmente em relação aos servidores públicos, realizando programas de privatização e terceirização, resultando, entre outros, na reforma administrativa e na reforma da previdência. No primeiro caso, teve-se o fim da obrigatoriedade do Regime Jurídico Único (RJU) e a desregulamentação do Plano de Cargos e Salários existente. No caso da reforma da previdência, entre outras mudanças, houve o aumento da tributação dos servidores da ativa e alteração do tempo de serviço para a aposentadoria, mudanças que já eram consideradas como um “desmonte do Estado” (Batista, 1999, p.77).

Mancebo e Ribeiro (2013) ressaltam que o setor público apresenta modelos mistos de organização e que a eficiência atribuída às práticas gerenciais tem limites quando se trata de fazê-las operar nesse setor. Para as autoras, não se pode falar em modelos puros de gestão,

⁴³ Talvez o processo que se passou no Brasil a partir de 1995 seja um exemplo bem próximo do que DARDOT e LAVAL (2016) assinalam ao afirmar que o Estado passa a ser “parceiro” dos oligopólios nas guerras econômicas, mesmo em contexto neoliberal. Isso ocorre quando o Estado, além de promover apoios fiscais e de outras naturezas, passa a conduzir, ele mesmo, “reformas” em instituições públicas, com o argumento da competitividade nacional.

mas o que se percebe é que os servidores públicos, por fazerem parte de um setor ao qual se atrela a ideia de preguiça, ineficiência e corrupção, acabam por ser encarados de forma pejorativa de modo generalizado, o que traz repercussões importantes à sua subjetividade. Segundo Souza e Moulin (2014), a imagem negativa que se construiu do serviço público e do servidor público, sobretudo a partir do governo Collor, teria contribuído para uma precarização das relações de trabalho no âmbito do serviço público, cujos impactos para os trabalhadores ainda é pouco investigado (p. 52). Jessé Souza já chamara a atenção, por sua vez, para a percepção distorcida, e veiculada amplamente na mídia, segundo a qual, no Brasil, haveria uma “corrupção endêmica”, que o diferenciaria de outros países, e que tal corrupção estaria necessariamente ligada apenas ao Estado (Souza, 2012, p. 352). Levando-se em conta que o serviço público está diretamente vinculado ao Estado, não é difícil atribuir aos servidores públicos as mesmas características que são a ele atribuídas e que, portanto, justificariam a inserção de práticas administrativas supostamente livres de tais males. Para Chanlat, os servidores públicos são tidos como trabalhadores que não querem trabalhar e cuja maior preocupação são os privilégios que ainda detêm (2012, p. 1).

Por outro lado, é possível pensar com Traesel e Merlo (2014) que a maneira pela qual a Reforma de Estado operou-se no Brasil trouxe problemas para a saúde do servidor, segundo pesquisa realizada em órgão de seguridade social com a metodologia da psicodinâmica do trabalho. Entre outros aspectos, os autores dizem que, ao enfatizar cifras e números, isto é, a ênfase na busca de resultados, esse tipo de gestão acaba por ofuscar a ética do bem comum. Perde-se o sentido da ação pública quando se faz a apologia do privado, como apontam os pesquisadores. Entre outras coisas, isso leva à perda das referências do que é ser um servidor, isto é, a uma crise de identidade, com estímulo à competitividade, com quebra dos laços coletivos, dentre outros. Na pesquisa realizada, encontraram-se relatos de sentimentos de solidão e desvalor, levando a desgaste mental e ao aumento no uso de medicação, entre outros efeitos diretamente ligados ao comprometimento da saúde. Traesel e Merlo mencionam ainda o trabalho vazio em que caem tais trabalhadores, devido à desvalorização da imagem do servidor público frente à exaltação da iniciativa privada, ao assédio organizacional e às metas inalcançáveis. Os autores chamam a atenção para os rebatimentos das práticas gerencialistas sobre a saúde do servidor e sobre a necessidade de transformação dos ambientes de trabalho.

Não se pode deixar de ressaltar, para finalizar este Capítulo, as mudanças que vêm acontecendo nos últimos anos no Brasil, no que concerne ao serviço público federal. Para citar apenas o que vem acontecendo a partir do último ano, em 2019, concomitantemente à escrita desta Tese, foi aprovada a Reforma da Previdência. Pode-se apontar o aumento da

idade mínima e do tempo mínimo de contribuição para a aposentadoria, com o argumento de ajuste das contas públicas. No entanto, esses argumentos não parecem ter sido suficientes para que as mudanças também afetassem as aposentadorias dos militares (que permanecem intocadas), além de outros gastos públicos, diversos, em outros setores. Na sequência da referida reforma, aponta-se para a Reforma Administrativa, em que pontos nevrálgicos do serviço público, como a duração do estágio probatório e a estabilidade do servidor, são indicados para discussão. Para nos atermos a um exemplo, em 4 de dezembro de 2019 foi aprovada a admissibilidade, na Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania (CCJ) da Câmara dos Deputados, da PEC 438/18, apelidada de PEC da regra de ouro ou PEC emergencial (nomes falaciosos, que sugerem um problema a ser sanado em lugar errado). Regra de outro é uma referência ao dispositivo que impede que o governo se endivide devido aos pagamentos feitos para custear a máquina pública (o que inclui a remuneração do funcionalismo público). Ainda com o argumento de redução de gastos e sem cortes em outras contas, a PEC, em processo de tramitação, traz a possibilidade constitucional, se aprovada, de redução da jornada de trabalho do servidor público com redução na remuneração, entre outras medidas. Afinal: como essas mudanças (apresentadas aqui de forma resumida) e a incerteza que as permeiam incidem sobre a saúde do servidor público? Como um servidor público, que se dedica há anos às atividades junto à União, se sentirá frente à ameaça de redução de seu salário pela metade, em uma época da vida em que são diminutas as chances de mudanças de emprego? Por outro lado, como se sentem os servidores novatos no serviço público, que se esforçaram para passar em concurso e que têm essa perspectiva diante de si? Finalmente, como isso se relaciona aos processos saúde/doença no trabalho?

2 ADOECIMENTO, TRABALHO, LEGITIMIDADE E PERÍCIA

Como se viu no Capítulo 1, foi a partir da industrialização e dos acidentes, doenças e mortes que se davam devido ao trabalho nas fábricas, que se começou a pensar na saúde dos trabalhadores, emergindo, num primeiro momento, a medicina do trabalho. Já na Inglaterra, houve a regulamentação de riscos e acidentes no trabalho através, primeiramente, da regulamentação da idade mínima para começar a trabalhar, da jornada de trabalho (através de sua redução)⁴⁴, além de medidas com o propósito de melhorar o ambiente da fábrica, no início do século XIX (Mendes, 1995). É de 1833 o *Factory Act* (lei das fábricas), que amplia as medidas de proteção nesses locais. Mas antes desses instrumentos jurídicos, há menções e pesquisas que apontam a relação do trabalho com o adoecimento desde a Antiguidade, e Ramazzini⁴⁵, já por volta de 1700, ao descrever as “doenças dos trabalhadores”, orientava que, “para obter um feliz resultado na cura, será sempre bom que o médico fique a par do ofício que costuma exercer aquele que precisa de tratamento” (Ramazzini, 2016, p. 249).

No Brasil, no século XIX, os estudos iniciais (variados) não viam relação entre as doenças que os trabalhadores apresentavam e suas ocupações ou condições de trabalho, afirmando que Ramazzini só havia visto “exceções à regra” (Mendes, 1995). Em contrapartida, desde meados do século XIX já se observavam “danos à saúde de difícil caracterização objetiva e rigorosamente ‘médica’, mas de inconfundível nexos com o trabalho” (Mendes, 1995, p. 8), como era o caso do envelhecimento precoce e da fadiga, por exemplo, ou mesmo de mudanças comportamentais que, à época, já eram associadas com a exposição, na atividade de trabalho, ao sulfeto de carbono. No entanto, a primeira lista de doenças profissionais da OIT (fundada em 1919), data de 1925, contendo apenas três doenças (saturismo⁴⁶, hidrargismo⁴⁷ e carbúnculo⁴⁸), sendo a lista substituída por outra em 1934, agora com dez doenças, depois por uma terceira, que totalizava quinze doenças, até a lista de

⁴⁴ Como observa SELIGMANN-SILVA (1994), quando a reação social à exploração logrou obter a diminuição da jornada de trabalho, houve a intensificação do ritmo de trabalho, para que cada unidade de tempo contivesse mais trabalho. Na Inglaterra de 1847, a redução da jornada levou, como medida compensatória, a que “a velocidade dos fusos das máquinas de fiar [fosse] aumentada de quinhentas a mil rotações (...)” (p. 92).

⁴⁵ Pode-se dizer que Bernardino Ramazzini, no final do século XVII e XVIII, foi precursor dos estudos de medicina do trabalho, saúde ocupacional e saúde do trabalhador, uma vez que analisou 52 ocupações de sua época a partir dos adoecimentos gerados pelas suas características no livro *De Morbis Artificum Diatriba* (Doenças dos Trabalhadores).

⁴⁶ Intoxicação por chumbo (também chamado de plumbismo).

⁴⁷ Intoxicação por mercúrio.

⁴⁸ Infecção causada por uma bactéria, chamada *Bacillus anthracis*, presente em produtos animais. A doença é também chamada de antraz.

1980, que comportava vinte e nove doenças profissionais. Atualmente, a última lista de doenças relacionadas ao trabalho revista pela OIT data de 2010.

Enquanto parte da medicina social, as “doenças do trabalhadores” eram apreendidas a partir, necessariamente, da identificação dos determinantes sociais, em que fatores tais quais o modo de produção e o processo de trabalho eram levados em conta, a partir da detecção das doenças através de perfis de morbidade e mortalidade de trabalhadores de diferentes categorias profissionais. Todavia, com o advento da era bacteriológica, com Louis Pasteur e Robert Koch, passa a vigorar o pressuposto de que existe um agente etiológico para cada doença, o que desloca o olhar do eixo social para o eixo das “causas específicas”. Nesse sentido, Mendes relata que as agora chamadas “doenças profissionais” são reduzidas a “entidades clínicas bem definidas”. Segundo o autor, essa mudança teria trazido alguns benefícios no que se referia à prevenção, mas, por outro lado, ofuscou a possível natureza social do adoecer. Também no Brasil, no início do século XX, a Patologia do Trabalho volta-se para a “Medicina do Seguro”, sendo que os conceitos da Patologia do Trabalho transformam-se através da influência da infortunistica que, segundo Afrânio Peixoto, considerado o pioneiro da medicina do trabalho no Brasil, é o ramo da medicina legal que estuda os riscos industriais de quaisquer naturezas, os acidentes de trabalho, dentre outros (op. Cit., 1995, pp. 14-15).

É possível observar que ao mesmo tempo em que a preocupação com os riscos que o ambiente de trabalho e a atividade em si podem trazer ao trabalhador, com o surgimento de instrumental jurídico e listas de doenças que legitimam o nexo entre o trabalho e o adoecimento/acidente, por outro lado, os critérios também vão se tornando mais rígidos, na medida em que, num primeiro momento, o aspecto social do adoecimento no trabalho é ofuscado. Uma lista concisa de doenças profissionais é um primeiro passo, mas, ao mesmo tempo, estabelece fronteiras e modos de olhar que podem excluir outras espécies de mal-estar e incapacitações cujos padecimentos causados podem não ser vistos ou, ainda, cujas relações com o trabalho podem ser ignoradas. Não estamos querendo, aqui, criticar a existência de uma lista de doenças reconhecidas; ao contrário, mais à frente, neste capítulo, sua relevância ficará nítida. Contudo, não se pode deixar de levar em conta que qualquer lista exclui o que não está na lista e, como observa Berlinguer em seu inquérito sobre as condições de saúde em fábricas italianas, as doenças reconhecidas são a ponta de um *iceberg*, escapando de tais listas e estatísticas, por exemplo, “os fenômenos de desgaste precoce, a maior frequência das doenças comuns (...)” (Berlinguer, 1983, p. 27). Pode-se dizer que é exatamente esse desgaste,

cujos sinais são inespecíficos, pouco detectáveis, que Laurell e Noriega (1989) ressaltavam em sua pesquisa.

Voltando à Ramazzini, sua prática era rara e vale a pena reproduzir seu relato:

Eu, quando pude, fiz o que estava ao meu alcance e não me considerei diminuído visitando, de quando em quando, sujas oficinas (...) a fim de observar segredos da arte mecânica. (...) é evidente que em uma só cidade (...) e, de acordo com os diferentes lugares, são também diversos os ofícios que podem ocasionar várias doenças. Das oficinas dos artífices, portanto, que são antes escolas de onde saí mais instruído, tudo fiz para descobrir (...) saber aquilo que se pode sugerir de prescrições médicas preventivas ou curativas, contra as doenças dos operários. E assim, o médico que vai atender um paciente proletário (...) [deve] acrescentar outra [interrogação]: ‘e que arte exerce?’” (Ramazzini, 2016, s/p, Prefácio).

Como se vê pelo belo extrato acima reproduzido, Ramazzini, que exercia a clínica, já se preocupava com onexo causal entre o trabalho e o adoecimento. Esta, porém, não é uma seara simples de se caminhar e, no presente Capítulo, procuraremos discutir algumas noções que podem estar relacionadas à prática de perícia em saúde, quais sejam: nexo causal, reconhecimento e legitimidade de diagnósticos e sua importância para a garantia de direitos em alguns casos. Além disso, serão discutidas algumas das ideias arraigadas sobre a perícia e os ritos periciais.

2.1. Legitimidade e reconhecimento: o valor do diagnóstico

Ao pensar sobre as relações entre os processos saúde-doença e trabalho, alguns quadros de mal-estar e sofrimento mostram-se mais problemáticos do que outros no que se refere ao seu reconhecimento como doença e, quando acontece, na estipulação de um nexo causal⁴⁹ com o trabalho. Levantar essa discussão é importante na medida em que as pessoas que sofrem de alguns desses quadros, quando precisam pleitear algum direito no trabalho, têm de se submeter aos procedimentos periciais, o que não é uma vivência simples. Nesta seção, priorizaremos as discussões sobre TEPT, *burnout* e LER/Dort, como paradigmáticas dessas situações, mas outros quadros poderiam estar em foco, como a Síndrome da Fadiga Crônica. Em síntese, esses quadros dizem respeito às “doenças sem explicação médica”, tratando-se,

⁴⁹ A partir de uma literatura do Direito, Maeno (2018) indica que o nexo causal se refere à relação de causa e efeito entre o trabalho e o “evento danoso” (Maeno, 2018, p. 106).

estas últimas, dos casos das doenças sem lesão (Zorzanelli, 2011). São situações que não obedecem ao caminho que leva da pesquisa etiológica ao quadro patológico, permitindo, ao final, conduta terapêutica e prognóstico, itinerário que requer a condição de que os sintomas narrados se enquadrem naquilo que os exames clínicos indicam, para chegar, ao final, ao que seria a “doença ideal”. Esses quadros, ao contrário, reúnem queixas que não possuem explicação com legitimidade médica, levando a “um impasse na decifração diagnóstica” (op. cit., 2011, p. 26). As doenças em cuja patogênese encontram-se fatores psicossociais padecem das mesmas dificuldades que as doenças sem lesão, uma vez que os instrumentos de mensuração objetiva, aceitos pela medicina baseada em evidências, não conseguem avaliar a relação entre o aparecimento do sintoma e o acontecimento na vida social do sujeito que o apresenta, como aponta a autora. Pode-se dizer que este é o caso das doenças relacionadas ao trabalho. Como indica Lhuilier, o esquema de causa-efeito em relação a patologias com origem no trabalho foi, por muito tempo, prevalente, mas a etiologia de muitas doenças é controversa e envolta em incertezas, uma vez que identificar a nocividade foi se tornando algo cada vez mais complexo (Lhuilier, 2012). Trata-se da multicausalidade e da concausalidade, conceitos consolidados em medicina já que se admite que, na contemporaneidade, as doenças têm causas múltiplas. Nesse sentido, surge, junto ao nexos causal, o nexos concausal, em que se pode identificar que, ao lado de fatores causais extralaborais, encontra-se ao menos uma causa que se relaciona à execução do trabalho (Oliveira, citado por Maeno, 2018, p. 116).

Mas, para além disso, Lhuilier (2012) chama a atenção para o fato de que se ignoram as relações subjetivas face à situação de trabalho⁵⁰ e à atividade, o que é favorecido pelo fato de o trabalho em si ser confundido com as condições de trabalho. Quando a compreensão sobre o trabalho se mistura à que se refere às condições em que é efetuado, sendo reduzidas à mesma coisa, invisibilizam-se aspectos importantes do chamado trabalho real (diferente e indo além do trabalho prescrito⁵¹ e correspondendo àquilo que é executado pelo trabalhador). Por outro lado, o trabalho real não se esgota naquilo que se faz, mas inclui também aquilo que não se faz, aquilo que se quer fazer, que se sonha fazer, entre outros. Para ilustrar esse fato, Lhuilier lança mão do caso da fadiga em uma situação de falta de atividade, mostrando que é através da atividade impedida que se deve buscar sua gênese, assim como também está associada às

⁵⁰ SELIGMANN-SILVA (1994) define “situação de trabalho” como “o conjunto complexo que inclui as condições físicas, químicas e biológicas do ambiente de trabalho; os aspectos técnicos; a organização prescrita e a organização real das atividades de trabalho, bem como a gestão das mesmas; a caracterização dos canais formais de comunicação e das relações interpessoais” (p. 144).

⁵¹ Numa definição de DANIELLOU e colegas, o trabalho prescrito seria “a maneira como o trabalho deve ser executado: o modo de utilizar as ferramentas e as máquinas, o tempo concedido para cada operação, os modos operatórios e as regras a respeitar. (...) [Ele] nunca corresponde exatamente ao trabalho real (...)” (Daniellou et al., 1989, p. 7).

perturbações musculoesqueléticas, devendo-se incluir essa categoria (atividade impedida ou suspensa) nas relações entre saúde e trabalho, haja vista que impedir a atividade traduz-se em impedir o movimento espontâneo (p. 23), traduz-se em uma espécie de amputação do poder de agir. Importa notar que a atividade impedida não é um dado evidente dos processos de trabalho.

Quanto ao trabalho real, sua possível invisibilidade tem, segundo Daniellou e colegas, consequências importantes do ponto de vista “físico, mental e psico-afetivo”, que acabam por ser menosprezadas pelo fato de que as causas “teoricamente não existem” (Daniellou et al., 1989, p. 9). Há, como descrevem os autores em sua análise do trabalho operário, uma série de atividades invisíveis e complexas, que, para um observador externo, não são feitas, isto é, de fato não existem, e que podem estar no âmago de doenças relacionadas ao trabalho. Neste sentido, as relações entre processos saúde-doença e trabalho podem ter uma miríade de elementos que não são levados em consideração.

2.1.1. *Burnout*, TEPT e a garantia de direitos através do diagnóstico

O *burnout*⁵² é uma das categorias emblemáticas que nos ajudam a pensar a relação entre adoecimento e trabalho e o consenso ou dissenso diagnóstico em torno de uma dada condição médica. Em sua tese sobre o *burnout* e a medicalização da fadiga, Vieira (2017) aponta a existência de uma espécie de “*burnout* brasileiro”, que permite que haja o debate sobre o trabalho. Seu estudo abre caminho para a reflexão sobre a utilidade clínica que um diagnóstico pode ter. É importante notar, como assinala Vieira, que, na revisão da 10ª edição da CID (Classificação Internacional das Doenças), houve a introdução do código Z, no capítulo XXI, que permitiu o estabelecimento de uma ligação entre um sofrimento psíquico e determinantes sociais (op. Cit., 2016, p. 58). O caso do *burnout*, especificamente, faz parte dos “Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde”. Se, à época da Tese, não se encontrava entre os “Problemas Relacionados a Emprego e Desemprego”, mas sim no conjunto dos “Problemas Relacionados com a Organização do

⁵² Segundo CASTRO e ZANELLI, “(...) a definição da síndrome de *burnout* é multidimensional, ou seja, compreende um conjunto de três variáveis ou dimensões essenciais que especificam e demarcam tal fenômeno, quais sejam: a exaustão emocional (EE), a despersonalização (D) e a diminuição da realização pessoal (DRP)” (Castro e Zanelli, 2007, p. 18). Por outro lado, de acordo com VIEIRA, houve uma redefinição da tríade dimensional que define o *burnout*, constituindo-se como exaustão, cinismo e redução da eficácia (2017, p. 28).

Modo de Vida”, vindo ao lado do ‘estresse não especificado’, com o anúncio mais arraigado da CID-11 (11ª edição da Classificação Internacional de Doenças, que entra em vigor em 1º de janeiro de 2022), o *burnout*, além de passar a ser mais detalhado em sua descrição, dessa vez é incluído no conjunto de problemas associados a emprego e desemprego, recebendo o novo código QD85⁵³. Torna-se agora uma síndrome mais claramente relacionada ao sofrimento no trabalho.

O *burnout* pode ser, como já se assinalou, paradigmático no que se refere à questão da legitimidade social do diagnóstico e suas controvérsias, visto que, se no Brasil sua alocação classificatória é recoberta de incerteza, em outros países, diferentes configurações irão se dar. Em países nórdicos, como a Suécia, mas também a Holanda, o *burnout* já é considerado um diagnóstico médico, ao passo que, nos Estados Unidos, o *burnout* não foi considerado como tal, com a justificativa, difícil de compreender, de se evitar o estigma social que tal categorização diagnóstica teria. Na França, por outro lado, o problema é reconhecido, no entanto não foi adotado como diagnóstico com validade pelos profissionais de medicina do trabalho (Batista et al, 2011; Vieira, 2017; Zorzanelli, Vieira e Russo, 2016). Zorzanelli, Vieira e Russo (2016), que analisam o caso do *burnout* e da Síndrome da Fadiga Crônica (SFC), insistem na relação do *burnout* (e também da SFC) com as exigências típicas do mundo do trabalho e afirmam que o reconhecimento da capacidade e da incapacidade laborativas são de cunho social, o que se comprova percebendo-se a diferença na distribuição geográfica de sua validação. Assinalam que o *burnout* foi mais aceito, por exemplo, nos países europeus onde o modelo do bem-estar social é forte e se admitem as causas psicossociais para a incapacidade no trabalho. (op. cit., 2016).

Vieira assinala a importância da perícia médica no reconhecimento da existência de uma doença, ao lado do médico assistente, sendo o reconhecimento de uma condição médica atrelado, entre outros elementos, ao diagnóstico⁵⁴. Para a sociologia médica, a importância do diagnóstico reside no fato de este ser o momento em que a existência e a legitimidade da categoria nosológica são determinadas pelos profissionais médicos e, ao lado de outros aspectos, a legitimação justifica as queixas (Brown, 1995, pp. 38 e 42). O reconhecimento, entretanto, não é um processo fácil: para falar do caso específico do *burnout* e para citar um

⁵³https://brasil.elpais.com/brasil/2019/05/27/actualidad/1558956228_933147.html e <https://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2019/05/27/oms-define-sindrome-de-burnout-como-estresse-cronico-e-a-inclui-na-lista-oficial-de-doencas.ghtml>, ambos as matérias acessadas em 2 de junho de 2019.

⁵⁴ WHYTE, GEEST e HARDON, após achados de pesquisa etnográfica das relações entre médicos e pacientes durante a consulta médica e da função dos remédios nessas relações, afirmam que, entre outros aspectos, a prescrição de fármacos dá ao paciente “a legitimação de que ele está realmente doente. A autoridade da assinatura do médico na prescrição diz que essa pessoa precisa de tratamento” (Ver Whyte, Geest e Hardon em *Social Lives of Medicine*, 2002, p. 125).

exemplo significativo, Batista e colegas (2011), em pesquisa realizada com um conjunto de peritos médicos da esfera municipal de João Pessoa, no Estado da Paraíba, encontraram em seus achados, entre outras coisas, o fato de que a grande maioria desses profissionais desconhecia a Portaria que incluiu o *burnout* na Lista de doenças relacionadas ao trabalho (Portaria essa de 1999, sobre a qual comentaremos adiante), não tinha conhecimento da Síndrome de *Burnout* e, finalmente, não fizeram nenhum diagnóstico de *burnout*, levando à conclusão, pelos autores, de que a perícia médica desconhecia esse diagnóstico. Ou seja, o reconhecimento, o diagnóstico e o estabelecimento denexo causal para algumas doenças ficam comprometidos. Ademais, Vieira adverte que é frágil, no Brasil, a relação do *burnout* com o trabalho, na CID, uma vez que essa categoria não é considerada doença ou transtorno, mas sim problema relacionado à saúde (op. cit., 2016, p. 61).

Também no caso da fadiga no trabalho, uma das categorias investigadas por Vieira para compreender a função da medicina em sua relação com o trabalho e os processos saúde-doença, a autora assinala que seu reconhecimento passa, obrigatoriamente, pelas instâncias médicas, seja a pericial, seja a assistencial (Vieira, 2017, p. 61). Em outras palavras, se um primeiro nível de reconhecimento de uma doença se dá no consultório do médico, quando ocorrem as queixas consideradas difusas, como é o caso da fadiga, o segundo nível de reconhecimento se dá com o perito, que, no entanto, em seus primórdios, buscava elaborar uma prova judicial e que, neste sentido, parte do pressuposto de que a possibilidade de simulação é algo a que se deve dar atenção (op. cit., p. 62).

A preocupação com a simulação do periciado parece passar a ser, assim, o cerne em torno do qual, muitas vezes, gira a perícia, ou seja, a questão passa a ser - fale-se disso mais expressamente ou não - que o perito não seja enganado de jeito nenhum. Da busca de um direito referente ao adoecimento, como um afastamento para tratar da própria saúde, parte-se para uma outra busca, secundária, que, em muitos casos, desconfiamos que passa a ser primária: a do crédito ao discurso do periciado. No caso dos transtornos mentais, duas das causas levantadas em relação às dificuldades envolvidas no estabelecimento do nexos que liga o sofrimento psíquico e o trabalho seriam, por um lado, certa banalização desse sofrimento e, por outro, o preconceito referente à possível 'simulação' ou mesmo 'magnificação' dos sintomas que são narrados pelo trabalhador, como se estivesse em busca de 'ganhos secundários', aumentando assim o sofrimento do trabalhador, que vivencia a experiência de ser julgado ou desacreditado (BRASIL, 2018, p.88). Como se viu anteriormente, Szasz

(1956), ao investigar a noção de *malingering*⁵⁵ sem excluir seus aspectos sociológicos, já apontara o poder social do médico ao acumular a função similar à de árbitro de um jogo que deve dizer quais comportamentos merecem ser tratados e quais devem ser punidos. Szasz recusava-se a ver o *malingering* como um diagnóstico tal como a histeria ou a esquizofrenia e afirmava que a relevância da discussão sobre o *malingering* devia-se à condenação moral que jaz implícita no fenômeno. Essa condenação moral pode estar implícita na perícia em saúde, como se abordará mais tarde. Ronda a literatura da perícia a questão da verdade e da mentira, da possibilidade de haver a ludibriação do profissional da perícia (e de outros profissionais de saúde). Em se tratando da grande preocupação com a simulação, é tão arraigada a relação da atividade pericial do médico com a suspeição, que Canguilhem (1978), em sua tese sobre o Normal e o Patológico, indicando a necessidade de um estudo sobre a invalidez por parte de médicos peritos que conseguissem olhar o organismo não apenas como uma máquina com rendimento a ser medido, já indicara que “os peritos, de modo geral, usam a psicologia apenas para descobrir psicoses de reivindicação nos pacientes que lhes são apresentados” (op. Cit., 1978, p. 92). Por outro lado, Vieira (2017) diz que o surgimento da categoria de TEPT (transtorno do estresse pós-traumático)^{56,57} trouxe uma mudança de paradigma importante no que tange à percepção sobre o adoecimento que se refere ao trabalho, pois ampliou a possibilidade de que o ‘trauma’ pudesse ser vivido por uma categoria ampla e não apenas para grupos com algum tipo de predisposição individual para tal vivência. Assim, as agressões vividas no trabalho, além do desgaste referente ao trabalhar, puderam ser ligados ao transtorno do estresse pós-traumático. Entre as mudanças importantes trazidas pelo TEPT, no caso do Brasil, a autora assinala a Lista de doenças relacionadas ao trabalho, que relaciona as figuras do acidente de trabalho e da doença ocupacional, no regulamento da Previdência⁵⁸, havendo equiparação entre as doenças relacionadas ao trabalho e o acidente de trabalho, devendo ser também notificadas pela CAT, a Comunicação de Acidente de Trabalho (Brasil, 1999). É importante apontar a relevância da Lista de doenças relacionadas ao trabalho, na

⁵⁵ Mais adiante, a contribuição de Szasz sobre *malingering* é retomada.

⁵⁶ Na CID 10, o TEPT aparece como “Estado de ‘Estresse’ Pós-Traumático”, incluído na categoria das “Reações ao ‘Estresse’ Grave e transtornos de adaptação”, incluído no capítulo dos Transtornos Mentais. Segundo a descrição fornecida por essa classificação: “Este transtorno constitui uma resposta retardada ou protraída a uma situação ou evento estressante (de curta ou longa duração), de natureza excepcionalmente ameaçadora ou catastrófica, e que provocaria sintomas evidentes de perturbação na maioria dos indivíduos. Fatores predisponentes, tais como certos traços de personalidade (por exemplo compulsiva, astênica) ou antecedentes do tipo neurótico, podem diminuir o limiar para a ocorrência da síndrome ou agravar sua evolução; tais fatores, contudo, não são necessários ou suficientes para explicar a ocorrência da síndrome”.

⁵⁷ Sobre o qual se falará à frente.

⁵⁸ Cabe enfatizar que o regulamento da Previdência não é o mesmo da Unidade SIASS, regido a partir da Lei 8112/1990. No entanto, algumas das figuras jurídicas da Lei 8112 e do próprio SIASS têm estreita relação com os dispositivos do INSS, como o próprio acidente de trabalho e a doença ocupacional.

medida em que oferece uma espécie de norte (ou ponto de partida) aos profissionais de saúde que atendem o trabalhador que sofre de algum agravo e devem dar um destino à sua situação. A elaboração da Lista atende tanto à determinação da Lei 8080/1990⁵⁹, quanto a uma recomendação da Convenção 121⁶⁰, da Organização Internacional do Trabalho (OIT), surgindo como instrumento jurídico em 1999, através da Portaria 1339/GM, sendo posteriormente complementada pelo Decreto 6042/2007. Um dos aspectos importantes dessa Portaria, e que favorece o trabalhador que se submete a condições de trabalho passíveis de suscitar doenças e acidentes, é que, em sua metodologia, superou a denominação ‘doenças profissionais’ e ‘doenças do trabalho’, presentes em instrumentos normativos anteriores (Lei 8213/1991 e Decreto 2172/1997), passando a utilizar a expressão “doenças relacionadas ao trabalho” (Portaria 1339/GM de 1999, p.10). Usando também a Classificação de Schilling⁶¹, que concebe o trabalho como causa preponderante (Categoria I), fator contributivo mas não necessário (Categoria II) e, finalmente, como provocador de um distúrbio latente ou agravador de doença já estabelecida ou preexistente (Categoria III), não descartando a responsabilidade de todos os possíveis aspectos laborais e suas incidências nas condições médicas vividas pelo trabalhador (como, por exemplo, o caso de um trabalhador que já recebera diagnóstico de transtorno mental, mas se mostrava estabilizado devido a tratamento, e o vê agravado por situações referentes ao local de trabalho).

Ainda que uma lista de doenças reconhecidas seja limitada e, como aponta Berlinguer (1983), sempre em defasagem em relação aos riscos que o trabalho apresenta (como se viu na evolução das listas elaboradas pela OIT e o constante acréscimo de doenças), a lista de 1999 apresenta, ainda assim, um passo importante para que o estabelecimento do nexo entre trabalho e doença tenha mais possibilidade de acontecer durante a avaliação pericial. Por outro lado, o Decreto 6042, ao qual se fez menção um pouco acima, incluiu a “associação

⁵⁹ No Artigo 6º da Lei 8080/1990, encontram-se, entre tarefas que cabem ao SUS no âmbito da União, no que se refere à atuação em Saúde do Trabalhador, entre outros, no Inciso VII do parágrafo 3º, a “revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais

⁶⁰ No Artigo 8 da Convenção 121, há a recomendação de adoção de uma lista de doenças ocupacionais, como se vê a seguir: “*Each member shall – (a) prescribe a list of diseases, comprising at least the diseases enumerated in Schedule I to this Convention, which shall be regarded as occupational diseases under prescribed conditions; or (b) include in its legislation a general definition of occupational diseases broad enough to cover at least the diseases enumerated in Schedule I to this Convention; or (c) prescribe a list of diseases in conformity with clause (a), complemented by a general definition of occupational diseases or by other provisions for establishing the occupational origin of diseases not so listed or manifesting themselves under conditions different from those prescribed.*” (1964).

⁶¹ MENDES (1995) aponta que o professor inglês Richard Schilling reconhece a dificuldade de estabelecer a distinção entre doenças causadas e doenças agravadas pelo trabalho, sobretudo no que tange aos fins médico-legais, que envolvem a prestação de benefícios pecuniários.

entre doença identificada como responsável pela incapacidade do(a) trabalhador(a) e a atividade econômica da empresa (...) que passou a ser utilizado nas avaliações médico-periciais (...)” (BRASIL, 2018, p. 28). Esse Decreto, além de trazer o Fator Acidentário Previdenciário (FAP), implementou o Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário (NTEP), cujo objetivo seria o de identificar quais doenças e acidentes têm relação com quais práticas profissionais. A vantagem é, portanto, que, uma vez acometido por um agravo relacionado ao trabalho cuja atividade se encontra nessa listagem, já pode haver uma possibilidade maior de garantia de comprovação do nexo de causalidade, através de consulta à lista.

No entanto, voltando brevemente à contribuição de Vieira sobre o *burnout* e sua relação com o trabalho, ainda assim, há um baixo reconhecimento jurídico do nexo causal entre trabalho e doença, o que se torna ainda mais evidente nos casos de transtornos psíquicos (Vieira, 2017, p. 64). Tanto no caso do *burnout* quanto no caso do TEPT, na medida em que surgem como categorias reconhecíveis e com direito a classificação, percebe-se aí, como afirma Foucault (1969), que, em uma sociedade em que a medicina já é capaz de perceber a transitoriedade e o caráter conjuntural daquilo que é considerado normal ou patológico (ou seja, aquilo que é considerado patológico terá relação direta com as normas de uma país, com seu sistema de valores), a “doença é, em uma dada época e em uma dada sociedade, o que se encontra – prática ou teoricamente – medicalizado⁶²” (Foucault, 1969, p. 284), ou seja, reconhecido como tal pelo saber médico e passível de ser objeto de intervenção de sua prática. Como pontua Zorzaneli (2011), haveria a existência de sintomas preferenciais, sendo exatamente os que correspondem aos quadros que adquiriram legitimidade pela ciência médica.

⁶² Sobre o conceito de medicalização em Foucault, ZORZANELLI e CRUZ (2018) apontam o que seria “uma primeira definição de medicalização, que aparece em ‘O nascimento da medicina social’: tal conceito é utilizado para descrever as intervenções médicas ao longo da história, e sob as quais a existência humana seria modificada positivamente, por meio da sanitização das cidades, por exemplo, ou negativamente, por meio de um controle social autoritário sobre o corpo e as condutas. Para caracterizar a definição de medicalização como intervenção médica na sociedade, Foucault apresenta três etapas da formação da medicina social no contexto da Alemanha, França e Inglaterra que tiveram, respectivamente, como objetos da medicalização: o Estado, as cidades, e a força de trabalho” (p. 722).

2.1.2. As LER/Dort e a descaracterização do nexu epidemiológico

O conjunto das LER/Dort também chama atenção. Sendo de alta prevalência e consideradas como “agravos relacionados ao trabalho decorrentes da utilização excessiva, imposta ao sistema musculoesquelético, sem que haja tempo para sua recuperação fisiológica” (BRASIL, 2018, p. 1974), têm relação, segundo documento oficial, com “pressão por produtividade, relações de hierarquia muito rígidas e competitividade exacerbada e estimulada pelos organizadores da produção (op. cit., 2018, p. 75). No entanto, tal padecimento não dispõe de exame laboratorial ou de imagem, nada que se adeque às exigências de mensuração objetiva, além de trazer o componente da dor, cuja subjetividade é muitas vezes apontada por médicos como fator que dificulta a chegada a conclusões (como se verá à frente em algumas entrevistas). Assim, o raciocínio clínico-epidemiológico é fundamental para que se faça não apenas o diagnóstico de LER/Dort, mas sua relação com o trabalho (op. cit., 2018). O diagnóstico, no caso desse quadro patológico, acaba por se basear na percepção que o trabalhador tem sobre seu corpo e seus sentimentos, porém a prática médica arraigada baseia-se, ao conferir um diagnóstico, em exames subsidiários, sendo a fala do trabalhador preterida (Sato, 2001).

No que tange ao nexu causal das LER/Dort com o trabalho, Verthein e Gomez (2001) apontam as constantes recusas dos médicos peritos do INSS de tal nexu, apesar de ter havido a mudança no nome de LER (Lesão por esforço repetitivo) para o de Dort (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho), na década de 1990. Essa recusa deixa claro como o terreno é espinhoso e evidencia a dificuldade que é relacionar processos de adoecimento ao trabalho. Como é previsto em lei, o reconhecimento que atrela o adoecer ao trabalhar confere mais direitos ao trabalhador, isto é, o nexu epidemiológico entre o quadro patológico e o trabalho traz ganhos financeiros que buscam tentar compensar o agravo causado pelo trabalho. Segundo os autores:

“O termo DORT parecia atender a esta expectativa mas a reapropriação desse território pelo INSS, nos anos 90, reverte a ideia, enfatizando com o conceito de distúrbio a noção de uma doença adquirida por predisposição do sujeito. Este deslocamento coloca a questão da decisão, também do INSS, de 1987 e de 1991, de as LER serem classificadas como doenças do trabalho” (Verthein e Minayo Gomez, 2000, p. 102).

Segundo os autores, um grupo do INSS de Minas Gerais passou a conceder mais benefícios B91 do que os B31⁶³. É curioso notar que tal fato, ao se tornar conhecido, acabou por gerar polêmica entre os peritos de outros Estados e, quando mencionada por alguns dos médicos peritos entrevistados, foi escolhido o verbo “facilitar” para caracterizar o exercício profissional dos médicos de Minas Gerais diante de seus segurados. Essa interpretação segue a equivocada pista segundo a qual, ao conferir o nexos causal entre a doença e o trabalho e, portanto, referendar o benefício B91, esses profissionais estivessem, em vez de executando um procedimento técnico de avaliação que inclui uma análise ampla dos fatores envolvidos (pensando, portanto, a multicausalidade), facilitando a vida do trabalhador. Tal polêmica e ainda o fato de esses peritos que estranharam o chamado “grupo mineiro” pedirem normativas mais homogêneas de como lidar com as LER/Dort, evidencia o que será discutido adiante sobre o caráter de incerteza do ato pericial e de sua natureza interpretativa, elementos que, ao serem reconhecidos e admitidos, podem ajudar a pensar a prática da perícia dentro de limitações que lhes são intrínsecas.

Baruki (2018) aponta um movimento de descaracterização do vínculo epidemiológico que liga o ambiente ocupacional às disfunções musculoesqueléticas. A autora alerta para o fato de que pacientes que anteriormente tinham seu diagnóstico ligado à sobrecarga de trabalho – como é o caso das LER/Dort – passam a receber a denominação de fibromiálgicos, perdendo-se a associação entre seus sintomas e o trabalho. A autora cita norma técnica de 1998 do INSS sobre as LER/Dort, em que a fibromialgia é classificada como ‘patologia não ocupacional’ (Baruki, 2018, p. 87).

Sobre a descaracterização do nexos epidemiológico das LER/Dort com a vida ocupacional, em outro trabalho com o INSS do Rio de Janeiro, Verthein e Minayo-Gomez (2001) identificam a associação entre tal quadro e os discursos da neuropsiquiatria no sentido de uma construção paulatina das LER/Dort como possuindo origem individual e psicológica e associando-se, por conseguinte, à neurose. Junto a isso, soma-se mais uma vez a suspeição em relação a essa condição, levantada por médicos da Austrália, onde, na década de 1980, o aumento dos benefícios que relacionavam o quadro ao trabalho fez com que novos estudos surgissem apontando como causa das queixas a própria existência de um sistema de compensação pecuniária. Bell, citado pelos autores, afirma que “os trabalhadores que

⁶³ No INSS, o auxílio-doença (B31) é dado a trabalhadores doentes que sejam incapacitados para o trabalho por qualquer tipo de doença, ao passo que o auxílio-doença acidentário (B91) é dado a trabalhadores doentes e incapazes para o trabalho quando o nexos é confirmado pelo médico perito (Verthein e Minayo-Gomez, 2000, pp. 103-104).

apresentam a sintomatologia das dores osteomusculares são em geral *malingering*⁶⁴, ou seja, as dores são fingidas para que não se precise trabalhar (Op. Cit., 2001, p. 460). Outro autor citado no trabalho de Verthein e Minayo-Gomez, Lucire, refere-se a uma neurose simulada ou “artesanal”, diretamente ligada à possibilidade de recebimento de benefício. Estudando o caso da Austrália com as RSI (*Repetitive Strain Injury*) em cotejamento com o caso brasileiro de questionamento de sua etiologia laboral, Verthein e Minayo-Gomez se perguntam como se torna possível reduzir a uma visada totalmente psicológica uma doença do trabalho, além de pensarem sobre as consequências que a psiquiatrização, assim manejada, tem sobre a negação do nexo. Também no caso do INSS/RJ, viu-se que problemas de trabalho são transmutados em problemas pessoais e psicológicos, além da pressuposição, por parte dos peritos médicos entrevistados pelos autores, de que a fuga dos problemas socioeconômicos faz com que o trabalhador forje uma doença (op. cit., 2001, p. 468). Assim, há a construção de um “sujeito doente”, cujo perfil mórbido conteria algumas características que o içariam, com seu mal-estar, para longe da relação com a vida laboral: distúrbios osteomusculares passam a ser concebidos como parte de doenças crônicas ou degenerativas, que acometem quaisquer pessoas (visão que subtrai, assim, a especificidade do vínculo com o trabalho); a personalidade daquele que traz a queixa predisporia o trabalhador ao adoecimento; e, finalmente, as LER são concebidas não como doenças propriamente ditas, mas como um aglomerado de sintomas de estresse que incidiriam sobre sujeitos predispostos a desenvolver transtornos mentais ou somatizadores (p. 468).

Maeno (2018), em sua tese sobre a perícia e os casos de LER/Dort no âmbito da Justiça, aponta achados semelhantes, em que, nas controvérsias acerca do quadro, o diagnóstico é imputado a um sistema previdenciário que proverá reparação financeira, sendo, na verdade, um problema de origem psicológica. Por outro lado, como já se mencionou, a epidemia de LER/Dort deve-se, segundo alguns autores investigados por Maeno, “à existência de pessoas mal intencionadas” (op. Cit., 2018, p.81), com deliberado fingimento de incapacidade, cujo intuito nada mais é do que receber benefícios previdenciários. E, assim como Baruki, Maeno também aponta a transformação das LER/Dort em fibromialgia, o que descaracteriza o nexo causal.

Citando o 3º Congresso Brasileiro de Perícia Previdenciária, de 2011, ocorrido no Rio de Janeiro, Maeno aponta que, na programação, prevalecia o viés segundo o qual haveria um “desequilíbrio atuarial na Previdência Social” e, neste sentido, os peritos médicos deveriam

⁶⁴ Essa noção será discutida um pouco mais na próxima seção.

estar preparados para detectar a fraude, a simulação e a dissimulação, sobretudo dos trabalhadores que apresentassem o diagnóstico de LER/Dort e os que apresentavam problemas psíquicos (op. Cit., 2018, p. 83).

2.2. Incerteza, moralidade, justiça e presunção de simulação no ato pericial

Ao ler textos de artigos ou de manuais sobre perícias médicas, encontra-se uma constante: a explicação de seu diferencial em relação a outros encontros entre médico e paciente fora do contexto pericial. Melo (2014), ao apontar o “deslocamento do fim assistencial da medicina” no contexto da atividade de perícia, explica-o fazendo alusão a uma “natureza do trabalho médico-pericial” (p. 56). De fato, a autora aponta que, nessa relação, há um atravessamento de diversos atores relevantes do ponto-de-vista político e econômico, como as empresas, os sindicatos e o próprio Estado, o que não ocorre sem efeitos sobre essa relação. É possível dizer, assim, que a relação entre o perito e o periciado, essa relação médico-paciente *sui generis* à qual os manuais preferem atribuir outros nomes, tem suas especificidades. No entanto, é importante chamar atenção para o fato de que atribuir uma ‘natureza’ a essa relação é, ao mesmo tempo, retirar sua historicidade, perder de vista os elementos que podem estar envolvidos na construção daquilo que se considera que deva ser um procedimento pericial, e que esses elementos (os presentes e os ausentes) não estão onde estão por acaso. As especificidades da prática pericial são contingentes, e o discurso que se encontra sobre elas poderia ser outro se outros fossem os princípios norteadores que a embasam. Observa-se também, nessa literatura sobre perícias médicas relacionadas ao trabalho, a presença de algumas temáticas recorrentemente ligadas à atividade pericial, que podem ser compreendidas exatamente como parte de sua ‘natureza’. Essas especificidades podem, de fato, até servir a um melhor funcionamento de suas finalidades. Mas são construídas e têm uma base para tal. Nesta seção, discutiremos alguns desses temas associados à atividade do perito.

Apesar de algumas diferenças significativas, no Manual da Perícia Oficial em Saúde do SIASS, a importância de que o médico perito fique atento às possíveis simulações não é uma característica que esteja ausente do rol de requisitos que indicam uma boa atuação do perito, que já carrega um nome de peso em sua função, como afirma Codo (2013). O autor analisa o símbolo da Associação Nacional de Médicos e Peritos (ANMP), cuja imagem reflete

a fusão da justiça com a medicina. Sendo a perícia um ramo da medicina legal, agora acrescido ao poder de cura, tem o poder de “julgar, de decidir sobre o destino alheio, de culpar ou absolver” (Codo, 2013, p. 23), embora sejam esses – a cura e o julgamento/a absolvição –, para o autor, poderes incompatíveis.

A relação com a justiça é enfatizada por Almeida (2011), que, destrinchando o que seriam os elementos bioéticos presentes na relação médico perito-periciado, insiste em que o perito médico tem compromisso com a verdade e a justiça, e não com o paciente, melhor designado de periciado. No caso, trata-se da justiça distributiva referente aos cofres públicos. Segundo o autor, de formação médica, o perito seria um “ordenador de despesas públicas”, devendo ter a preocupação de racionalizar as despesas. Além disso, há outras associações feitas em relação ao ato pericial em seu artigo: “Cabe ao perito aplicar os *princípios da justiça e da moralidade* ante situações que afrontem a equidade de acesso a recursos financeiros públicos (...)” (Almeida, 2011, p. 285, grifo meu). A perícia é, portanto, identificada com a moralidade, em um pressuposto de que há uma população a ser moralizada, e, no intuito de fazer justiça, buscar a fraude, que parece já ser esperada, acionando um mecanismo de prontidão em relação à sua possível ocorrência.

Sobre a questão da moralização existente na prática pericial, é importante sempre lembrar aquilo que Foucault já apontava no que concerne à vocação moral e vigilante da medicina. Em *O nascimento da clínica* (2015), Foucault aponta que, no século XIX, à medida em que a medicina vai sendo cada vez mais ligada ao destino dos Estados, sua missão passa a se situar para além de um corpo de técnicas e saberes relacionados à cura, mas à definição do que seria o “homem modelo”. Ele afirma que, na “gestão da experiência humana, [a medicina] toma uma postura normativa que não a autoriza apenas a distribuir conselhos de vida equilibrada, mas a reger as relações físicas e morais do indivíduo e da sociedade em que vive” (op. cit., 2015, p. 37). Enquanto que, até o final do século XVIII a medicina está mais próxima da saúde do que da normalidade, no século XIX efetua uma inversão em seu posicionamento, aproximando-se mais da normalidade do que da saúde. Desse modo, os olhares médicos, segundo o autor, cruzam-se pelo espaço social e exercem uma vigilância constante.

Ainda no que diz respeito à função do perito em relação à justiça, em obra sobre *A simulação na Perícia Médica*, Vasconcellos (2011) defende aquilo que vem mais ou menos explícito nos manuais de perícia médica ao afirmar que a função da perícia é a procura da verdade dos fatos para auxiliar melhor a Justiça. O tom de seu estudo parece carregar uma bandeira moral como sendo uma característica própria da função da perícia médica, ao

afirmar que cabe “ao Médico Perito [notem-se as iniciais maiúsculas] encontrar a verdade, em ambientes em que as incertezas, as falsidades, as coisas obscuras são postas a serviço daquele que quer algo mais do que merece” (op. cit., 2011, p. 22). Mais um elemento aparece: o aspecto meritocrático. O autor alerta para que o profissional da perícia tenha um cuidado a mais com o que chama de “alegações de falsos acidentes de trabalho, que tanto fazem as confusões do recente Nexo Técnico Epidemiológico, mais frequente às segundas-feiras” (op. Cit., 2011, p. 23).

Apesar de o discurso da obra ser o daquele em que, através de técnica e atenção, o perito médico seria o profissional imbuído da missão e da capacidade de chegar ao fato das doenças e dos diagnósticos, por outro lado, o juízo de valor feito de antemão, explicitamente enfatizado em diversos momentos do livro, traz uma contradição. Esse juízo demonstra a inclinação apriorística da atitude do médico perito mais para o lado da desconfiança do que para o da indagação, embora esta última pareça ser a atitude mais propícia ao “investigador”, para usar um termo do próprio autor. Talvez o investigador seja aquele que não sabe a resposta da pergunta que formula, mas admite seu não-saber, tal qual um pesquisador. Ele faz perguntas, não desconfia. E, como um pesquisador que tem hipóteses e desconhece a resposta, talvez não saiba que há perguntas que poderia fazer e não fez, fazendo parte do processo descobri-las. No entanto, com a desconfiança como instrumento privilegiado de trabalho, pode-se dizer que a busca se inicia viciada.

Leão e Brant (2015), em artigo sobre o papel da Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat) e a importância de que as atividades não se centrem exclusivamente na busca de sintomas e em ações clínicas de diagnóstico e tratamento, lembram que os diagnósticos e mesmo os estabelecimentos ou não de nexos causais não constituem atos objetivos. Ou seja, eles não são desprovidos de valores morais e ideológicos, mas, ao contrário disso, tratam-se de práticas sociais determinadas pela cultura (Leão e Brant, 2015, p.1277). Na medida em que o perito médico (ou qualquer outro profissional que esteja imbuído da prática de auxiliar a perícia) acredita que seu trabalho é realizado a partir de critérios neutros e objetivos, carregando o bastião da moralidade frente ao trabalhador, acaba por deslocá-lo para o papel de ‘espertalhão’ (op. Cit., 2015, p. 1277) e, nessa dinâmica, o profissional de saúde passa a ocupar o lugar de “agente moral”, deixando para um plano secundário sua função principal, que seria a de escutar a narrativa de sofrimento trazida pelo trabalhador periciado, para, em vez disso, organizar seu trabalho em torno da interpretação de mentiras e verdades (op. cit., 2015, p. 1277).

Entre outras, fica a pergunta sobre os efeitos de uma leitura como a de Vasconcellos, absolutamente centrada na busca da simulação no ato pericial, cuja ênfase faz parecer que o trabalho se resume a isso. Qual seria a influência dessa bibliografia sobre um médico perito novato, que não tem experiência de trabalhar com perícia e que, para estudar, recorre aos manuais de perícia e, buscando bibliografia complementar, tem em mãos o livro de Vasconcellos? Chama também a atenção o subtítulo de sua obra: “a arte e a ciência de investigar a verdade pericial”. Que ciência? E que verdade?

Outro ponto que chama atenção no texto do autor é o discurso de disputa que aparece em sua descrição ao falar do trabalho do perito. Em seus termos: “Não se pode negar uma certa sensação de vitória pericial inerente ao jogo de ‘esconde-esconde’ ao se descobrir um dado oculto, uma situação forçada, um documento inválido, uma reação errática” (op. Cit., 2011, p. 23), afirmando, em seguida, que esse fato deve servir para “aguçar ainda mais o senso investigativo pericial, nesse ‘jogo bem jogado’ de interesses, fatos e versões” (op. Cit., 2011, p. 23). Com toda a preocupação em desenvolver o que considera um exímio trabalho de perícia médica, o autor em nenhum momento se pergunta acerca de sua atitude de antemão face ao trabalhador, aos possíveis motivos do que chama de “reação errática” e àquilo que pode convidar o trabalhador ao exagero de seus sintomas. No polo oposto, Jardim (2000) defende que, no trabalho do médico-perito, não deve haver a preocupação com o desenvolvimento de instrumentos finos de detecção de simulações (Jardim, 2000, p. 110). A autora defende ainda que “não há perícia sem clínica”⁶⁵ (op. Cit., 2000, p. 112). Como afirma Codo por outro lado, não precisa acontecer a fraude em si para que haja alteração no comportamento do perito, bastando que se saiba que existam fraudes (mesmo que não se saiba sua prevalência) para que haja, imediatamente, a mudança e a influência no comportamento de um perito que pode, inclusive, nunca ter sido fraudado (Codo, 2013, p. 33). Já Seligmann-Silva (1994), em seu estudo sobre o desgaste mental em trabalhadores de indústria siderúrgica e outras, em Cubatão, São Paulo, colheu uma série de histórias de vida sugestivas das condições de trabalho e vivências de adoecimento. Com respeito à identificação, pelos operários, de um adoecimento em curso, muitas vezes estes se recusavam a admitir a possível presença de uma doença e, entres alguns dos motivos levantados para isso, havia o receio de ser tido como “simulador de doenças para obter vantagens” (p. 163).

⁶⁵ Essa é uma afirmação de extrema importância, a ser retomada na análise das entrevistas, pois rompe com algumas das noções veiculadas nos receituários de práticas periciais, em que a separação entre o que faz um clínico e o que faz um perito norteia não apenas o que se espera de um médico perito, mas daquilo que ele passa compreender do fazer pericial, caso absorva essas ideias sem problematização. Veremos na análise do material empírico a referência a um ‘olhar clínico’ e a um ‘olhar da perícia’.

Sobre a questão da suspeita, presente na literatura e nos manuais, vale se deter um pouco sobre a contribuição de Fassin e Rechtman (2009) sobre a construção da categoria de trauma no que tange à sua relação com o estatuto da suspeição.

2.2.1 Trauma, Suspeição e TEPT

Fassin e Rechtman (2009), aludindo a grandes acidentes e ataques terroristas, apontam como a noção de trauma, consolidada no pós-Segunda Guerra Mundial, e a categoria do transtorno do estresse pós-traumático passam a ser amplamente reconhecidas socialmente nos Estados Unidos. Anteriormente a esse reconhecimento, a suspeita era uma constante e, no caso de soldados que haviam sofrido algum tipo de choque traumático, desconfiava-se da simulação tributária da evitação de retorno ao *front*. Somando-se a isso, os acidentes de trabalho evidenciariam sintomas que, em realidade, esconderiam, segundo os profissionais de saúde, um desejo mais ou menos consciente de algum tipo de reparação financeira. O trauma era uma condição suspeita, e a vítima, imersa em ilegitimidade. No entanto, como se vê hoje em dia, em grandes acidentes e catástrofes, o estatuto do trauma adquiriu outra roupagem.

Fassin e Rechtman afirmam que, bem anteriormente ao surgimento do TEPT, havia a categoria de ‘neurose traumática’, que surge no final do século XIX ligada à ideia de compensação financeira, relacionando-se aos acidentes ferroviários inicialmente. Nesse contexto, para acompanhar a aplicação das leis trabalhistas, a psiquiatria forense amplia seu campo de atuação e pesquisa para acompanhar os acidentes de trabalho. O julgamento moral feito em relação aos trabalhadores surge nos livros dessa disciplina, que apontam que os trabalhadores preferiam o adoecimento a “servir a nação através de seu trabalho” (op. cit., 2009, p. 36), antecipando a suspeição que viria a recair sobre os soldados acusados de não querer defender seu país quando recusavam voltar ao *front*.

A categoria médica da “sinistrose” mostra o quanto de suspeição recaía sobre os trabalhadores no contexto do começo do século XX. Essa condição era atribuída aos trabalhadores que sofriam de acidentes ferroviários, com efeitos psicológicos que surgiam posteriormente, tendo estes um tratamento diferenciado em relação às vítimas que não trabalhavam na companhia de trens. A sinistrose foi uma categoria que ainda estava em vigor até a década de 1970 do século XX. Para os médicos do início do século, havia relação entre a duração dos sintomas e o recebimento de compensação financeira, com maior persistência do

quadro patológico no último caso. Em breve paralelo, pode-se trazer o exemplo do Brasil da década de 1940, em que havia uma inclinação dos médicos peritos (profissionais das chamadas “ciências do comportamento” e da psicotécnica⁶⁶) a se posicionarem de modo desfavorável aos operários que reclamavam indenização por acidentes de trabalho, verificando-se, em suas conclusões, a sinistrose, que atendia por outras alcunhas, como “neurose de renda” e “indenizofilia”, denominações cuja definição era a de “delírio pleitista, querelante, de reivindicação” (Bertolli Filho, 1993, p. 46). A recalcitrância⁶⁷ dos sintomas diante de tratamentos robustos era relacionada à falta de vontade de recuperação por parte daqueles que eram diagnosticados com essas condições médicas (Fassin e Rechtman, 2009).

A situação dos soldados em guerra é particularmente ilustrativa da suspeição que seus sintomas causavam entre as autoridades militares e os médicos. O objetivo do médico, ao avaliar os ferimentos apresentados, era apontar se eram autênticos ou se tratavam de mutilações auto-infligidas. Neste último caso, indicariam um “ato de deserção”, devendo buscar, o médico, a detecção do *malingering* (Fassin & Rechtman, 2009, p. 42). Retomando as contribuições de Szasz sobre *malingering*, no âmbito militar, sua detecção levava as autoridades militares a punirem o paciente, sendo associado a algo criminoso, e sua impregnação moral acabava por invalidar a categoria como diagnóstico científico (sendo esse o motivo da recusa do autor em conceber o *malingering* como diagnóstico psiquiátrico).

Szasz enfatiza que o uso tradicional que se fazia do *malingering* à sua época destinava-se aos comportamentos não aprovados pela sociedade e que poderiam fazer contornar deveres considerados desagradáveis. As dores desprovidas de lesão somática encontravam-se entre os sintomas de baixa reputação, o que era ainda mais forte no serviço militar. O autor afirma que um soldado com dor de cabeça já era suspeito de *malingering*, por exemplo. Szasz frisa, porém, que se o *malingering* é ligado à enganação, não muito tempo antes “toda sorte de comportamentos hoje considerados ‘doença mental’ eram pensados como sendo ‘*malingering*’”⁶⁸ (SZASZ, 1956, p. 435). Ou seja, o autor alertava para o fato de que o diagnóstico não se constitui em uma entidade dada e pronta, mas que se transforma conforme os fatores culturais circundantes. Por outro lado, o papel do observador na consideração moral do *malingering* também é digno de nota, e Szasz lança mão do exemplo dos campos de

⁶⁶ Segundo BERTOLLI FILHO, a psicotécnica era, na década de 1940, considerada como “área do saber plenamente capacitada para selecionar os operários, “corrigir” os faltosos e, em continuidade, garantir um melhor rendimento do trabalho industrial” (Bertolli Filho, 1993, p. 38).

⁶⁷ Sobre a demora na cura, SELIGMANN-SILVA, em entrevistas com trabalhadores vítimas de acidentes, aponta o acidente sofrido como a quebra da defesa da negação dos riscos na situação de trabalho, passando a ser percebida, tal situação de trabalho, como muito perigosa (1994, p. 239).

⁶⁸ No original: “(...) *all sorts of behavior now regarded as ‘psychiatric illness’ was thought of as ‘malingering’*”.

concentração na Segunda Guerra Mundial. Nessa perspectiva, em tais campos, a simulação era considerada saudável nas vítimas, dado que essa era a única forma de sobreviver, visão que era partilhada pelo psiquiatra se ele estivesse do lado da vítima. Todavia, para os nazistas, a simulação violava as regras do jogo, e era considerada *malingering*, no mau sentido do termo. A conclusão de Szasz é, portanto, que o uso do termo diz mais sobre “a concordância ou discordância com o juízo de valor da estrutura social em que ele [o observador] e o paciente vivem do que sobre o comportamento deste último”⁶⁹ (op. cit., 1956, p. 442). Ou, como afirma Safatle (2011) em seu estudo sobre as noções de saúde e doença em Canguilhem, o modo como se organiza, pelo observador, o que tem para ser visto e ouvido determinará o que a doença (ou o fenômeno) expressa.

Observando a historicização promovida por Fassin e Rechtman, vê-se que *malingering* é relacionado à covardia, é equiparado a um ato de deserção e, como se fosse pouco, é tido como simulação durante um largo período do século XX. E mesmo os soldados que apresentavam sintomas psicológicos eram vistos com a mesma suspeita que guiava o olhar para aqueles que se autoinfligiam ferimentos para escapar ao combate. Assim, a neurose traumática também ganhou o desprezo do corpo militar, incluindo-se os médicos (Fassin & Rechtman, 2009, p. 42), e a suspeição guiava o diagnóstico e a prática terapêutica, uma vez que, para os especialistas da medicina forense do início do século, mesmo antes da Primeira Guerra Mundial, o trauma, a histeria, a sinistrose e o *malingering* tinham todos a busca da vantagem pessoal como pano de fundo.

Apesar de haver mudanças nessas visões com o fim da Primeira Guerra Mundial, os autores assinalam que, ainda assim, até a década de 1970, os trabalhadores que haviam sofrido algum acidente ocupacional que apresentassem sintomas do que se considerava histeria ou trauma ainda despertavam suspeitas (op. cit., 2009, p. 53). Foi necessário que surgisse o sofrimento amplamente divulgado dos campos de concentração do Nazismo, na Segunda Guerra Mundial, para que a categoria de trauma fosse “reposicionada”, surgindo a “síndrome do sobrevivente” (*surviver syndrome*) como entidade clínica que substituiu a neurose traumática nesse contexto (op. cit., 2009, p. 73). Finalmente, os sintomas apresentados por uma pessoa que havia sofrido uma situação traumática deixaram de ser atribuídos a uma personalidade fraca ou a problemas morais, mas como uma reação normal que qualquer um poderia apresentar de acordo com a situação anormal a que fosse exposto. Fica obscurecida a questão dos ganhos secundários, e o diagnóstico de TEPT, categoria emergente, passa a dar

⁶⁹ No original: “(...) *the observer’s agrément or disagreement with the value judgment of the social structure in which he and the patient live than it does about the latter’s behavior*”.

direito a uma reparação financeira (op. cit., 2009, p. 77). Como aponta Jardim (2001), o TEPT, atualmente, também pode se relacionar a aspectos da organização do trabalho e seus efeitos sobre grupos de trabalhadores na contemporaneidade.

Fassin e Rechtman estudam as condições de possibilidade de surgimento dessa categoria no DSM III (1980), relacionada à luta das mulheres feministas, ao dar cada vez maior visibilidade aos traumas sexuais sofridos na infância e adolescência e os veteranos da Guerra do Vietnã. A terceira edição do DSM⁷⁰, a partir de uma força-tarefa que objetivava aumentar a confiabilidade dos diagnósticos psiquiátricos, acabou por conferir um lugar válido ao trauma psíquico, reconhecendo, por conseguinte, o *status* de vítima⁷¹. Sendo os sinais do TEPT iguais aos da neurose traumática e sua etiologia reconhecida a partir do evento traumático em si e não em decorrência de alguma característica individual, a suspeição acaba por desaparecer definitivamente (Fassin e Rechtman, 2009, p. 87). É interessante notar, no entanto, que Fassin e Rechtman trazem duas afirmações que se contradizem entre si: ao mesmo tempo em que asseveram que a ressignificação do trauma pela literatura científica legitimada teria levado à remoção da dimensão moral da prática clínica, por outro lado também afirmam que a valoração moral continua a ser reintroduzida no exercício das atividades clínicas de psiquiatras e psicólogos (p. 95).

Hoje em dia, com a possibilidade de o TEPT ser relacionado ao trabalho, no caso de vivências de violência por seguranças de instituições bancárias, ou de motoristas e cobradores, que sofrem assaltos com frequência ou nos casos de assédio moral vivido pelo trabalhador, o desafio é responsabilizar a organização de trabalho pelos danos causados ao trabalhador, sendo que o campo da saúde mental é chamado a promover a legitimação da “verdade da dor do trabalhador”, figurando-se, essa categoria nosológica, como ‘evento sentinela’ que deveria propiciar a revisão da organização de trabalho onde o acidente teria ocorrido (Jardim, 2001, p. 78-79).

⁷⁰ Sobre a mudança de paradigma no conhecimento psiquiátrico anterior a 1980 e o debate político do qual foi fruto a terceira versão do DSM, além de outros aspectos ver RUSSO E VENÂNCIO, 2006.

⁷¹ Segundo SARTI, a noção de vítima dá legitimidade moral às reivindicações e confere inteligibilidade ao sofrimento de alguns segmentos sociais. Com a inclusão do TEPT no DSM-III, “essa categoria diagnóstica constitui um dos suportes do tratamento das vítimas de violência na área da saúde mental na atualidade, constituindo-se em um importante articulador ideológico na produção da noção de vítima de violência no mundo contemporâneo” (Sarti, 2011, p. 55)

2.3. Perícias baseadas em evidências

A partir das reflexões acerca da simulação e da suspeição, presentes na literatura sobre perícia, é possível indagar-se sobre a perícia médica no lugar de produzir legitimação ou deslegitimação – de direitos, de realidades, de sofrimentos. Como foi apontado a partir da Tese de Vieira, o reconhecimento do médico perito é um dos momentos em que a doença adquire o atributo da legitimidade. Foucault novamente traz uma importante contribuição para pensarmos a questão da legitimação da doença e das evidências do adoecimento ao traçar um panorama das transformações do saber médico ao longo dos séculos, e aponta algo relevante: com o desenvolvimento da anatomia patológica no interior da medicina, emergiu um fundamento “objetivo, real e indubitável de uma descrição das doenças” (2015, p. 142). Há uma frase de Foucault que mostra o caráter de escolha presente em alguns aspectos da prática médica: com a anatomia, “o olhar penetra no espaço que ele estabeleceu como objetivo percorrer” (op. cit., p. 150, grifo meu). Ou seja, a forma como se dá o estabelecimento da objetividade é uma escolha. Com as mudanças ocorridas no método usado pelo médico para identificar a doença e agir sobre ela, ocorre a determinação de um instrumental que qualificará o sujeito do conhecimento como sendo portador de legitimidade. Não se pode deixar de dizer que, herdando essa tradição, o perito será o sujeito de conhecimento. Nos termos de Foucault:

A medicina anatomoclínica não é, portanto, a simples superfície de contato entre o sujeito cognoscente e o objeto conhecido; é a disposição mais geral do saber que determina as posições recíprocas e o jogo mútuo daquele que deve conhecer e daquilo que é cognoscível. O acesso do olhar do médico ao interior do corpo do doente (...) é o resultado de uma reformulação no nível do próprio saber e não no nível de conhecimentos acumulados (...) (op. cit., pp. 151-152).

A visibilidade, na formação do conhecimento e da prática médica, vai assumindo um lugar de destaque, no sentido de contribuir com a produção da objetividade que se perseguia. Ortega (2008), discutindo a maneira como as imagens vão ganhando *status* no interior do saber médico, aponta que, nas tecnologias de imagem que começam a aparecer desde meados do século XX, como o Raio-X, há um apagamento do contexto sociocultural e econômico em que se produzem tais evidências, o que se torna ainda mais intenso com novas tecnologias de imageamento (op. cit., p. 137). Para Ortega, o que as novas tecnologias oferecem ao sujeito do conhecimento médico é uma imagem de um corpo destacado do ambiente, fragmentado,

desprovido de subjetividade (idem, p. 148). Assim, pode-se refletir que a prevalência de tais técnicas e a primazia da imagem no diagnóstico ajudam a recrudescer a retirada do caráter político e social de uma categoria nosológica qualquer, para depositar ênfase no que é individual, biológico, genético e psíquico. Como pontua o autor, essa ‘virada visual’ faz com que a visualidade se torne o critério de verdade mais respeitado, sendo que a cada inovação tecnológica naquilo que é visual vai levando “à substituição do exame físico e do contato direto médico-paciente por formas indiretas de relação médico-paciente, mediadas por máquinas e aparelhos cada vez mais sofisticados” (op. cit., 169). Discutiremos, no próximo Capítulo, o surgimento da junta pericial feita por videoconferência, no âmbito do SIASS.

Melo e Assunção (2003), a partir de entrevistas com médicos peritos no contexto de avaliação da capacidade laborativa do segurado da Previdência Social, asseveram que a prática médico-pericial mostra-se como um ato interpretativo (op. Cit., 2003, p. 122), o que leva à indagação sobre quais princípios estariam na base da atividade pericial, que, certamente, poderá se diferenciar de outra, dado que, exatamente por se tratar de um ato interpretativo, gera a possibilidade de que haja mais de uma conclusão. Elas trazem à tona o caráter eminentemente político e, portanto, não neutro do ato pericial. O caráter político da perícia deve-se ao fato de a interpretação envolver necessariamente formas de reconhecimento e percepção da realidade, o que se dá a partir da construção social que vige no médico perito (op. Cit., p. 124). Para o saber médico que se deparava com o instrumental da anatomoclínica, não se trataria de interpretação, mas de conhecimento objetivo e evidência empírica exclusivamente.

A pesquisa das autoras traz à tona alguns dados interessantes sobre a percepção que os peritos entrevistados verbalizavam sobre seu trabalho. Um ponto que chama atenção é a da semelhança da tarefa com a de um juiz, uma vez que são reunidos dados, provas e evidências para constituir elementos de convicção no perito em relação à decisão que irá tomar. Outro ponto é a variabilidade das decisões, uma vez que estas têm base na natureza interpretativa da prática pericial; verifica-se aí a presença da dúvida, apesar da premência da decisão que deverá ser tomada e do parecer a ser exarado, com o tempo relativamente curto para que os impasses se rearranjem. A dúvida traz embutida a preocupação em não prejudicar o segurado, que leva ao seu benefício em caso de dúvida (*in dubio pro misero*), junto ao receio de ser benevolente, o qual caminha, por sua vez, ao lado do receio de prejudicar o trabalhador (Melo e Assunção, 2003, p. 114). Existem, portanto, vários elementos presentes nas decisões que os peritos devem tomar, e que não são evidentes antes do exercício da atividade de perícia, que, como se pode esperar, abrange muito mais do que o trabalho prescrito contido nos manuais.

Por outro lado, também surge nas entrevistas das autoras, a função de balança, lugar ocupado pelo médico perito, entre a instituição beneficiária e o segurado, questão que se acopla à do juiz, como se houvesse uma suposta isenção.

No que diz respeito a esse lugar de balança e meio-termo entre saberes e instâncias, Foucault irá apontar que a medicina, no século XVIII, é chamada a resolver querelas entre o Estado e a Igreja, o que já mostra uma vocação do saber médico para intermediar e decidir. Isso acontecia no caso de crimes derivados do que seria, à época, compreendido como possessões e bruxarias, e as decisões se davam no sentido de optar pela condenação ou pelo internamento daquele que cometera o crime, conforme a concepção prevalente do que estaria em sua causa. Ainda que não com esse nome e em outro contexto histórico, quando a medicina é chamada a partir de um lugar de saber que resolverá a dúvida, não deixa de ocupar o lugar de mediação que a perícia parece ocupar para os médicos peritos que, na pesquisa estudada (e também no material empírico desta pesquisa, quando a ideia de ‘interface’ surge com frequência), assumem essa função de balança entre duas partes. No caso dos crimes que recebiam indulgência por serem tidos como oriundos de possessões demoníacas, as autoridades civis e religiosas passam a recorrer ao testemunho da medicina, como salienta Foucault, para negar o suposto caráter sobrenatural dos fenômenos e, ao mesmo tempo, convencer a todos de que os fatos que redundam em crimes estão todos dentro do campo de possibilidades da natureza, e não além dela. Assim, a medicina novamente exerce o papel de julgar, através de uma palavra que será aquela à que se dará crédito.

Voltando à pesquisa de Melo e Assunção, as contradições surgem quando a necessidade da isenção acaba sendo acompanhada pelos juízos de valor que alguns peritos acabam por utilizar para conseguir ultrapassar o impasse da incerteza, e isso tem a ver com o exagero que os peritos percebem em alguns casos, ou com a quantidade de vezes que houve pleito de algum direito em proporção ao tempo de trabalho do trabalhador (op. Cit., p. 117). O exagero é rapidamente tido como desonestidade, mas não parece haver a indagação do motivo da ocorrência do exagero, nem sobre o que de fato a observação do médico perito pode ter a ver com esse exagero.

E é novamente ao lado da isenção que vem a questão da desconfiança, presente em todos os textos e falas sobre a atividade da perícia. No caso da pesquisa em discussão, a desconfiança é percebida para além do segurado, mas também se dirige aos médicos assistenciais, que estariam, assim como o trabalhador, interessados na concessão do benefício (op. Cit., p. 118). Aqui é importante fazer uma breve ressalva: no Código de Ética Médica, no capítulo sobre Auditoria e Perícia Médica, vê-se que o artigo 98 veda a atuação do perito

médico sem que haja “absoluta isenção” (CEM, 2019, p. 39). De fato, a “absoluta isenção” talvez seja algo a que se mira, mas não um ponto de partida, uma vez que todos os profissionais são invadidos por seus contextos, por práticas discursivas as mais variadas, por leituras específicas que adotam tais ou quais linhas de pensamento. A atuação com isenção pode ser uma busca legítima, mas quando se preenche a descrição do cenário pericial como a de um lugar em que se identifica de antemão a presença da desconfiança mútua, em que se alerta para possíveis simulações, sem que se aponte, na mesma medida, o sofrimento do trabalhador ou as relações de dominação que acontecem no trabalho, o médico perito ou o profissional da equipe interdisciplinar entrará isento na sala de atendimento?

É importante apontar que, na pesquisa citada, também aparece, no discurso de alguns peritos entrevistados, que a prática médico-pericial pode ser palco para a realização da ‘justiça social’, mas, o que é mais evidente na pesquisa das autoras é o “caráter de incerteza da tarefa” (p. 119), que deve lidar com o fato de que as evidências objetivas do adoecimento, da incapacidade laborativa ou mesmo de um nexos de causalidade entre o adoecimento e o trabalho serão uma parcela ínfima das evidências referentes à complexidade de fenômenos que surgem para decisão rápida do perito.

No que tange à suspeição, que aparece com frequência em textos, vale conhecer parte da cronologia do surgimento da perícia, conforme pesquisa de Ribeiro (2018), o que evidencia íntima relação entre prática pericial e justiça.

2.3.1. Histórico do surgimento das perícias médicas no Brasil

De acordo com o levantamento feito por Ribeiro (2018), foi em 1814 que houve a primeira publicação médico-legal de caráter pericial no Brasil. Quando da publicação do primeiro Código Criminal Brasileiro, exigiu-se obrigatoriedade de participação dos médicos em perícias, sendo possível constatar que a perícia começa no país sendo de natureza apenas criminal. Segundo o autor, é somente em 1850, com o Regulamento 737, baseado no Direito Português, que “a perícia é verdadeiramente tratada no Brasil” (p. 40) e, quatro anos depois, ocorrem os primeiros passos para a regulamentação da prática médico-pericial.

Ainda segundo o estudo promovido por Ribeiro (2018), a Medicina Legal é introduzida nos cursos de Direito, enquanto disciplina, em 1891, ao passo que, em 1903, através do Decreto 4864, são instituídas normas de procedimento de perícias médicas.

Fazendo um parêntese na cronologia das perícias, de acordo com Muñoz et al. (2012), até hoje a Medicina Legal é atrelada a médicos que trabalham em necrotérios, isto é, necessariamente com cadáveres, mas, como apontam os autores, a partir de 2011, uma Resolução do Conselho Federal de Medicina instituiu como especialidade a Medicina Legal e Perícias Médicas, que inclui em seu escopo de atuação todos os tipos de perícias, isto é, aquelas que ocorrem no âmbito judicial e as extrajudiciais, estas últimas abrangendo, por exemplo, a perícia oficial. Segundo definição dos autores, perito oficial é aquele que, por intermédio de concurso público, exerce as funções de perito em instituição pública, como é o caso do médicos peritos do INSS e dos setores correlatos da União, dos Estados e dos Municípios. Assim, os médicos peritos do SIASS são peritos oficiais que atuam na União. Muñoz *et al.* também pontuam que a Medicina Legal e Perícias Médicas, como especialidade, não têm como objetivo o tratamento ou a prevenção de doenças, mas sim a justiça, sendo uma área de interseção entre a Medicina e o Direito. De acordo com os autores, a atuação do médico perito se dá através do fornecimento de uma “prova técnica de natureza médica, ou seja, perícia médica na qual realiza investigações próprias da ciência médica (...) para esclarecer fatos” (p. 46) na área judicial (processo civil, trabalhista) ou num procedimento administrativo. Antes de retornar ao histórico do surgimento das perícias no Brasil, é importante salientar, seguindo o que aponta Ribeiro (2018), que, apesar de as perícias realizadas no âmbito do SIASS serem perícias oficiais, referentes a procedimentos administrativos, houve mudanças relevantes trazidas com esse sistema. Assim, o autor sublinha que o conceito de perícia em saúde busca eliminar as avaliações exclusivamente médicas, difundindo a ideia de que a avaliação pericial possui outras dimensões, além daquela que é orientada pelo saber médico. Permite-se a participação de outros profissionais de saúde na atividade de perícia, uma vez que a relação trabalho-saúde é intrinsecamente complexa (p. 94).

Voltando à formação da prática pericial no Brasil, quando a saúde pública passa a ser uma área de preocupação do governo imperial ocorre a reorganização do serviço sanitário do Brasil-Império, a partir do Decreto 9554, de 1886, em que é estabelecida uma polícia sanitária em seu Capítulo VI. O objetivo dessa polícia sanitária, descrito em seu Artigo 80, é o de efetuar a “prevenção e repressão dos abusos que possam comprometter a saude publica” (conforme o original). É, no entanto, no artigo 85, menor de todos os artigos do Capítulo, que se fala sobre o que podemos entender como sendo condições de trabalho e saúde dos trabalhadores, referidos como operários, como se pode observar a seguir: “Quando, em qualquer fabrica, a autoridade sanitaria verificar que os processos industriaes empregados não

são os mais convenientes para a saúde dos operários, aconselhará os que devam ser adotados” (conforme o original)⁷². No entanto, conforme já foi mencionado nesta tese, é só em 1919 que surge o Decreto 3724, legislando sobre acidentes de trabalho, em uma conjuntura mundial de nascimento do Direito do Trabalho e da Infortunistica do Trabalho.

No caso brasileiro, os primórdios da medicina do trabalho se dão a partir de 1921, quando se cria a Inspeção do Trabalho, no Rio de Janeiro. Por outro lado, é em 1923 que surge o Seguro Social, com as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), apenas para trabalhadores ferroviários. É a partir daí, em 1924, quando o Serviço Médico Legal transforma-se em Instituto Médico Legal, subordinando-se diretamente ao Ministério da Justiça, que são então produzidos laudos periciais realizados por médicos peritos de modo vinculado ao âmbito do trabalho e da seguridade, com inclusão de outros trabalhadores nas CAPs (Ribeiro, 2018).

Como também já foi referido neste trabalho, foi no governo de Getúlio Vargas, em 1931, que se criou o Conselho Nacional do Trabalho (CNT), que seria o fiscal do cumprimento das leis sobre acidentes laborais, jornadas, férias, entre outros aspectos. No entanto, é apenas em 1934 que ocorre a nomeação dos primeiros inspetores, que seriam os médicos do trabalho, com a função de fazer inspeção higiênica nos locais de trabalho. Nesse ano, há também a ampliação da definição do que seria acidente de trabalho, pelo Congresso, e essa categoria passa então a incluir a doença profissional como um acidente de trabalho passível de indenização (Ribeiro, 2018, p. 57). Com a Constituição de 1934, pela primeira vez é previsto, no Brasil, a obrigatoriedade do amparo social do Estado e o assecuramento da Previdência nos casos de acidente de trabalho.

Ainda seguindo o caminho aberto por Ribeiro (2018), é então em 1946, com a quinta Constituição brasileira, que ocorre a integração da perícia do trabalho ao Poder Judiciário, havendo pela primeira vez o uso da expressão “Previdência Social” referente a garantias no caso de eventos de doença, invalidez, velhice e morte do trabalhador. Como é possível perceber, a prática da perícia começa cada vez mais a ganhar espaços além dos judiciais. Em 1960, com a Lei 3807 – Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), instituem-se os benefícios assegurados pela Previdência, com indicação de que a concessão de auxílio-doença obrigatoriamente passe por exame médico.

Entretanto, é apenas a partir da década de 1970 que a perícia torna-se uma prática reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina. Já em 1998, o Instituto Nacional de

⁷²<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-9554-3-fevereiro-1886-543197-publicacaooriginal-53270-pe.html>

Seguridade Social (INSS), cria o cargo de supervisor médico-pericial, com as funções de supervisionar, controlar e fiscalizar, além de realizar a auditoria, as atividades de perícia. Ribeiro sinaliza que, mais ou menos por volta de 2001, ocorre uma intensificação do trabalho dos peritos médicos do INSS, com alta demanda de perícias nesse órgão, havendo então o lançamento do Manual Técnico de Perícias Médicas, no ano de 2002, após o aumento da emissão de auxílios-doença. Houve, em 2004, a criação da carreira de Perícia Médica da Previdência Social, a partir de Lei 10876, definindo funções privativas dos médicos peritos do INSS, após greve de 89 dias. Paralelamente a isso, em 2009, por intermédio do Decreto 6833 como se observou no início desta pesquisa, cria-se o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS), com preocupação de alterar as referências teóricas que embasavam as diretrizes da Saúde Ocupacional para a Saúde do Trabalhador. Segundo ainda Ribeiro (2018), em 2013, com a Lei 12842, conhecida como lei do “ato médico”, a perícia médica foi arrolada como uma das atividades privativas do médico, devido à preocupação com a “invasão de fisioterapeutas” no âmbito da prática pericial (pp. 77-78).

A partir de 2016, mudanças importantes têm acontecido no mundo do trabalho, no que tange a dispositivos legais e extinção de ministérios. Há três mudanças que são importantes de mencionar, especialmente com respeito à perícia.

A primeira delas, do âmbito do INSS, refere-se à Portaria n. 152, de 25 de agosto de 2016, pela qual se institui o que é chamado de “alta programada”: o perito pode estimar a data de recuperação do trabalhador, fixando então o término do benefício previdenciário (Ribeiro, 2018). Sobre essa não nos deteremos, uma vez que não são do escopo desta tese.

A segunda, e mais relevante para esta pesquisa, diz respeito mais a um movimento do que a uma mudança pontual, movimento esse que tem ganhado forma e que inclui o INSS, mas tem rebatimentos diretos sobre o SIASS. Esse movimento torna-se mais nítido em junho de 2018, quando o INSS publica um Memorando-Circular Conjunto n. 15 DIRSAT-DGP-DIRAT, que trata do fluxo de perícias médicas dos servidores do INSS e do Ministério de Desenvolvimento Social (MDS). Segundo determinação do Memorando, as perícias médicas desses servidores deixam de ser realizadas pelas Unidades SIASS, como vinham sendo feitas, e passam a ser realizadas pela perícia médica do próprio INSS. Esse memorando, disponibilizado pelo site da Associação Nacional de Médicos Peritos (ANMP)⁷³, não prevê outros profissionais na realização de perícias, sendo inegavelmente medicalocêntrico. Medicalocêntrico é também o posicionamento da ANMP, nítido na publicação dessa notícia,

⁷³<http://www.anmp.org.br/cfs/files/imagensgaleriaarquivos/Xve4qhEzejixBAFCN/mccj15DIRSAT-DGP-DIRAT-INSS.pdf>.

que vale a pena reproduzir. A notícia diz que o SIASS “passa por uma enorme crise” e essa mudança, trazida pelo Memorando do INSS, é importante para a carreira, que:

[...] voltará a ter a prerrogativa de periciar os servidores do RJU/RPPS [Regime Jurídico Único/Regime Próprio da Previdência Social] que nos foi tirada em 2007 pelo então Governo Lula, dentro de um contexto de desmonte da Perícia Médica Previdenciária e da retirada de prerrogativas exclusivas da medicina, com a criação de ‘perícias em saúde’ e ‘perícia multiprofissional’ como forma de substituição dos peritos médicos por profissionais de outras áreas.

A ANMP apoia [sic] e defende essa ação do INSS, que reforça nossas prerrogativas exclusivas de carreira e informa que *continuará em tratativas junto ao Governo até acabar, de vez, com esse híbrido chamado SIASS*, que atua de forma descoordenada, sem hierarquia, sem controle e ao arrepio de qualquer norma ética ou legal, promovendo verdadeiros absurdos com decisões ilegais, esdrúxulas e afrontando a nossa carreira.

A lógica da Perícia Médica do Servidor (não mais perícia em ‘saúde’) seguirá a mesma lógica aplicada ao RGPS [Regime Geral da Previdência Social] (...)”⁷⁴ (grifo meu).

A nota mostra-se um tanto quanto tendenciosa, ao se referir a uma “enorme crise” que não explica o que é, e também desrespeitosa, por fazer acusações a todo um sistema de trabalho e a profissionais da área de saúde, referindo-se a decisões “ilegais”, em vez de utilizar-se de recursos outros para questionar um tipo de procedimento pericial com o qual não concorda, como o uso de argumentações. Mas, além ainda disso e da ironia presente ao se referir à perícia em saúde ou multiprofissional, há algo que assusta ainda mais no conteúdo dessa nota: conforme o grifo no trecho reproduzido acima, a ANMP faz uma espécie de ameaça ao dizer que irá continuar perseguindo o objetivo de acabar com o SIASS. Ora, o SIASS, com todas as dificuldades que encontra e problemáticas que pode eventualmente apresentar, se propõe a traduzir, na prática do serviço público federal, os princípios de saúde do trabalhador, como se mencionou um pouco acima ao se enfatizar a importância do conceito de perícia em saúde. Quaisquer problemas que possamos encontrar no SIASS, portanto, não se devem à sua fundamentação teórica, mas sim às dificuldades inerentes a qualquer operacionalização de preceitos teóricos e legais em experiência prática. E, no que tange à perícia em saúde, há ao menos a preocupação de uma composição de equipe que inclua outros saberes, ainda que sejam coadjuvantes.

A terceira mudança que se encontra em andamento, e que seria importante mencionar, pode ser acompanhada no próprio site da ANMP, através da notícia “Nasce a Perícia Médica Federal”. Com a Medida Provisória 871 de 18 de janeiro de 2019, é criada a carreira do Perito Médico Federal, cuja carteira lembra a de policial federal. A expressão “Perícia Federal”,

⁷⁴<http://www.anmp.com.br/noticia/mccj-15-regulamenta-pericia-medica-oficial-do-servidor-no-ambito-do-inss>.

cunhada na carteira, não está longe de lembrar “Polícia Federal”, e se, de algum modo, através da cronologia aqui exposta, percebe-se a vocação da perícia para o julgamento e a investigação, calcada em sua relação mais estreita com o Direito, nota-se que alimenta esse teor detetivesco no âmbito trabalhista também. A carteira da perícia federal se assemelha a um trocadilho que ganha materialidade de couro preta, já que as palavras “perícia” e “polícia” são muito parecidas foneticamente e podem ser facilmente confundidas nas expressões “perícia federal” e “polícia federal”.

Figura 1 - Carteira de Médico Perito Federal



Fonte: **colocar.**

A publicação da Medida Provisória 871, no Diário Oficial da União, dá margem a um texto entusiasmado no *site* da ANMP, que lista, entre outras mudanças, a ampliação das atribuições do médico-perito e a recriação de um Bônus Especial de Desenvolvimento Institucional por Perícia Médica em Benefícios por Incapacidade, que nada mais é do que um pagamento adicional por atividade extra de caráter opcional. Não é difícil concluir que, quanto mais rapidamente o profissional fizer a perícia, mais perícias ele poderá fazer e mais ele pode ganhar financeiramente. Trata-se do que a notícia chama de “salto evolutivo da

carreira”, uma vez que os peritos deixam de ser vinculados ao INSS e passam a ser Peritos Federais. Vale reproduzir mais excertos da notícia que causam sobressalto:

Importantes medidas anti-fraudes com foco no INSS foram estabelecidas na Medida Provisória, sendo algumas relacionadas à nossa atividade (...). Foi retirada a possibilidade do cidadão retomar o direito do auxílio-doença com menos de 12 meses (nos casos de perda de qualidade, medida essa que ajudará a combater as fraudes envolvendo falsas DID/DII [Data de Início da Doença/Data de Início da Incapacidade].

(...)

Agora a luta é pela aprovação da MP no Congresso e mostrar, mais uma vez ao País, a importância, relevância e essencialidade da Perícia Médica Federal como órgão reconhecedor de direitos e gerenciador do *bem gastar* na administração pública federal⁷⁵ (grifo meu).

Como é possível perceber, duas noções permeiam a exaltação do texto: aquela da fraude impetrada pelo trabalhador e a do gerenciamento econômico representado pela função de perícia. E, para finalizar é relevante salientar que, nem nesta notícia, nem na outra, houve nenhuma preocupação, por breve que fosse, com o adoecimento do trabalhador.

⁷⁵ <http://www.anmp.com.br/noticia/nasce-a-pericia-medica-federal>

3 ANÁLISE DE ALGUNS DOCUMENTOS DO SIASS

As bases para a regulação dos aspectos relacionados à saúde e ao trabalho teve seu momento inicial, no Brasil, na Constituição Federal (1988), que, em relação aos servidores federais, deu margem à implementação do Regime Jurídico Único (RJU), através da Lei 8.112/1990. No entanto, o RJU não contemplou as relações entre trabalho e saúde, trazendo apenas “medidas periciais, remuneratórias e compensatórias de exposição a risco e de seguridade social” (Freire e Pacheco, 2016, p. 35). Foi neste sentido que se elaborou o SISOSP, em 2006, havendo formação de grupos temáticos, em 2008, focados nas noções da Saúde do Trabalhador, o que acabou por operar uma reformulação do SISOSP e deu origem à Política de Atenção à Saúde e Segurança do Servidor Público Federal (PASS). Com tais mudanças no SISOSP, que, segundo as autoras, constituía-se em um sistema que dava centralidade aos procedimentos periciais e àqueles que tinham a figura do médico como protagonista, pôde surgir então o SIASS, cujos eixos são a promoção e vigilância em saúde, a perícia em saúde e a assistência.

No entanto, é importante apontar que, segundo Freire e Pacheco (op. cit.), em sua pesquisa com servidores de duas Unidades SIASS, no Rio de Janeiro, constatou-se que, apesar das mudanças pretendidas com a reformulação e posterior mudança no sistema, o paradigma teórico-conceitual da saúde ocupacional ainda assim continua vigorando. Para as autoras, é um grande desafio para o PASS a superação de tal paradigma, uma vez que, ainda que tenha havido aproximação teórica com os princípios norteadores do campo de Saúde do Trabalhador com a implementação do SIASS, isso não se verificou na prática.

O SIASS, como sistema de atenção à saúde dos servidores, deve abranger um total de 1.051.580 (um milhão e cinquenta e um mil e quinhentos e oitenta) servidores federais civis e militares ativos em todo o país⁷⁶, sendo que há 1.166.661 (um milhão, cento e sessenta e seis mil e seiscentos e sessenta e um) vínculos de servidores ativos (neste caso, incluindo servidores que têm mais de um vínculo federal), de acordo com dados do Ministério da Saúde. Segundo informações obtidas por e-mail junto à gestão, existem, no momento, um total de 160 unidades SIASS espalhadas pelo Brasil, nos diversos órgãos federais que existem nas cinco regiões.

Em 2010, através da Portaria SRH 797, instituiu-se o Manual de Perícia Oficial em Saúde para orientar os órgãos do SIPEC (Sistema de Pessoa Civil da Administração Federal)

⁷⁶ <http://portaldatransparencia.gov.br/servidores> acessado em 31 de outubro de 2019.

quanto aos procedimentos das perícias médica e odontológica. Esse Manual atualmente encontra-se em sua terceira edição, de 2017. O Decreto 6833, o Manual e alguns outros documentos que foram estabelecidos de 2009 para cá regulam a atuação de todas essas unidades e, devido à sua importância normativa, examinaremos alguns deles.

3.1. A regulamentação do SIASS

Em 7 de maio de 2010, foi lançada a Portaria Normativa número 3, que instituiu a Norma Operacional de Saúde do Servidor (NOSS), cujo objetivo era a implantação de ações de vigilância aos ambientes e processos de trabalho e de promoção à saúde do servidor, sobre a qual já se comentou no início desta Tese.

No parágrafo único do artigo 3º do Anexo da Portaria, lê-se que a norma sustenta-se na “interrelação entre os eixos de vigilância e promoção, perícia médica e assistência à saúde do (...) SIASS, no trabalho em equipe multiprofissional”. Apesar de trecho pouco claro, que parece querer juntar tudo numa coisa só, sem clareza quanto a como se daria essa interrelação, é interessante perceber que a perícia médica está associada à promoção, à vigilância e a assistência à saúde. Ela está, portanto, compondo uma rede de elementos que devem estar ligados entre si. Há aí um ponto importante, que aproxima a política instituída pela Portaria ao campo de saúde do trabalhador e que se refere à participação dos servidores, caracterizando-a como sendo uma “estratégia de valorização do seu saber sobre o trabalho”.

Malgrado todas essas documentações, é fundamental que indiquemos a ausência de documentos ou textos mais detidos acerca de algumas situações de trabalho que têm gerado grande adoecimento e afastamentos, ou que têm acarretado atos administrativos que, muitas vezes, não parecem ser os mais interessantes para o próprio gestor, como é o caso das remoções. Essas situações de trabalho dizem respeito a assédio moral⁷⁷, organizacional, racismo institucional⁷⁸, racismo cotidiano⁷⁹ e outros tipos de violência institucional que

⁷⁷ Para Margarida BARRETO (2018), assédio moral pode ser definido como “a exposição de trabalhadores a situações vexatórias, constrangedoras e humilhantes durante o exercício de sua função, de forma repetitiva e prolongada ao longo da jornada de trabalho”.

⁷⁸ Segundo Grada KILOMBA (2019), “o racismo institucional enfatiza que o racismo não é apenas um fenômeno ideológico, mas também institucionalizado. O termo se refere a um padrão de tratamento desigual nas operações cotidianas tais como em sistemas e agendas educativas, mercados de trabalho, justiça criminal, etc. O racismo institucional opera de tal forma que coloca os *sujeitos brancos* em clara vantagem em relação a outros grupos racializados” (pp. 77-78).

geram sofrimento psíquico e podem produzir diagnósticos psiquiátricos, e que não são apreciadas como deveriam, ao passo que se debruça mais sobre outras áreas da saúde que não estão imediatamente correlacionadas ao trabalho.

Assim, para o servidor público federal, conhecer o SIASS e seus princípios é algo importante no sentido de que as mudanças ocasionadas nas políticas de saúde no âmbito federal têm impacto diretamente sobre esses serviços. Um exemplo ligado diretamente à área de saúde mental e que pode ter impacto no que se refere aos processos de saúde-doença no trabalho é o que se refere às transformações nas compreensões do que sejam os limites e as características de uma dada doença. Na medida em que se lança uma nova edição da CID, com novas formas de compreensão de alguns critérios diagnósticos, cabe refletir sobre como isso incide nas tomadas de decisão pericial.

Neste sentido, o Manual de Perícia em Saúde traz uma tabela de afastamentos correspondentes aos diagnósticos, sobre a qual se discutirá adiante, uma vez que aparece como uma questão importante nas entrevistas de alguns dos sujeitos. Em relação à pertinência dessa tabela, questiona-se o quanto esses intervalos de tempo são fixos ou dinâmicos e o quanto tais parâmetros foram preparados para de fato acompanhar transformações em manuais diagnósticos tais quais a CID. É claro que um parâmetro quanto aos intervalos de afastamento de acordo com os diagnósticos tem uma função importante na medida em que pode servir de ponto de partida. No entanto, esse recurso às vezes pode ganhar protagonismo nas decisões periciais, o que é preocupante. A lei é fixa, e se o médico for extremamente legalista, essa tabela pode acabar por prejudicar o trabalhador, deixando de ser uma orientação para se tornar uma regra.

A questão referente ao tempo de afastamento pode parecer uma questão menor, no entanto, trata-se de pensar os dias de licença de um servidor público para tratamento da saúde. É preciso lembrar que não é apenas o diagnóstico e a conduta terapêutica que determinarão as condições de restabelecimento e, nessa lógica, o cálculo mais ou menos aproximado dos dias necessários para que ele se dê deveria abarcar uma série de fatores complementares, como suporte familiar e social, acesso ao tratamento, características do contexto ambiental em

⁷⁹ Ainda segundo Grada KILOMBA (2019), “o racismo cotidiano refere-se a todo vocabulário, discursos, imagens, gestos, ações e olhares que colocam o *sujeito negro* e as Pessoas de Cor não só como ‘*Outra/o*’ – a diferença contra a qual o *sujeito branco* é medido – mas também como *Outridade*, isto é, como personificação de aspectos reprimidos na sociedade *branca*” (p. 78). Desse modo, a autora alerta para o fato de que o “racismo cotidiano não é um ‘ataque único’ ou um ‘evento discreto’, mas sim uma ‘constelação de experiências de vida’, uma ‘exposição constante ao perito’, um ‘padrão contínuo de abuso’ que se repete incessantemente ao longo da biografia de alguém – no ônibus, no supermercado, em uma festa, no jantar, na família” (p. 80).

que a pessoa vive, características do trabalho ou das condições em que trabalhava⁸⁰, características pessoais difíceis de serem aferidas, entre outras.

A discussão ganha delicadeza, uma vez que estamos tratando daquilo que é objeto central na discussão sobre o trabalho: o tempo. Sobre isso, Foucault afirma: “É preciso que o tempo dos homens seja oferecido ao aparelho de produção; que o aparelho de produção possa usar o tempo de vida, o tempo de existência dos homens. É para isto e desta forma que o controle se exerce” (2003, p. 116). Com essa citação, é possível lembrar que a questão dos dias de afastamento, decidida, ao fim e ao cabo, pelo médico perito que avalia o atestado assinado pelo médico assistente, pode deixar de estar vinculada à saúde propriamente dita, para se ligar à produtividade ou à gestão. Neste sentido, uma tabela com dias de afastamento atribuídos a esse ou aquele diagnóstico traz em si um problema, dado que fixa o que é mutável, cristaliza o que é dinâmico, torna geral o que é particular.

Finalmente, antes de passarmos a um exame mais detido sobre outros aspectos do Manual de Perícia, cabe apontar um último documento, bastante recente, em que se institui a possibilidade de avaliação em junta oficial de saúde através do recurso da videoconferência. Trata-se da Portaria n. 190, de 5 de setembro de 2019, lançada pela Secretaria Especial de Desburocratização, Gestão e Governo Digital do Ministério da Economia, que estabelece os procedimentos para realização de videoconferência em avaliação por junta. De acordo com a Portaria, esse tipo de procedimento exige que ao menos haja um perito oficial no mesmo recinto do periciando. Mas a Portaria em si não explica em que situações a perícia por videoconferência pode ser realizada. Pode-se encontrar algo em relação a isso no documento que traz as Orientações Gerais Para Realização da Junta Oficial por Videoconferência (2019), em que se aponta que essa forma de realização de junta médica pode ocorrer quando não há Unidade SIASS no local onde o periciando está ou quando há apenas um ou dois peritos médicos, o que não seria suficiente para formar uma junta oficial em saúde.

Além disso, algo que chama atenção na Portaria supracitada é seu artigo 11, no qual se lê: “servidor solicitante da perícia deverá ser previamente informado sobre as limitações da avaliação por videoconferência em comparação com a avaliação presencial, sendo obrigatória a assinatura do termo de ciência (...)”. Ora, a própria Portaria reconhece que essa forma de procedimento pericial é pior do que aquela em que todos os peritos estão presentes junto com o trabalhador, ao apontar que há limitações. Trata-se de um procedimento, portanto,

⁸⁰ Estas podem ser cruciais se forem condições hostis de trabalho ou se houver algum indício de violência institucional acontecendo, como assédio moral, talvez o trabalhador não seja claro quanto a isso mas, só de pensar no local de trabalho, pode se sentir mal, o que influencia em seu tempo de retorno.

desvantajoso. Mas que limitações são essas? A Portaria não deixa claro, assim como não o deixa a publicação referente às Orientações. O que podemos fazer, por enquanto, é apenas especular, e o que já se nota, independente das especulações que façamos ou daquilo que possa ser publicado de forma transparente pela gestão, é que mais uma vez quem sai perdendo é o servidor.

Retomando o que se apontou no início desta Tese, a perícia pode ser um momento crucial na vida do trabalhador. Ali ele pode ser aposentado, afastado para tratamento, pode ser removido de seu lugar de trabalho, como também pode ser considerado apto quando não está. Muitos aspectos da vida do trabalhador podem ser modificados na perícia. E, em geral, quando se trata de juntas médicas, como os próprios entrevistados apontaram, os casos são mais complexos e, por conseguinte, com maior poder de afetar a vida do servidor. Na medida em que se permite a realização da videoconferência, sabendo que tem limitações, a gestão opta deliberadamente por um procedimento que diminui a qualidade na atenção à saúde do servidor. Mas por que não fazer novos concursos para receber profissionais de saúde? Se tal procedimento for realizado em áreas muito afastadas, onde de fato não se conseguiu uma composição mínima de equipe para formação de juntas, aí sim caberia a possibilidade da videoconferência, muito bem justificada em documento oficial. No entanto, a Portaria é sucinta.

Finalmente, que discussão foi promovida entre os profissionais de saúde ligados à perícia face à publicação dessa Portaria? Servidores foram ouvidos a seu respeito?

3.2. O Manual de Perícia Oficial em Saúde

A proposta de análise da terceira edição do Manual de Perícia Oficial em Saúde não pretende ser exaustiva, nem percorrer todos os capítulos e seções em detalhe, mas apenas o que se relaciona a esta tese, como o conceito de perícia e o conceito de ato pericial, os pontos significativos no que se refere às práticas recomendadas aos profissionais de perícia, entre outros.

3.2.1. O apagamento do nexu causal

O primeiro capítulo traz os princípios e diretrizes da perícia e se inicia com o apontamento da importância de o perito ter conhecimento técnico-científico ao investigar a capacidade laborativa do servidor em relação ao agravo que vem sofrendo. Já neste começo, causa espanto que, apesar de o texto listar, entre outros, a necessidade de conhecimento das condições em que o trabalho é realizado ou, por vezes, de fazer inspeções no local de trabalho, ele não menciona o nexu causal possível entre o trabalho e o agravo em pauta, entre o ato de trabalhar – em dadas condições – e o adoecer.

Consideramos que seria necessário que esse nexu estivesse mais claramente enunciado, como outros aspectos o são. Seria preciso que estivessem mais presentes, ao longo do texto, as expressões “nexu causal/concausal”, além de uma ênfase maior na relação entre adoecimento e trabalho. Ademais, seria importante que essas relações pudessem ser especificadas com mais detalhes, de modo mais didático, para que não se tenha dúvida quanto à importância desses fatores nos processos de saúde-doença no trabalho, dado que não são arraigados, ainda, os princípios da saúde do trabalhador, e nem sempre os fatores laborais têm o peso que deveriam ter em uma avaliação de perícia. Recorrendo ao Código de Ética Médica, pode-se ver, entre seus princípios, a preocupação que o médico deve ter com a integridade física no ambiente laboral: “O médico empenhar-se-á pela melhor adequação do trabalho ao ser humano, pela eliminação e pelo controle dos riscos inerentes às atividades laborais” (CEM, 2019, p. 16).

Por outro lado, a expressão ‘avaliação da capacidade laborativa’, como sendo a função do perito, necessariamente implica apenas o trabalhador, e não o meio em que ele exerce seu labor. O termo ‘capacidade’ diz respeito a uma habilidade individual, sendo esse, portanto, o foco. Seria diferente se a expressão utilizada fosse ‘avaliação da capacidade laborativa e do ambiente de trabalho’, por hipótese. Assim, não é que não se reconheça a existência do nexu causal entre o trabalhar e o adoecer, mas isso é pouco explorado no texto do Manual, de modo que perde seu valor na cena pericial. Perde protagonismo. Há aí um primeiro distanciamento dos princípios da Saúde do Trabalhador.

A questão do nexu causal entre trabalho e adoecimento é tratada apenas quando o texto se volta para os procedimentos periciais face ao acidente em serviço ou acidente de

trabalho, sendo uma categoria que também inclui as doenças relacionadas ao trabalho⁸¹. Assim, o Manual aponta que “Os acidentes em serviço ou de trabalho, incluindo as doenças relacionadas ao trabalho, são eventos que podem indicar as condições de trabalho, sejam ambientais ou organizacionais (...)” (p. 22). Na sequência dos procedimentos e conceituações referentes a essa temática, há a utilização da Classificação de Schilling (citada no Capítulo 2), que admite a participação do trabalho no adoecimento de três modos diferentes, entendendo que o trabalho, enquanto causa coadjuvante em conjunto com outros elementos, pode ocasionar o adoecimento. Esse é um aspecto bem relevante do Manual, mas ainda com muito pouco espaço: o reconhecimento de que o trabalho pode ser um precipitador de adoecimento ou de uma doença latente. Apesar de a compreensão estar presente, não possui a atenção devida.

3.2.2. Vulnerabilidade da Administração Pública Federal frente ao servidor?

Ainda na primeira página do Manual, encontramos também aquilo que aparece com frequência no discurso dos profissionais entrevistados nesta pesquisa e em outras, citadas no Capítulo 2: o “senso de justiça” que deve estar presente no perito. Como também já se teve oportunidade de discutir esse ponto anteriormente nesta Tese, ao se falar sobre a ética, indica-se que o perito serve aos interesses sociais, os quais, segundo o Manual, referem-se a assegurar os direitos do servidor e a defender a APF.

Em primeiro lugar, cumpre apontar que não me parece claro o que o Manual quer dizer ao escolher a expressão ‘interesses sociais’. No entanto, pode haver implicações diversas se se considerar que o interesse da Administração é um interesse social por incluir gasto público. Essa ideia não está posta no texto do Manual, tratando-se de uma inferência que realizo para buscar compreender o que significaria, nesse contexto da perícia no SIASS, a ideia de servir aos interesses sociais. A partir da leitura de certa literatura sobre perícias médicas, é possível entender o que está implicado quando se associa justiça e interesses

⁸¹ Segundo a Lei 8213/91, em seu Artigo 20, as doenças profissionais e as doenças do trabalho são equiparadas ao acidente de trabalho. A doença profissional, segundo o Inciso I do Artigo, seria “a produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho peculiar a determinada atividade e constante da respectiva relação elaborada pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social”. Já a doença do trabalho, de acordo com o Inciso II do mesmo Artigo, seria “a adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relacione diretamente, constante da relação mencionada no inciso I”. Logo, tais doenças são consideradas acidentes de trabalho e possuem o mesmo entendimento no âmbito do serviço público federal.

sociais à prática pericial. Talvez caiba aqui uma breve pausa na análise do Manual para resgatar os apontamentos de Almeida (2011), já citados no capítulo anterior no que tange à sua análise sobre as questões relativas à suspeita do perito. Há ressonâncias importantes entre o que o Manual indica e os argumentos do autor, o qual, em seu artigo a respeito da relação entre perito e periciado, faz a defesa de que o primeiro é um “ordenador de despesas públicas”, devendo, portanto, “racionalizar despesas, o que pode ser alcançado por meio da busca justa e isenta avaliação pericial” (p. 285). O autor também assinala que a missão do perito é a de “zelar pelo patrimônio coletivo” (p. 287), sendo que, “para o perito, a medicina é verdadeiro instrumento de justiça social” (p. 290). Nessas afirmações um tanto quanto chocantes estão reunidas as ideias de perícia médica, interesse social e justiça social. Mas, para sintetizar ainda mais o que embasa a prática pericial, o seguinte trecho é espantosamente esclarecedor:

O procedimento perícia médica consiste em ato médico cujo objetivo não é o paciente, ao menos não primariamente. Seria, pois, uma atividade médica que consiste em investigar o periciado para outra finalidade, a justiça. O perito não tem compromisso com o que seja melhor para o examinado e este não é seu paciente” (p. 286 – grifo meu).

Quando esse autor assinala que o objetivo da perícia médica, enquanto ato médico, não é o paciente, e que seu compromisso não seria com o que se apresentaria como o melhor para o examinando, parece-me que infringe o Código de Ética Médica, no sentido de seus princípios fundamentais. O sexto princípio desse Código enuncia que o “médico guardará absoluto respeito pelo ser humano e atuará sempre em seu benefício” (CEM, 2019, p. 15). Ora, parece-me extremamente questionável a clara afirmativa de Almeida segundo a qual o perito não tem compromisso com o que seria melhor para o examinando. Não só questionável, como grave. Não é porque não se trata de paciente seu e não é uma relação com fins terapêuticos, que esse princípio deixa de valer, uma vez que, além disso, refere-se ao benefício do “ser humano”, independente da categoria em que se insira na relação com médico (paciente ou periciado). As circunstâncias em que se exerce a atividade pericial e os princípios que as têm norteado podem e devem gerar debates importantes e nada simples quando à integração dessa atividade no conjunto de práticas médicas como um todo, e não é objetivo deste trabalho aprofundar essa questão, mas considero importante ao menos assinalar essa incongruência entre o que orienta o Código de Ética da profissão médica e aquilo que se pode encontrar de afirmações sobre a conduta do perito médico. Cabe indicar também a necessidade de mais discussão em torno de tais dilemas. Como aponta Ribeiro em sua Tese,

ao se tentar abstrair a qualidade de médico do perito, como se o perito não fosse médico além de ser perito, encontramos o fenômeno da alienação pura (2018, p. 329). Ribeiro vai apontar que é “pela possibilidade de sobreposição de papéis e personagens (como esses papéis são exercidos) que o processo de alienação toma conta desse profissional até que ele se submeta à lógica da ambiguidade (o papel de perito competindo com o papel de médico) ou se rebele” (p. 329). Em sua argumentação, Ribeiro refere-se à negação do juramento de Hipócrates e ao afastamento de princípios e compromissos que foram fincados antes de o sujeito se tornar perito, nos bancos da faculdade de medicina, quando se formava sua identidade profissional. Como ressalvei, não é objetivo adentrar essa seara, mas cabe sublinhar tais pontos, dado que, nas entrevistas que fiz, o conflito face à prática da perícia, tal como tem sido normalizada, aparece em alguns sujeitos. E a impressão que tenho é a de que não se questiona o modo como a perícia é construída. Seu ritual é dado como natural, com pouca problematização.

Retomando a ideia de que o trabalhador que mente ou omite algo para supostamente obter uma vantagem estaria contra os interesses sociais, Almeida dá ênfase àquilo que considera caber ao perito: “esmerar-se em identificar tentativas de fraude previdenciária” (p. 285). Mas, por que não há ênfase sobre tentar esmerar-se em identificar aspectos nocivos nos locais de trabalho? A expressão – vaga - “interesses sociais” justifica as práticas periciais adotadas pela perícia. Valeria uma especificação mais clara do que significa essa expressão no âmbito do SIASS, uma vez que, da forma como está colocada, associa-se a uma legitimação pouco convincente do que a perícia deve ou não fazer.

Mas ainda é preciso mencionar o uso do verbo “defender”, que sempre me causa espanto, uma vez que, como também já se assinalou em oportunidade anterior, ele implica a ideia de um ataque iminente, o qual a Administração está em vias de sofrer e que justifica o perito como seu defensor. Ora, que tipo de grande ataque a Administração pode vir a sofrer? É evidente que a questão da simulação, discutida amplamente neste trabalho, é tida como uma forma de ataque à Administração: um servidor pode simular uma doença e obter uma licença que não lhe caberia. Sim, essa hipótese até se verifica como fato, mas o que salta aos olhos é que isso é tratado como se fosse algo extremamente frequente, fenômeno ao qual se deve estar alerta ao máximo. Se a Administração pode sofrer ataques dos quais precisa se defender (elegendo o médico perito e a equipe de suporte à perícia como seus defensores legítimos), que ataques a Administração impinge aos seus servidores? Condições de trabalho ruins poderiam ser consideradas como tal, a ponto de causar adoecimento, e isso não é enfatizado nos textos oficiais sobre perícia. Por outro lado, o texto do Manual coloca na balança dois elementos tal como se tivessem pesos iguais: o indivíduo e a Administração, direitos de um e

defesa da outra. No entanto, acredita-se aqui que, no que tange às relações institucionais, o poder pende mais para o lado da instituição do que para o do trabalhador. É o trabalhador que muitas vezes não tem escolha quanto à forma como deve exercer o seu trabalho ou onde, é o “interesse da Administração” que justifica uma série de situações problemáticas para o servidor público, é no contexto institucional da Administração que se pode encontrar desvio de função, situações de assédio organizacional, insalubridade, relações de poder abusivas, entre outros. A pergunta à qual essas reflexões levam é: como seria se houvesse o entendimento de que não há dois lados, de que não há servidor de um lado e Administração do outro, e de que a Administração é necessariamente composta de servidores? Como seria a prática da perícia se não houvesse a suposição de que a natureza da perícia é necessariamente conflitante?

3.2.3. Equipe multiprofissional

É importante não deixar de mencionar que o texto se refere à importância da integração, onde as co-responsabilidades são estimuladas, assim como as autonomias e o trabalho com a equipe multiprofissional. Essa é uma parte interessante do Manual, que, entretanto, nem sempre é seguida, uma vez que há equipes que não possuem profissionais não médicos. Não só isso, como alguns sujeitos entrevistados nesta pesquisa mostram não sentir necessidade da presença de outros profissionais, considerando a perícia como sendo estritamente médica, como será discutido no próximo Capítulo.

Apesar dessas referências ao trabalho multiprofissional, ausente em outros manuais de perícia que consultamos, parece haver grande ambiguidade em relação a isso. O sistema de funcionamento do SIASS não permite que profissionais que não são peritos tenham entrada no sistema. Há uma instituição cujos profissionais entrevistei que, em um de seus *campi*, faz as avaliações periciais com a presença do profissional não médico, quando a demanda do servidor tem relação com sua área de saber. Entretanto, o voto, o posicionamento desse servidor, não aparece de modo formal. Nas questões em saúde mental, por exemplo, causa-me estranhamento que a opinião de um médico não psiquiatra valha mais do que a de um psicólogo. E vale, pois as juntas oficiais, nas instituições, não são compostas só de psiquiatras, salvo exceções. Mas, de modo geral, o psicólogo fica de fora dessa dessas juntas, assim como o assistente social.

3.2.4. Menos empatia e mais desconfiança: assim se definem os afetos do perito

O que mais desperta incômodo no texto do Manual - e que surge na fala dos entrevistados - é o que estabelece a diferença entre o médico que trata de um paciente e o médico cuja função é fazer perícia. Nesse documento, descrevem-se duas situações absolutamente ideais – positiva, no caso da relação de tratamento, e negativa, no caso da relação pericial – que podem levar ao que julgo serem equívocos na prática da perícia, equívocos esses muito difíceis de serem abordados com os profissionais médicos.

Segundo o Manual, a relação entre médico que trata e paciente que é tratado parece transcorrer às mil maravilhas, onde há total confiança e interesse do paciente no médico, levando-o à honestidade imediata. Essa categorização estanque em apenas dois tipos de relação entre paciente e médico acaba por ser bastante caricata, pois há uma miríade de modos em que essa relação entre médico que trata e paciente que é tratado pode se estabelecer: nem sempre tão honesta, muitas vezes manipuladora, com exageros e simulações para obtenção de certas receitas⁸², com impaciência ou desconfiança também da parte do médico que trata, e a “empatia” a que se refere o texto nem sempre está presente. Quem já trabalhou em ambulatório de saúde mental, por exemplo, sabe muito bem que a relação entre médico e paciente, fora do contexto pericial, não transcorre com toda essa honestidade, que o Manual, de modo reducionista no que concerne às relações humanas, erige. Não é objetivo deste trabalho discorrer sobre a relação médico-paciente, mas esse é um tema amplamente pautado na temática pericial. Ora, se a forma como essa relação é retratada não corresponde à realidade, cujos matizes são os mais diversos, da mesma forma pode-se supor que a relação que o manual retrata do que vem a ser a relação entre perito e periciado também não é a mais fidedigna.

O texto indica que a relação pode conter “mútua desconfiança”, e que o interesse do servidor em obter algum tipo de benefício pode levá-lo à simulação. Isso até pode acontecer, e de fato até acontece, mas a descrição da perícia com base nesse viés não contribui para se pensar a situação do trabalhador diante do seu adoecimento (ou até de sua simulação, quando e se for o caso). Nos casos daquilo que Dumit (2006) chama de ‘doenças que você deve lutar para ter’ (*illnesses you have to fight to get*), isto é, algumas doenças que são caracterizadas por incerteza quanto ao diagnóstico, ao tratamento e ao prognóstico e que não possuem

⁸² Não é isso que se vê em muitos casos de pacientes que querem receita azul de benzodiazepínicos?

marcadores biológicos que atestem uma suposta legitimidade, a descrição predominante do periciado como alguém de quem se deve desconfiar de antemão é algo ainda mais problemático. Essas pessoas têm de lutar para ter um diagnóstico no sentido de que possuem o sofrimento e os sintomas, sentem as consequências de tudo isso, mas não são reconhecidas em seu adoecimento pelo fato de que não há uma nomeação científica para aquilo que apresentam, sendo essa nomeação o passe requerido para a obtenção de direitos. Todas as doenças, diagnósticos, queixas e relatos de sofrimento que não possuem consenso na comunidade médica geram dificuldades ainda maiores para aqueles que estão sofrendo e sem condições de trabalho. Ter de passar por um exame pericial e ser julgado como alguém que está “supervalorizando” uma dor ou um sintoma só ocasiona ainda maiores sofrimentos, além de impossibilitar a aquisição de direitos. É preciso enfatizar aqui que seria diferente se o texto do Manual elencasse os diversos tipos de relação que acontecem entre médico que faz perícia e paciente que é periciado a partir dos afetos que são suscitados nesse encontro. Outra coisa bem diversa é fornecer apenas uma descrição dos afetos e intenções que aí são trocados, como se só se tratasse disso. Neste sentido, chama muita atenção que, além da confiança, a ‘empatia’ seja algo que está presente apenas na relação de tratamento, e não na relação pericial. Por que não é mencionada a presença da empatia do médico perito nesse tipo de atividade? Ele não deve ter empatia diante do trabalhador que se apresenta diante dele? É muito significativo que o elemento “empatia”⁸³ esteja presente na descrição de um tipo de relação e não no outro. É aí também que se encontra a orientação para que o periciado não seja chamado de “paciente”, reforçando a existência de uma prática cuja natureza difere bastante de outra.

3. 2. 5. Perícia como ato administrativo: apenas isso?

Mais adiante, o texto traz a definição de perícia oficial em saúde. Trata-se de “ato administrativo que consiste na avaliação técnica de questões relacionadas à saúde e à capacidade laboral, realizada na presença do periciado por médico ou cirurgião-dentista formalmente designado” (Manual, 2017, p. 8). Essa definição tem pelo menos dois problemas, e nunca é demais lembrar que definições, assim como leis, podem mudar. Em primeiro lugar, a perspectiva da qual parte esta pesquisa considera equivocado que apenas o

⁸³ Aqui não está em questão a pertinência da noção de empatia, mas apenas o fato de que, como um aspecto considerado positivo, está indicado em uma relação e ausente em outro.

médico e o cirurgião-dentista possam ser designados como peritos oficiais em saúde, uma vez que outros profissionais de saúde estão capacitados para fazer avaliações

O segundo ponto refere-se à delimitação da perícia oficial em saúde como um ato estritamente administrativo. De fato, parece que se isola da atividade pericial a capacidade terapêutica do profissional de saúde, o que segue a mesma linha do isolamento anterior da empatia na prática pericial. Assim, o estranhamento que daí provém diz respeito ao fato de que são profissionais de saúde, exercendo uma atividade que exige uma formação em saúde específica, que requer conhecimento técnico e, no entanto, a prática é descrita como sendo de natureza administrativa. Ainda que ele não esteja lá precipuamente para tratar, o médico perito pode orientar no que tange à saúde do paciente. Esses limites entre o que é do âmbito do perito e o que não é não são simples de serem estabelecidos, como os relatos dos entrevistados vão aos poucos demonstrando: pode-se até situar a perícia como isso e aquilo, mas o exercício dessa prática de modo tão apartado não é algo banal.

É importante salientar aqui que a prática da perícia em saúde, se aproximada do ideário da Saúde do Trabalhador, pode ser um campo de afirmação de direitos e de trabalho digno, quando permite a legitimação do adoecimento do trabalhador e quando escuta aquilo que envolve sua queixa e que, muitas vezes, pode ir para além do que ela circunscreve. No entanto, se a prática pender mais para o lado de uma forma de gestão, dos princípios gerencialistas, acaba por ser capturada por outra lógica, que não permite que se afirme direitos do trabalhador, ainda que pautada em lei⁸⁴, podendo estar nela subjacente a tensão entre a afirmação de direitos para uma vida digna e a expropriação de direitos e o abuso de poder.

3. 2. 6. A questão da aposentadoria do trabalhador

Outro ponto de relevo identificado no Manual, refere-se à perícia, refere-se à aposentadoria por invalidez, que, em geral, acontece após o prazo de 24 meses de afastamento para tratamento da saúde com um mesmo diagnóstico ou diagnóstico correlato, sem que tenha havido melhora ou recuperação das condições para o trabalho.

⁸⁴ Boaventura de Sousa SANTOS, em Conferência na Faculdade de Direito da USP, no Largo de São Francisco, em 2018, afirma que o primado da lei é diferente do primado do Direito, sendo que este último estaria relacionado aos direitos fundamentais e sociais, e que o jurista deve defender o primado do Direito, que não deve ser confundido com a Lei. De fato, a Lei que rege as relações entre trabalho e saúde não, necessariamente, colocam em prática a vida digna no trabalho.

O Manual faz um destaque que me parece controverso: “(...)a Junta Oficial poderá propor a aposentadoria por invalidez a qualquer momento, mesmo antes de completados os 24 meses de afastamento por motivo de saúde, ininterruptos ou não, uma vez confirmada a impossibilidade de retorno à atividade” (p. 27). Esse destaque é desprovido de problematização ou discussão, mas seria desejável a inserção de mais um ou dois parágrafos acrescentando algum tipo de orientação. No entanto, é apenas isso o que temos: os médicos podem aposentar uma pessoa antes de 24 meses. É claro que há argumentos para tal, e eles serão sempre médicos, logo, terão uma base de legitimidade no conhecimento técnico-científico reconhecido. Entretanto, o que não se discute é o impacto da aposentadoria por invalidez, sobretudo se for precoce, na vida do trabalhador.

O que é preciso realçar nesse debate – e que julgamos não receber a devida atenção – é o fato de que, mesmo quando a aposentadoria se dá após percorridos dois anos, estamos provavelmente diante de um problema que deve ser manejado e acompanhado por todos os profissionais de saúde. A aposentadoria é um acontecimento de grande complexidade na vida do sujeito, e uma evidência disso é a orientação para implementação de Programas de Preparação para Aposentadoria (PPAs) em diversas instituições, reconhecendo-se que há necessidade de uma preparação, de que uma transição é necessária. E como encarar uma possível banalização da aposentadoria antes de percorridos os 24 meses a que o servidor tem direito? O destaque reproduzido acima, sem mais acréscimos ou sugestões, faz exatamente isso: banaliza a aposentadoria por invalidez como se não fosse algo relevante. Como se não fosse necessário uma extensa reflexão sobre os desdobramentos de uma aposentadoria precoce, de uma aposentadoria por invalidez. E como se financeiramente não fizesse diferença aposentar-se ou não.

Acho importante assinalar que, se for mesmo um consenso da junta médica a aposentadoria por invalidez, essa decisão deixa de ser um problema estritamente médico ou clínico e passa a ser um problema mais amplo, independente da natureza da causa que levou ao processo, devendo, portanto, ser necessariamente discutido em equipe. É neste sentido que o Manual é falho e ambíguo: ao mesmo tempo em que inclui a diretriz do trabalho multidisciplinar, deixa de tocar nessa questão quando é pertinente e necessária.

3.2.7. Hierarquias nas perícias em saúde

Finalizando esta análise, elegemos o terceiro capítulo do Manual, destinado ao procedimento da perícia oficial em saúde, isto é, sobre como a perícia deve ser feita, o que deve estar contido no laudo pericial, entre outros aspectos. Chama a atenção, novamente, a importância que é dada a alguns elementos, em detrimento de outros, que, a nosso ver, seriam tão importantes quanto os elementos valorizados textual e oficialmente. Para o Manual, “O conhecimento do curso das doenças, da sua etiologia e das suas manifestações clínicas são indispensáveis para a boa avaliação pericial”⁸⁵ (p. 44, grifo meu). Todavia, “as informações epidemiológicas sobre as distribuições mais frequentes nas diversas categorias profissionais e nos locais de trabalho, somadas às informações obtidas a partir de relatos (...) da equipe multiprofissional, são fatores que contribuem para a avaliação pericial” (pp. 44-45, grifo meu). Ora, fica evidente a relevância que é dada ao saber médico-pericial, deslocado do contexto de trabalho.

O texto também indica que informações do profissional assistente, além de exames complementares, “ajudam na avaliação pericial”, embora a soberania do perito ultrapasse o que o periciado trazer: “os achados colhidos pelo perito, sua impressão e um referencial técnico, como os parâmetros de afastamento, devem ser os determinantes no parecer” (p. 44, grifos meus). A primazia que é dada à decisão do perito e o ofuscamento das relações de trabalho são tão patentes que se pode concluir que, se o perito médico seguir tais orientações literalmente, de fato a perícia será uma prática absolutamente distante da Saúde do Trabalhador e próxima da gestão. Aliás, perícia em saúde e saúde do trabalhador serão absolutamente incongruentes e incompatíveis, uma vez que, conforme se apontou no início desta Tese, uma aproximação maior entre esses pólos requereria a não primazia da decisão do médico, trazendo para a participação outros profissionais de saúde e, conforme fosse possível, também o periciado. O mesmo se dá no que diz respeito às relações de trabalho serem ofuscadas da compreensão dos relatos dos periciados. Não deixa de causar estranhamento a forma como é colocada, no texto, a hierarquia daquilo que tem valor no cenário da perícia: a soberania do perito é mais importante do que o que periciado trazer. Ou seja, pode-se passar

⁸⁵ E por que, novamente, a empatia não é um elemento indispensável da perícia? Essa lista poderia estar escrita de modo diferente: conhecimento do curso da doença, de sua etiologia, de suas manifestações clínicas, empatia em relação ao trabalhador são indispensáveis para a boa avaliação pericial. Por que não?

por cima daquilo que o periciado alega? Ou do que alega seu médico assistente através de laudos e declarações?

Há, por outro lado, uma pequena parte do Manual que se dedica à perícia odontológica, que é direcionada ao complexo bucomaxilofacial. Não há, novamente, nenhuma menção à possibilidade de que agravos encontrados nessa região do corpo possam ser relacionados ao trabalho. Neste sentido, é importante frisar que, inicialmente, eu não pretendia entrevistar odontólogos em meu projeto e um dos motivos era o de não enxergar, a princípio, possíveis relações entre perícias odontológicas e o trabalho. No entanto, quando comecei o campo e fui realizando as entrevistas com profissionais de diferentes formações e unidades, passei a me perguntar por que não os havia incluído no rol de sujeitos. A ideia de não os incluir já não mais fazia sentido e, assim, inseri na pesquisa entrevistas com esses profissionais, tendo a grata surpresa de ouvir de um deles reflexões sobre a relação encontrada entre problemas do complexo bucomaxilofacial e trabalho. Um dos sujeitos citou o bruxismo, além de enfatizar a importância de os profissionais da perícia ouvirem mais as motivações que levam os trabalhadores à busca da perícia médica. O interessante aqui é que essa atitude é completamente diferente de uma desconfiança que já pressupõe o embuste pelo embuste. Ao propor a escuta do servidor periciado mesmo quando aquilo de que se queixa pode parecer um pouco absurdo, busca-se entender o que pode estar por trás daquela demanda que não seja apenas o “se dar bem”.

3.3. Outros Manuais de Perícia

Ainda que o objetivo desta Tese não inclua a análise da perícia tal como é realizada e concebida em outras esferas, vale a pena citarmos alguns exemplos de como aparecem suas descrições em alguns outros manuais de perícia. O que se percebe é que há alguns pontos de contato, mas algumas diferenças também existem.

No caso do Manual de Procedimentos em Perícia Médica, de São Paulo, alguns pontos merecem destaque maior, quais sejam: a) não há definição da relação pericial, por oposição à relação médico x paciente em outro contexto, ou seja, não há nada que indique uma natureza prévia de cada tipo de relação e, portanto, que situe a interação pericial como algo em essência conflituoso; b) há uma tabela de parâmetros de afastamento conforme as situações e diagnósticos encontrados; c) quanto às normas que devem ser observadas pelos peritos

quando da realização da perícia, encontram-se, por exemplo: “atentar para os prejuízos ao serviço público, em geral traduzidos por gastos indevidos e desnecessários, que uma conclusão pericial incorreta pode trazer” (p. 64); “analisar os antecedentes periciais do servidor e considerar também seu passado laborativo” (idem); “estar sempre atento à possibilidade de ganho secundário e simulação de incapacidade”. Não custa relembrar que, quanto aos possíveis prejuízos ao serviço público federal, não há igual referência aos prejuízos sofridos pelo servidor com uma conclusão pericial incorreta (por exemplo, em relação à aposentadoria precoce). Já sobre o passado laborativo do servidor, acreditamos que até pode fazer sentido quando o intuito é o de perceber o que, na atividade exercida ou no cargo ocupado pode haver algum tipo de fonte constante de adoecimento. Acontece que a forma como vem escrita essa prescrição de norma acaba por remeter a outra coisa: “antecedentes periciais” lembra “antecedentes criminais”. Aqui, neste momento de minha análise, admito que a subjetividade deve estar imperando mais do que em outros momentos, mas diante de tantas advertências quanto à má fé, à fraude, à simulação, à esperteza, fica difícil não pensar nisso. E, finalmente, já apontamos reiteradas vezes o problema de uma insistência na simulação, especialmente se vem desacompanhada de insistência sobre o sofrimento no trabalho, violência institucional, etc. Finalmente, quanto a esse Manual, não há nenhuma especificação sobre existência de equipe multidisciplinar. A perícia é exclusivamente médica.

O Manual de Perícia Médica do Município do Rio de Janeiro é mais sucinto do que os anteriores. Não traz uma tabela de parâmetros de afastamento nem a definição da relação pericial como naturalmente eivada de desconfiança, embora a diferencie da relação do médico assistente, em função dos diferentes objetivos. No entanto, em sua conclusão, define a atividade pericial do médico como um ato administrativo que busca principalmente dois fins: a legalização da situação funcional do servidor e o cuidado para que não ocorra uso indevido dos recursos públicos. Segundo o Manual, trata-se de:

“uma atividade absolutamente isenta, sem fins terapêuticos ou de assistência médica, nem de cunho social, devendo o servidor compreender e facilitar o ato pericial, prestando, de forma clara e objetiva, todas as informações necessárias para análise do médico perito” (2013, p. 32).

O referido Manual também não fala sobre participação de profissionais de outras áreas de saúde no fazer pericial.

Para finalizar, o Manual Técnico de Perícia Médica Previdenciária (2018), do INSS, é bem amplo, incluindo deliberações sobre como deve ser o ambiente de trabalho do perito e sobre formação e cursos, mas, diferente dos outros três manuais analisados previamente, não há, ao longo de suas 132 páginas, nenhum tipo de referência à atenção que o perito deve ter quanto aos cofres públicos, ou quanto à suposta má fé do segurado, ou quanto à simulação e às suspeitas face aos relatos dos trabalhadores. Tampouco há uma definição da relação do perito como algo de uma dada natureza. Não há parâmetro de dias de afastamento, assim como não há menção a outros profissionais de saúde compondo a equipe. A única coisa que fui capaz de encontrar é uma seção, ao final, sobre ameaças e violência contra peritos, no sentido de auxiliar em relação ao procedimento que deve ser feito pelo agredido. Entretanto, estranhamente não há nenhuma pista, em nenhuma parte do que pudemos verificar dessa publicação, daquilo que poderia ocasionar esse tipo de acontecimento.

4 ETNOGRAFIA DO CONGRESSO DE PERÍCIAS MÉDICAS

4.1. Antropologizando a ciência pericial

Quando percebi a possibilidade de incluir, em minha pesquisa, a etnografia de um congresso de Perícias Médicas, fiquei a princípio animada com a ideia, movida pela hipótese de Rabinow de que a razão é um objeto tão passível de análise quanto outros objetos etnográficos e que, junto a isso, é preciso antropologizar o Ocidente, mostrando o exotismo inerente à sua construção de realidade (Rabinow, 1999, pp. 80 e 116).

A ideia de uma etnografia em Congresso de Perícias Médicas surgiu tardiamente no percurso da pesquisa, quando soube de um congresso que aconteceria em São Paulo, sendo o quarto ano do doutorado o período em que eu gozava de licença no trabalho para terminar a pesquisa, logo, haveria tempo para tal empreitada. Ainda que minha formação não seja a Antropologia, encontro inúmeras semelhanças e afinidades com o lócus de conhecimento de onde parto, sendo a observação, o estranhamento e a escuta elementos que acredito estarem presentes tanto nesse campo do saber quanto na psicologia e na psicanálise. Além disso, a constante reflexão sobre o trabalho, sobre as experiências que se acumulam em seu decorrer, sobre as próprias sensações e pensamentos que a pesquisa evoca, também parece ser um ponto em comum entre as duas práticas.

A reflexão de Goldman (2003) sobre a possibilidade de manutenção dos métodos de estudo da antropologia tradicional sobre um objeto que nos seja próximo recupera indagações importantes acerca dos processos que a etnografia proporciona e os cuidados que exige, uma vez que não é tão simples posicionar-se sobre aquilo que é vivido no campo (no caso da escuta de tambores dos vivos ou de tambores dos mortos, relatada por Goldman, após um despacho em um ritual fúnebre, a interrogação que tal escuta suscitara e as conclusões daí tiradas mostram como esses acontecimentos não são simples e podem ser ressignificados *a posteriori*, não havendo um fechamento definitivo da experiência etnográfica). A questão da distância entre o etnógrafo e o objeto que estuda, como levanta Goldman, se mostra importante para o tipo de etnografia à qual eu me propunha: um congresso acadêmico é um rito que me é familiar, assim como as temáticas debatidas. Ciente de minha inexperiência, não deixei de ficar preocupada com a dificuldade que eu poderia enfrentar ao realizar a experiência de campo no Congresso e seu posterior relato. Percebi que, diferente de Rabinow,

em seu estudo sobre administradores e reformadores sociais no Marrocos, eu não parecia estar, como ele, suficientemente separada dos sujeitos do Congresso, de modo a evitar uma identificação fácil, nem suficientemente próxima para compreender com benevolência o que se apresentasse à minha frente, sem deixar de ser crítica (op. Cit., p. 101). Apesar de ser um congresso de medicina legal e perícias médicas, logo, voltado para médicos, talvez houvesse aí uma proximidade ligada ao fato de que os congressistas eram profissionais de saúde e pelo fato de o objeto de discussão das mesas a que me proporia assistir ser o mesmo de meu trabalho há pouco mais de cinco anos. Foi aos poucos que pude constatar que esses dois elementos faziam com que a minha proximidade em relação a esses atores sociais fosse significativa, a ponto de me trazer incômodos cuja intensidade poderia impossibilitar a benevolência crítica da qual fala Rabinow. Entretanto, munindo-me também da inspiração em Favret-Saadra (2005), busquei como aliada possível a intensidade afetiva que poderia surgir em situações de comunicação não-verbal e não-intencional, dando “estatuto epistemológico”, se necessário, a elas, o que não deixava de ser um desafio em um congresso científico movido por palavras e conceitos. É claro que só pude perceber todos esses aspectos *a posteriori* ou quando já estava no campo, circulando pelo congresso, assistindo às mesas, observando alguns ritos e saindo de lá em direção ao hotel inundada por emoções intensas, difíceis de verbalizar. Essa seria a minha primeira etnografia e eu queria ter o cuidado de aproveitar a curta imersão no campo e aquilo que ela suscitaria em mim, examinando criteriosamente o que eu sentia. Assim como Favret-Saadra propõe a inclusão e o exame dos afetos na experiência etnográfica, a psicanálise também propõe, continuamente, o exame dos afetos do analista em relação aos processos que acontecem nas análises que conduz, logo, essa prática, para mim, não seria inaugural.

Um último ponto a ser levado em consideração antes de passarmos ao relato etnográfico propriamente dito diz respeito à sua escrita. Como afirma Goldman (2003):

(...) o ato de escrever modifica aquele que escreve. Na antropologia, a leitura das notas e dos cadernos de campo, a imersão no material coletado e, principalmente, a própria escrita etnográfica revivem o trabalho de campo, faz com que sejamos afetados de novo (p. 469).

De fato, posso deduzir agora, *a posteriori*, três momentos de escrita etnográfica que me modificaram quanto ao que vivenciei no campo. O primeiro refere-se a algumas anotações que fiz durante o congresso, como qualquer congressista faz, para memorizar palavras, frases. Depois, em geral no mesmo dia à noite, eu me debruçava sobre o que lembrava do que havia acontecido e o que aquilo me evocava, em termos de dúvidas e emoções, ou mesmo hipóteses.

Eu consultava o material que havia anotado durante o desenrolar da programação e o unia às minhas memórias do dia. Finalmente, o terceiro tempo, da escrita etnográfica propriamente dita, que é uma espécie de depuração daquilo que foi escrito no diário de campo. Esse terceiro momento era como se fosse o de uma elaboração daquilo que fora vivido, e onde algumas das questões postas anteriormente ganhavam outro aspecto. Algumas das situações observadas ficavam mais claras, novos pensamentos sobre o que vivi surgiam e, às vezes, iluminavam outras situações, em um ciclo indeterminado. Assim como um texto literário precisa descansar após a sua escrita, precisa de um tempo de repouso distante do autor, para que um reencontro futuro possa levar este último a perceber os excessos que devem ser podados ou solucionar os impasses que haviam ficado à espera, também o texto etnográfico, nestas passagens de tempo, precisa de descanso para que, ao reencontrar o etnógrafo, possa oferecer possibilidades mais interessantes do ponto-de-vista da análise que se pretende fazer. E essas pausas entre as escritas do mesmo texto fazem parte do texto e o determinam, o que, por sua vez, também influenciam a experiência vivida pelo etnógrafo. Não se trata de tarefa fácil, sobretudo para uma primeira vez, mas pude ver que, como na escrita literária, caminhos equivocados sempre são adentrados, mas sempre se pode sair deles.

4.2. À procura de um Congresso

A etnografia teve início já na busca de um congresso ao qual eu pudesse ir, o que também não esperava que acontecesse quando me decidi a incluir essa metodologia. Eu não imaginava que teria de haver uma “procura”. Decidida finalmente a ir ao congresso mencionado anteriormente, organizado pela ANMP, iniciei as etapas do procedimento de inscrição, quando então me foi solicitado o CRM, sendo impossível prosseguir a inscrição sem esse dado. Enviei um e-mail à organização do congresso, explicando que sou psicóloga e trabalho com perícias, tendo interesse em participar. A resposta era a de que o congresso era só para médicos. Esse primeiro impacto me gerou frustração, mas descobri que havia mais dois congressos a acontecer no segundo semestre, ambos com participação de outros profissionais, mas eu só teria disponibilidade de ir a um deles, o Congresso Sul Sudeste de Medicina Legal e Perícias Médicas, em outubro de 2019.

No que se refere à minha pesquisa, essa primeira busca já me trouxe algumas percepções, dado que um congresso de perícias médicas voltado exclusivamente para

médicos, como é o caso do que foi promovido pela AMNP, se afasta absolutamente dos princípios caros à Saúde do Trabalhador, uma vez que não inclui nenhuma abertura a outros saberes: é um congresso feito por médicos para médicos. Pressupõe-se, assim, através do formato do Congresso em si, que a perícia é realizada apenas por médicos e que não é passível de problematização por perspectivas diversas do viés médico. Ademais, não há interesse em construir trocas com campos diversos de conhecimento. Por outro lado, o congresso trazia o seguinte destaque, já comentado: “A perícia médica como agente fiscalizador do bem gastar social e da austeridade fiscal”. No site, está escrito que o congresso, com tal destaque, “será um marco nas discussões referentes à gestão e governança de sistemas previdenciários e securitários que envolvam a saúde e segurança do trabalhador brasileiro bem como seu papel nas ações de austeridade fiscal e econômica (...)”⁸⁶. Aqui, a preeminência do significado de perícia como sendo um agente fiscalizador e como parte do conjunto de ações de austeridade fiscal e econômica parece localizar a função da perícia, definitivamente, numa função de gestão. A ideia de uma perícia que atua com fins econômicos e fiscais não deixa de atualizar a função do médico a partir do século XVIII, como mostra Foucault em sua análise sobre as políticas de saúde nesse século. Segundo ele, a repentina ascensão do médico como figura de poder nessa época deveu-se à importância que adquiriu a saúde e o bem-estar do “corpo” social e da recém-surgida noção de população, conceitos que inexistiam anteriormente. E assim, o médico, ao trabalhar a partir da administração, ao ser aquele que dará conselhos quanto à geografia da cidade e suas possíveis influências patogênicas, isto é, ao assumir as funções de higienista, torna-se, em muitos casos, um programador “de uma sociedade bem-regida (o médico reformador da economia ou da política (...))” (2011, p. 368). Afinal, o que seria o fiscalizador do bem gastar social senão esse reformador da economia, esse profissional que zela pelo bom regimento da sociedade? Ademais, a ausência de menção a nexos causais entre trabalho e doença, ao protagonismo do trabalhador no que tange à redução da nocividade nos locais de trabalho também demonstra o quão distante dos princípios da saúde do trabalhador está essa concepção do que vem a ser a perícia.

Em minha pesquisa sobre outros congressos possíveis, encontrei também o V Congresso Brasileiro de Medicina do Trabalho e Perícias Médicas, que seria realizado também em outubro, e que explicitamente informava que o público-alvo incluía não só médicos, mas também advogados, fisioterapeutas, gestores de empresa e RH, psicólogos,

⁸⁶ Disponível em <http://www.iocmf.com.br/index.php/pt/destaques/noticias/61-7-congresso-brasileiro-de-pericia-medica-sao-paulo>.

entre outras profissões. O tema da conferência de abertura era bem discrepante do destaque do congresso anterior: Ética no Mundo do Trabalho, que seria dada pelo filósofo Luiz Felipe Pondé. Apesar de concordâncias ou discordâncias com o pensamento de Pondé, neste congresso sobre perícias médicas chamou-se um representante das ciências humanas para dar sua conferência de abertura, com o tema cujo foco é o trabalho, e não a economia ou a preeminência do método científico. Ainda assim, entre outros temas anunciados na programação, estaria “Simulação em LER/Dort”⁸⁷.

Finalmente, sobrara uma última possibilidade: o Congresso Sul Sudeste de Medicina Legal e Perícias Médicas, organizado pela Associação Brasileira de Medicina Legal e Perícias Médicas (ABMLPM). O Congresso era direcionado a profissionais médicos, odontólogos, operadores do direito e acadêmicos de medicina e direito. Uma primeira observação a ser feita é a junção da medicina e do direito, própria à Medicina Legal. Como nos lembra Foucault (2011, 1976), há uma “espécie de complexo jurídico-médico, como forma essencial de poder” (p. 396). Segundo o autor, enquanto “função social geral” em que se tornou a medicina, essa área do conhecimento se conecta ao direito, fazendo-o funcionar. Esse processo fica patente no campo das perícias. Apesar dessa lista específica de profissionais, sem menção a psicólogos, dessa vez não encontrei dificuldade em me inscrever. Resolvi inscrever também o resumo de minha pesquisa para comunicação oral, para somar ao esforço etnográfico ao qual me propunha a experiência de fazer uma apresentação acadêmica para um público exclusivo de médicos.

A busca e a pesquisa, na internet, dos possíveis congressos voltados para perícias reforçaram em mim a convicção quanto à validade de colocar em prática essa metodologia em paralelo às entrevistas, uma vez que já mostram algo do discurso que gira em torno das noções e práticas de perícias em saúde. Nos termos de Foucault, “É preciso tentar – sem que se possa evidentemente consegui-lo por completo – etnologizar o olhar que dirigimos aos nossos próprios conhecimentos: apreender não apenas a maneira como o saber científico é utilizado, mas o modo como são delimitados os territórios que domina, a maneira também como esses objetos se formam e são escandidos em conceitos” (2011, p. 285). Neste sentido, chama finalmente atenção o fato de não haver menção à noção de “perícia em saúde” e sim à de “perícia médica” nos três congressos encontrados. A ANMP rejeita explicitamente a ideia e as outras organizações, a julgar pelos títulos e temas, ao falar ‘perícia médica’ e não ‘perícia em saúde’, está circunscrevendo o conceito, o campo do saber e a prática, enfim, o território

⁸⁷ Disponível em <https://www.congressomedicina.com.br/>

que domina e os conceitos que escande, como nos alerta Foucault. Está, enfim, restringindo o campo de saber a uma única possibilidade, está muito possivelmente excluindo a própria dimensão da saúde de seu fazer.

4.3. Ato médico e patriotismo

Diferente de algumas outras etnografias de congressos médicos (Manica, 2010; Azize, 2010), um congresso de perícias médicas não é um espaço onde a indústria farmacêutica e seus laboratórios encontrem campo de atuação para divulgação de seus produtos comerciais. A atuação desses laboratórios não possui interesse nesse campo, uma vez que o perito médico e o médico legista não conduzem tratamento, não são prescritores. Assim, meu foco etnográfico eram sobretudo as mesas e palestras cujos temas voltavam-se para aspectos do adoecimento no trabalho e para as características da atividade médico-pericial em relação a outras práticas da medicina. As temáticas voltadas para balística, necropsia, entre outras, não foram por mim mapeadas.

O Congresso aconteceu no Rafain Palace Hotel, em Foz do Iguaçu, em um local afastado. Cheguei ao local, na primeira noite, onde fiz meu credenciamento, e notei que o lugar era pequeno, não havia nenhum estande de laboratório e só um estande de venda de livros. Tampouco houve brindes.

A cerimônia de abertura causou-me os primeiros estranhamentos. A mesa era composta por cinco homens brancos com importantes cargos médicos e jurídicos. Estranhei a ausência de mulheres na mesa. Além disso, eram anunciadas, pelo mestre de cerimônias, as presenças de algumas “autoridades” na plateia, todas militares. Havia alguns congressistas vestidos com seus uniformes militares, cujas patentes desconheço. Eram poucos, mas mesmo assim estranhei o fato de eles estarem vestidos daquela forma.

Antes da fala dos componentes da mesa de abertura, solicitou-se que todos ficassem de pé para acompanhar o Hino Nacional, que foi tocado enquanto se projetavam imagens que supostamente representam o Brasil, como belas paisagens e animais. As pessoas estavam posicionadas de modo ligeiramente oblíquo e, ao observar a sala na intenção de entender o motivo daquilo, vi que se voltavam para a bandeira nacional, à direita da mesa, e algumas delas tinham a mão solenemente repousada sobre o peito. Ainda que possa haver congressos onde se toca o Hino Nacional, o que faz com que meu olhar se dirija a esse aspecto de modo

mais atento é a soma de fatores que parecem convergir, como o anúncio de autoridades militares, as imagens projetadas na tela, as cores da bandeira nacional nos símbolos da Associação e do Congresso, entre outros.

Quanto a esse símbolo, fazia alusão ao símbolo da Associação organizadora, sendo este uma espécie de esfera com as cores nacionais. No caso do Congresso, o símbolo havia sido ligeiramente modificado, mas ainda trazia as cores da bandeira nacional, associado a uma imagem de impressão digital e uma pena. A impressão digital parece evocar não só a prova científica, mas o caráter investigativo, detetivesco, da função pericial. Já a pena parece remeter à justiça. As cores da bandeira, por óbvio, evocam o patriotismo que permeia a profissão e que realça os compromissos, tão alardeados, com a verdade e com o Estado.

Após a fala dos componentes da mesa, teve início a conferência ministrada por um desembargador, cujo título era: “Os Aspectos Judiciais da Perda de Uma Chance”. A ideia girava em torno de casos em que alguém, em situação de doença, perde a chance de cura ou sobreviver devido a inúmeras causas possíveis, como negligência e descuido de um profissional da área de saúde. A insistência do conferencista era a da importância da presença do médico perito na constatação da chance perdida e na sua quantificação, traduzida em indenização pecuniária: tantos por cento de chance perdida equivalendo a determinada soma em dinheiro. Segundo o palestrante, apenas o médico poderia apontar a grandeza da chance que o sujeito tinha de sobreviver ou de se curar e a conversão dessa grandeza em pecúnia. Em tese, esse cálculo tem natureza indenizatória, no sentido de um acontecimento médico que não aconteceu e que deve ser reparado. Ele frisou que a ideia não era medir o prejuízo acarretado pela perda da chance, mas sim a chance perdida em si. Aqui parece ocorrer um movimento de judicialização da probabilidade, com a parceria da medicalização da chance, uma vez que a defesa do palestrante era a da importância de que o médico fosse o protagonista na efetuação e aferição dessas medidas. A suposta chance perdida vai parar no tribunal com a ajuda dos trabalhos médicos em sua capacidade médica de transformar a abstração em grandeza monetária.

Apesar de ter entendido a lógica a que ele se referia, aquela especulação não me parecia nada óbvia. Chance me parece algo tão pertencente ao território da probabilidade, que soa como um paradoxo medir com acurácia algo apenas provável. No entanto, o saber médico detinha aquela habilidade. Faz parte da ciência traduzir tudo em números, afinal. O conferencista apontava, por outro lado, que quando não havia a presença do profissional médico, essa aferição era oriunda “da cabeça do juiz”, o que parecia ser sinônimo de aleatoriedade, pelo tom com que ele apontava aquela suposta falha. Quando havia um perito

presente, a relação parecia ser sinônimo de “consistência científica”. Fiquei me perguntando como se estabelece a relação entre a grandeza ou o tamanho de uma chance e o dinheiro que lhe corresponde. Ao final, não havia espaço para perguntas. Causou-me espanto que ninguém tivesse dúvidas quanto à apresentação, que todos tivessem entendido plenamente seu conteúdo, a julgar por algumas cabeças balançando afirmativamente. A ausência de debate era algo que estava só começando e que eu iria notar, com assombro, durante os dois outros dias de congresso. E, de fato, o desembargador destinava ao médico, e somente ao médico, mais um poder: medir a chance que se havia perdido e estabelecer seu valor.

No dia seguinte, haveria minha apresentação, mas antes assisti à apresentação “O código de ética médica na visão médico pericial: o que há de diverso em relação à medicina assistencial?”, de Rosa Amélia Dantas. Essa temática me interessava particularmente, uma vez que essa diferença constava de minhas perguntas aos sujeitos entrevistados e pelo fato de que, nos manuais de perícia e também em livros texto, esse aspecto aparece como sendo um dos primeiros a ser tratado. E o que era defendido na apresentação não foi diferente do que aparece nos textos de base sobre a prática pericial: o reforço da ideia de que o médico perito e o médico assistencial têm modos de operar diferentes e que a relação de um é eivada de conflito e desconfiança, ao passo que a relação do outro é caracterizada pela confiança e pela empatia. A apresentadora defendia aquelas características da relação entre o perito médico e o periciado, num elogio à desconfiança. Também surgiu na fala da palestrante o que depois fui encontrar em outras falas: a reserva da atividade aos médicos. O ato médico foi repetidamente citado sem constrangimento, o que me gerou bastante incômodo, e a referência aos enfermeiros e fisioterapeutas como profissionais de saúde que têm feito perícia ou que têm pleiteado a realização dessa atividade foi criticada de modo sarcástico, o que incrementou o meu incômodo. A preocupação com o mercado de trabalho, apesar de não ser explicitada, permeia o discurso, como, por exemplo, no momento em que a palestrante adverte que se os médicos não fizerem exames físicos nos periciados, o campo de trabalho com perícia será perdido uma vez que os computadores poderão executar a tarefa. Isso me remeteu ao desconforto que alguns médicos peritos expressaram, nas entrevistas, quanto à atividade que exercem ser burocrática, ou como em alguns momentos pensam que qualquer um poderia estar em seu lugar, exercendo sua atividade. No caso da apresentação de Rosa Dantas, não a menção à importância do exame físico não se devia ao respeito ao periciado ou preocupação com seu estado de saúde ou compreensão maior daquilo que se apresentava na perícia. O foco era o mercado de trabalho.

Em seguida, apresentei meu trabalho, que intitulei “Perícia em Saúde e Saúde do Trabalhador: Um Diálogo Possível?”. Nesse momento, eu estava bastante nervosa com a possível reação àquilo que eu traria para a discussão, e enquanto apresentava, observava o comportamento dos que estavam assistindo. Abordei o contexto da pesquisa, falei do paradigma da saúde do trabalhador e assinalizei o fato de que as decisões dos peritos médicos, no âmbito do SIASS, ainda que pautadas na lei, podem ter caráter discricionário, sendo decisões que muitas vezes mudam a vida do sujeito (como a decisão quanto ao tempo em que se opta por uma aposentadoria por invalidez). Finalizei com a descrição (que sugeri ser algo caricata) das relações médico perito x periciado e médico x paciente, enfatizando meu estranhamento com a ausência da empatia como elemento na relação pericial⁸⁸. Algumas pessoas saíram da sala durante a apresentação, mas, para minha surpresa, percebi algumas outras fotografando o conteúdo dos slides que eu projetava. Não houve tempo para debate posterior à minha apresentação, reforçando minha percepção quanto a ser uma regularidade do congresso a ausência de debates. Ainda assim, algumas pessoas vieram falar comigo.

A primeira delas foi um médico que, cordialmente, questionou minhas afirmações sobre a empatia. Ele sustentou que a empatia é um “elemento totalmente fora da perícia” e defendeu a desconfiança, dizendo que isso nada mais era do que proceder com perguntas sobre se a doença que o sujeito alegava ter estaria mesmo presente. Discordei, dizendo que o não-saber genuíno pode ser o que está presente, e isso não significava nem confiança, nem desconfiança. Falei também que os trabalhadores realmente adoecem, a que ele retrucou dizendo que sim, isso era “fácil de perceber”. Nesse momento, disse a ele que nem sempre, com o que acabou por concordar. Ao final da conversa, em que as discordâncias foram expressas com respeito, ele agradeceu e se afastou, e saí também da sala, compreendendo, aos poucos, aquele diálogo como uma provocação.

Fora da sala, outro congressista, médico perito do município de Itaboraí, no Rio de Janeiro, com postura diferente da do primeiro, me fez perguntas relativas a dúvidas genuínas sobre a questão da aposentadoria por invalidez, sobre a qual eu havia falado durante minha apresentação, e também mostrou dúvidas quanto à quantidade de dias de afastamento que o perito deve conceder ao trabalhador, sobretudo em relação à depressão e outros casos de

⁸⁸ É importante chamar atenção para o fato de que não estou, neste momento, preocupada com a definição de ‘empatia’ e se, de fato, deve haver esse afeto ou sentimento numa prática ou noutra – médico com seu paciente e médico perito com o periciado -, mas sim assumindo o ponto-de-vista dos que conceituam a perícia e prescrevem a forma como ela deve ser realizada, estranhando que considerem que um sentimento de afeição em relação ao outro, e que parece ser carregado de importância, seja admitido numa situação e não seja sequer mencionado em outra, independente de minha adesão ou não à noção de empatia. Aqui, mais do que ser simplesmente ignorada, a empatia é algo a ser evitado.

saúde mental. A questão dos dias de afastamento para tratamento e recuperação de uma dada doença também aparece nas entrevistas com os médicos peritos, não no sentido de uma dúvida sobre a quantidade deles de acordo com esse ou aquele diagnóstico, mas sim quanto à sua relevância no que se refere à função do perito (validá-los, diminuí-los ou aumentá-los). O médico também falou sobre sua vontade de incluir outros profissionais de saúde, não na perícia em si, mas nas atividades correlatas, expressando, ao mesmo tempo, sua dúvida quanto a como fazê-lo. No decorrer da breve conversa, ele demonstrou seu incômodo com os casos de saúde mental, que eram crônicos e de longos afastamentos, seu desconforto em não saber se estava agindo corretamente em sua forma de proceder quanto a isso e, finalmente, falou das agressões que já havia sofrido: foi mordido e já teve computador sendo jogado em cima dele. O que me pareceu interessante nessa conversa foi que ele estava realmente dividindo comigo sua experiência, suas limitações, suas impossibilidades, considerando-me uma interlocutora à altura, ainda que eu não fosse médica. A vulnerabilidade do perito em relação aos limites de seu conhecimento e ao risco que corre em sua atividade só apareceu praticamente nesse momento informal. Esse também foi um ponto que me chamou atenção no Congresso: sendo a perícia vinculada constantemente ao conflito, por que a expressão das angústias a isso referentes não surge? A ausência de discussão também ofusca a possibilidade de surgimento da vulnerabilidade do perito médico, seja em que área atue.

Para que este relato não se alongue desnecessariamente, pontuarei as próximas observações sobre o que ouvi ou li em slides, sem obediência quanto à ordem cronológica.

Numa das mesas, por exemplo, havia novamente a defesa da reserva da atividade aos médicos, mas de uma forma que diminuía o valor e o empenho de outros profissionais, com os seguintes dizeres projetados: “Este fim [prestação de serviço pericial] pode ser alcançado através de profissionais que estudaram poucos anos, sem formação ampla, como a inerente à do médico?”. Esses dizeres conduziam à seguinte conclusão: “No ato pericial realizado por não médicos, geralmente, quem perde é a justiça e a sociedade”.

A exclusividade do médico no protagonismo pericial surge em outro momento, no qual as matérias acerca de aborto e alienação parental são tomadas como questões exclusivamente médicas. No caso da alienação parental, o palestrante faz uma crítica à avaliação feita por psicólogos, dizendo: “É claro que tem que ser psiquiatra. Eu sou do tempo que psicólogo fazia tratamento”. Não há nenhum argumento mais consistente, ainda que dele pudéssemos discordar, para dizer quais seriam as competências específicas, presentes na formação médica e que inexitem na formação do psicólogo, que garantiriam que aqueles profissionais sejam os únicos capacitados para certas avaliações. Essa e outras situações

levantaram também em mim a percepção de que, malgrado haver a defesa reiterada do conhecimento científico, vinculado à prática médica no que tange às perícias, muitas falas sem consistência são ditas continuamente.

Pude, no entanto, encontrar algumas falas destoantes da maioria, em que algumas questões sociais e mesmo críticas à atividade pericial são levantadas. Numa delas, o médico com longa experiência no INSS, falando sobre a aposentadoria por invalidez e os casos em que esta é cessada, por decisão do médico perito, vários anos após o seu início, pergunta: “Que justiça social é essa? Tirar a aposentadoria dez anos depois!”. E defende que, se dez anos antes, tiver havido um erro do INSS, “a instituição tem que arcar com isso”. Era interessante ouvir uma afirmação que não atribuía culpa ao trabalhador.

Houve outra mesa também interessante, cujo título da apresentação era “Os limites ampliados e incomuns da medicina pericial sob a ótica da ciência”. O palestrante, Jose Jozefran Berto Freire, faz uma explanação de cunho bastante filosófico, citando Kant, Descartes e Saussure para destrinchar o que o perito pode conhecer. Aborda a questão do limite da capacidade de entender um fenômeno, por parte da medicina pericial e, em dado momento, afirma que o perito faz a “construção linguística da manifestação do fenômeno”. Na sequência do raciocínio, ele adverte: “ao escrevermos [o documento pericial, o laudo], estabelecemos a realidade, (...) é uma coisa terrível de se saber”. Essa me pareceu uma advertência sutil que aponta para a responsabilidade que está nas mãos do perito, cujo papel não seria o de desvelar a verdade, mas sim de *criá-la*. Levanta o aspecto epistemológico da atividade pericial. O conferencista também aponta como problema a “credibilidade que nos é imputada”, isto é, o juízo feito pelo perito é imbuído de certeza, o que “inunda a cabeça do médico” com a convicção que passa a defender, claramente colocando em xeque essa convicção.

Devo admitir que voltei do primeiro dia do Congresso com um desconforto demasiado. Não apenas muitas falas me incomodaram (e que não reproduzi neste relato por não estarem relacionadas ao tema deste trabalho), como as características do Congresso em si. Essas características podem remeter à comunicação não-verbal de que fala Favret-Saadra, ainda que não necessariamente de pessoas entre si ou comigo, mas do próprio campo, ou seja, o que o campo me comunicava. A primeira dessas características refere-se aos congressistas: em sua maioria homens, muitos usando ternos em dias extremamente quentes, praticamente sem estudantes, raríssimas pessoas de outras áreas do conhecimento, raríssimas pessoas negras. Somava-se a isso o patriotismo presente na cerimônia de abertura, com hino, bandeira, imagens estereotipadas do Brasil e alusão a autoridades militares. A constante referência à

justiça, à verdade, à ciência, à medicina, todas imbricadas de modo inextricável, também parecem fazer parte da fórmula patriótica, que, estranhamente, exclui o trabalhador. Fechando essa fórmula estranha, a ausência praticamente absoluta de debates. Nenhuma afirmação era questionada, nenhuma asserção era problematizada, não havia espaço para perguntas após as falas e raros foram os conferencistas que expuseram seu interesse em possíveis indagações durante ou depois de suas apresentações. Não havia diversidade.

A impressão de fechamento ao diferente consolidou-se em mim quando cheguei ao hotel em que eu estava hospedada e percebi que também me incomodava o fato de o Congresso ser realizado numa ponta distante da cidade, sem comércio ao redor, obrigando os inscritos a ficarem confinados no local o dia inteiro. Penso na analogia dessa escolha de local, monolítica, com a ausência total de debates durante as apresentações, e cogito como seria se o Congresso fosse realizado numa Universidade. Às vezes, certos *campi* universitários também são mais afastados da cidade, mas em geral eles apresentam, em seu interior, uma gama maior de possibilidades, inclusive por serem um local que abriga dentro de si a diversidade de pessoas e de ideias ou, ao menos, a possibilidade do debate. Foz do Iguaçu tem pelos menos duas universidades públicas que poderiam hospedar um Congresso como esse: a UNILA (Universidade de Integração Latino-Americana) e a UNIOESTE (Universidade Estadual do Oeste do Paraná). A primeira delas seria bem interessante, por seu propósito de integração com outros povos latino-americanos. Vale a pena também acrescentar o fato, que descobri na cidade através de motoristas de *uber*, que muitos brasileiros vão morar em Foz do Iguaçu para fazer faculdade de medicina no Paraguai, em Ciudad del Este, que faz fronteira com a região, pelo fato de serem muito mais baratas. Tive contato com duas motoristas, mulheres, vindas de outros estados do Brasil, que cursavam medicina e contaram que a maioria dos alunos é de brasileiros. Ou seja, Foz do Iguaçu tem aspectos peculiares relacionados à medicina e à produção de conhecimento que não são aproveitados em nenhum sentido. O caso da UNILA chama atenção, por sua missão de “formar pessoas capazes de contribuir com a integração latino-americana (...) e o desenvolvimento regional da América Latina – e do Mercosul, em especial”⁸⁹. Todavia, não parecia haver interesse nisso: a escolha do local onde um Congresso acontece tem também caráter político.

⁸⁹ Informação retirada do site www.educamaisbrasil.com.br/unila, acessado em 17 de outubro de 2019.

4.4. Nem tão raras simulações

No segundo dia, logo na primeira mesa a que assisti, novamente a defesa do ato médico aparecia. O tema era “O que avançar no ato médico pericial nos ambientes de trabalho?”, novamente apresentado por Rosa Dantas, e não houve praticamente referências às questões sociais e institucionais face ao adoecimento que se tem observado.

Duas outras apresentações trouxeram temáticas mais interessantes, mas que me causaram certa surpresa. A primeira foi a do psiquiatra Paulo Kelbert, sobre “A depressão, a reação aguda ao stress, a concorrência nos ambientes de trabalho”, em que falou consideravelmente de psicanálise. O que me pareceu incongruente foi que os exemplos que ele trazia, sobre estabelecimento de nexos entre adoecimento e trabalho, eram todos sem relação com o trabalho, isto é, eram situações que, a princípio, poderiam sugerir o nexo com o trabalho mas que, como ele buscava demonstrar, olhando mais de perto, não tinham esse nexo. Importava não se deixar confundir no estabelecimento do nexo. Não houve nenhum exemplo de caso em que ele pôde notar o nexo causal entre trabalho e processo de saúde-doença. Essa foi a primeira contradição que comecei a notar em alguns dos trabalhos apresentados, afinal, se ele estava dando ênfase à questão do nexo, por que não mostrou um caso que o exemplificasse? Por outro lado, ele também fez menção ao diagnóstico de TEPT, relacionado ao trabalho, desvalorizando-o quando usado nessas circunstâncias ao fazer a comparação com pessoas que passaram por campos de concentração ou que viram a morte de entes queridos e que “conseguem tocar a vida”. Afinal de contas, que mensagem ele queria transmitir em sua fala?

Na sequência, outro psiquiatra, Carlos Peixoto, fez uma apresentação cujo título era “O assédio moral nos ambientes de trabalho, como se faz essa perícia?”. Aqui o problema foi sua insistência e o tempo que gastou dizendo o que não é assédio moral e quantas vezes as pessoas afirmam precocemente que algo é assédio moral sem que o fenômeno preencha os requisitos para tal. Ele discorreu amplamente sobre o conceito, chegou a citar também o assédio organizacional, falou sobre situações atuais do mundo do trabalho que não encontrei em nenhuma outra apresentação, mas não enfatizou o adoecimento que pode decorrer de relações de trabalho abusivas ou violentas. A questão da delimitação do conceito de assédio moral possui relevância, porém, ao alertar para isso, em geral, chama-se atenção para o fato de que, mesmo que algo não possa ser classificado sob a rubrica de assédio moral, ainda assim pode se tratar de um tipo de violência institucional que traz sofrimento e que deve ser

combatido. Carlos Peixoto escolheu priorizar a “má-fé” relacionada ao diagnóstico de assédio moral em casos que não deveriam ser assim entendidos. Além disso, o palestrante afirma que o diagnóstico de assédio moral é matéria exclusiva do psiquiatra, e seu argumento para isso é que se vai constatar uma “lesão na personalidade”, uma “doença”, logo, a competência é médica. Por outro lado, também aponta a impossibilidade de fazer esse diagnóstico antes de um ano de ocorrência. Em sua tabela, ele indica uma faixa temporal de um a três anos para se estabelecer o assédio moral, porém admite que possa haver exceções. Aqui, meu estranhamento refere-se à padronização de algo que envolve situações absolutamente complexas, uma vez que o assédio moral tem muitas características diversas, podendo ser mais ou menos perverso, no sentido apontado por Hirigoyen (1999). Por outro lado, nesse ponto havia coerência com o raciocínio dos diagnósticos psiquiátricos, que indicam que um conjunto de sintomas relatados devem estar presentes por x tempo. Novamente, encontro a contradição que parece permear a apresentação: o tema da perícia de situações de assédio moral, que deveria ser uma oportunidade para trazer à tona esse assunto complexo entre uma população de médicos, acaba tendo o acento maior para aquilo que não é assédio moral, sublinhando que o médico deve buscar “a verdade a qualquer preço”.

Finalmente, assisto à tarde a uma mesa diretamente ligada à temática desta Tese: “A medicina pericial e a medicina assistencial, as diferenças de método e de abordagens”. O conferencista, Zulmar Vieira Coutinho, vai listando aos poucos as diferenças entre o agir do médico-perito e o agir do médico assistencial, desmontando algumas das ideias-chave referentes ao procedimento pericial. Inicialmente, critica a diferença dos nomes que são dados ao periciado e ao paciente, a depender da situação em que se encontre: são todos seres humanos, ele relembra. Na sequência, questiona a ideia de que o médico perito não faz prevenção, dando alguns exemplos quanto a isso (indicação de mudança de hábito, indicação de tratamento). Ele também critica a questão da desconfiança, tão sublinhada em todos os materiais que se voltam para a conduta esperada do perito. Apesar de todas essas afirmações, que poderiam pavimentar o caminho de aproximação entre a prática da perícia em saúde e a saúde do trabalhador, e apesar de afirmar que diz aos seus alunos que o paciente “em geral fala a verdade” e que “muito raramente simula”, os exemplos sobre os quais ele se debruça são casos de simulação de dor. A dor é uma das categorias que gera dúvida nos médicos peritos, dado que sua medição também não traz a objetividade de outras medições⁹⁰. Ao falar

⁹⁰ Mais tarde, em outra mesa, assisti por acaso a uma apresentação, à qual não havia me programado para assistir, cujo tema era “Termografia infravermelha: quando e por que utilizar”, de Marcos Leal Brioshi. Nela, ele apresentava uma técnica de medição da dor através da mudança de temperatura corporal no local da dor e de sua

sobre os “casos dolorosos”, o palestrante lembra a todos da existência dos transtornos somatoformes ou mesmo sobre vivências de sofrimento e angústia que se transmutam em dores físicas, isto é, ele fornece motivos para que as queixas de dor que surgem no exame pericial não levarem a um substrato fisiológico que as justifique, havendo portanto dores cujas origens são variadas, ainda que não tenham evidências científicas. No entanto, é um caso em que a queixa de dor tem origem na simulação o que ele escolhe para fazer uma análise sistemática. O palestrante evita usar a palavra simulação, quando do destrinchamento do caso, mas toda a sua narrativa gira em torno da inverdade que ali ocorria. Relata, portanto, as “manobras absurdas” (sic) que faz no paciente para averiguar a veracidade da queixa: dá o exemplo de mexer na ponta de dois dedos de uma mulher que alegava dor no ombro e perguntar se doía, obtendo uma resposta afirmativa, o que, segundo ele, era incompatível com a manobra executada, sinal sugestivo da encenação que a periciada parecia promover. Foram fornecidos diversos dados relativos ao acompanhamento desse caso e advertências a como os médicos do trabalho podem acabar se enganando e atribuir um diagnóstico médico para algo que inexistente. Também foram listados os possíveis desdobramentos que o erro do perito ou do médico do trabalho que acreditaram naquele quadro podem gerar, todos relacionados a questões econômicas, como licença, aposentadoria, benefícios previstos em lei mas indevidos, já que não havia um adoecimento verdadeiro em curso. De fato, o erro do perito era muito maior do que se poderia imaginar, havendo consequências econômicas e coletivas, já que trata-se de dinheiro público destinado a uma mentira. Era isso o que o palestrante buscava demonstrar. Ele concluiu sua apresentação dizendo que praticamente inexistente diferença entre médico perito e médico assistente, todavia sem apresentar os casos clínicos que pudessem ilustrar seu ponto-de-vista: sua comunicação era a de que o perito deve desconfiar porque há simulação, embora dissesse que em geral o paciente diz a verdade e que raramente simula.

Saio do Congresso novamente com desconforto, apesar de ter assistido a mesas e apresentações menos taxativas no que se refere ao ato médico, à perícia como aliada da justiça e da verdade, ao menosprezo de outras áreas do conhecimento. A sensação que tive, ao final de tudo, é que o Congresso parecia uma forma de reforço da autoimagem da perícia estritamente médica. As mesas pareciam dedicadas mais ao enaltecimento da função e da

tradução em cores. Aquela era uma maneira de tornar a queixa da dor algo mais próximo de um sinal e mais distante de um sintoma. Às vezes, o palestrante evocava a dúvida dos médicos em geral em relação à legitimidade da dor relatada, mostrando os avanços daquele tipo de técnica no caminho de uma objetividade mais palpável, quase como se dissesse, ao perito em dúvida diante de uma queixa de dor, que “seus problemas estão resolvidos”.

profissão dos congressistas, à preservação de um saber intocado, do que à discussão de pesquisas, impasses, conflitos no exercício da função.

Por outro lado, nas mesas claramente direcionadas aos processos de saúde-doença no trabalho não houve menção à saúde do trabalhador. Praticamente nada foi dito sobre os aspectos sociais do trabalho que podem estar envolvidos com o adoecimento. O nexos causal entre trabalho e doença não foi analisado nem explorado. Talvez tenha sido desmentido: essa é uma conclusão que por ora tiro a partir do extremo desconforto que senti nos dois dias do Congresso. Talvez fosse isso o que eles estavam comunicando não-intencionalmente o tempo inteiro.

Quando a saúde mental como modo prevalente de adoecimento surge, o assunto não é suficientemente vinculado às condições de trabalho e sociais. Isso aconteceu quando o médico de Itaboraí fez uma pergunta numa das mesas, num raro momento aberto a uma pergunta. Referiu-se, em síntese, à sua percepção de que os professores eram um contingente que vinha adoecendo muito. Em sua pergunta, que era ampla, ele exibiu suas angústias enquanto trabalhador das perícias e apontava uma questão social. No entanto, as respostas foram vagas, difíceis até de reprodução neste texto. A vulnerabilidade do profissional que está no cerne de uma relação definida como conflituosa era silenciada.

Finalmente, alguns dos aspectos que aparecem tanto no discurso presente no Manual de Perícia, quanto nas respostas dos entrevistados desta pesquisa, também surgem no congresso, como a preocupação em relação a dias de afastamento, a estrita separação entre o fazer pericial e o assistencial, a relação indubitável da perícia com a justiça.

5 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

Após o percurso pela etnografia de congresso em perícias médicas, chegamos finalmente às entrevistas com os profissionais da área. E, apesar de certa diversidade de entendimentos e de atribuições conferidas à atividade pericial, há alguns pontos que se repetem e que são mais prevalentes do que outros. E é sobre eles que nos deteremos agora.

De janeiro a novembro de 2019, realizei 32 entrevistas com médicos (20) e odontólogos peritos (3), além de psicólogos (4), assistentes sociais (4) e uma fisioterapeuta, lotados em 5 instituições federais de ensino do Estado do Rio de Janeiro, sendo profissionais concursados e, portanto, servidores públicos federais tanto quanto os trabalhadores que avaliam. No caso dos médicos, todos são peritos portariados mas possuem diferentes especialidades: pediatra, psiquiatra, neurologista, endocrinologista, oncologista, pneumologista, ginecologista, entre outras. Sobre meu acesso a esses profissionais, em três das instituições eu conhecia pessoas que me facilitaram o contato com os profissionais do SIASS e em duas não havia nenhum contato prévio ou recomendação, tendo eu me apresentado aos gestores da seção de perícias, falado sobre a pesquisa e tendo sido aceita para entrevistar aqueles que se disponibilizassem a isso. Havia mais alguns profissionais para serem entrevistados, porém incompatibilidades de horário acabaram não permitindo que a entrevista pudesse acontecer. Em algumas instituições, houve recusa de participar da pesquisa, embora isso tenha constituído a minoria dos casos (um médicas e duas assistentes sociais, de diferentes instituições).

Ainda sobre a metodologia, é importante reforçar o efeito que senti na pesquisa quando me deparei com o campo. Entrevistar os diferentes profissionais foi bastante enriquecedor. Salvo quatro ou cinco entrevistas, entre as 32, pude me sentir confortável em todas, bem recebida. Mas, como assinalarei no decorrer da análise, algumas delas me geraram certo desconforto, o que me impossibilitou de desenvolver algumas ideias que poderiam ser um pouco mais desenvolvidas, caso eu não estivesse sentindo certo rechaço por parte do profissional. Um ponto importante a ser considerado é o fato de o campo ter feito com que eu mudasse a amostra inicial de sujeitos entrevistados, incluindo odontólogos e fisioterapeuta, que não estavam previstos. Percebi que esses profissionais poderiam trazer reflexões da mesma forma que os demais, e que situações de trabalho, saúde do trabalhador e afins poderiam chegar também às suas avaliações.

Considero importante também apontar a vontade que às vezes eu tinha de conversar, no meio da entrevista, com o sujeito que eu estava entrevistando, e expressar o que eu pensava, especialmente quando percebia que o conflito exposto pelo entrevistado tinha a ver com o fato de que ele não queria fazer nada daquilo que o receituário pericial dizia ser o certo. Não que alguma conversa não pudesse existir nas entrevistas, ou que em alguns momentos elas não se pareçam com conversas, mas talvez minha inclinação fosse enveredar por uma forma de estar na entrevista em que eu acabasse falando muito. Além disso, mesmo quando eu discordava, intimamente, das afirmações de alguns dos sujeitos, sentia-me próxima a eles. Assim, ainda que eu traga alguns trechos das falas problematizando-as, muitas vezes percebia o desconforto quanto ao posicionamento que era sustentado. Percebia que, mesmo que fizessem afirmações mais duras ou unilaterais sobre os servidores, em geral, não era com satisfação que eram expressadas.

Também é importante marcar que nem todos os profissionais tiveram falas reproduzidas nesta análise. Isso se deve ao fato de que algumas entrevistas foram bastante sucintas. Não tivemos praticamente falas selecionadas do profissional de fisioterapia, pois, além de se tratar de apenas um representante de seu campo de conhecimento, sua entrevista se encontra entre as cinco mais sintéticas que foram realizadas.

A análise foi feita com o auxílio do software de análise qualitativa, Atlas.ti, no qual foram inseridas as entrevistas e feitas as categorizações, tal como na análise de conteúdo, de Bardin (1979). O software permitiu a formação de categorias (codes) e eixos temáticos (families), que proporcionam uma organização melhor do material empírico recolhido, com acesso fácil aos trechos referidos às categorias criadas e com a possibilidade de visualização do número de citações feitas e das relações entre elas, quando necessário. Neste sentido, respeitando a primeira fase da análise de conteúdo sugerida por Bardin, após finalizadas minhas incursões ao campo, onde fiz as entrevistas e, em alguns momentos, pude observar um pouco da dinâmica e das condições de trabalho dos peritos e da equipe de suporte à perícia, inicialmente tomei contato novamente com as entrevistas, depois de realizadas, no momento em que as transcrevi e também revisitando alguns de seus trechos. Essa foi uma fase interessante, na medida em que pude ir consolidando, aos poucos, algumas das percepções que tinha formado durante a realização das entrevistas e das ideias que tive enquanto lia e analisava o Manual da Perícia, por exemplo. De fato, o que é interessante notar é que muito do que se encontra no Manual aparece nas falas de alguns dos sujeitos entrevistados.

Depois das categorizações, foram constituídos eixos temáticos que pudessem agregar várias dessas categorias. Alguns trechos correspondem a mais de uma categoria, assim como

algumas categorias correspondem a mais de um eixo. A constituição de eixos temáticos e unidades de sentido ou categorias⁹¹ não é tarefa simples, uma vez que as falas, como é de se esperar, são impregnadas de vaivém, tratando-se da expressão de raciocínios a partir de questões sobre as quais não necessariamente os entrevistados haviam tido oportunidade de enunciar antes. Implicam, portanto, contradições, ideias agregadas e expressões que, pode-se ousar dizer, são como que metonímias de ideias maiores. Em síntese, é preciso dar relevo ao fato de que ao longo deste trabalho, mais de uma vez discordei de mim mesma quanto às categorizações e aos eixos temáticos, pela complexidade acima referida. Com isso, trago a advertência de que, futuramente, se fosse ter contato novamente com o material empírico que recolhi, não seria impossível que eu viesse a discordar de mim mesma em alguns pontos e as tabelas trazidas à frente poderiam ser modificadas. Isso significa dizer que as tabelas apresentadas nas seções seguintes não pretendem ser um indicativo de objetividade por trazerem números, mas apenas uma tentativa de facilitar a visualização das unidades de sentido às quais me refiro e também àquelas que não serão analisadas mais detidamente. O intuito destes apontamentos é o de lembrar e reforçar que a pesquisa que ora se apresenta é impregnada da subjetividade que me constitui neste momento.

Assim, na tentativa de sistematizar essas unidades de sentido, foram constituídos um total de 19 eixos temáticos, como se pode observar na Tabela 1.

Tabela 1 - Eixos Temáticos

Eixos Temáticos	Total de categorias
Funções da perícia	39
Função da perícia como interface/mediação	10
Justiça, julgamento e arbitragem	11
Saúde do Trabalhador	41
Suspeita/desconfiança na perícia	25
Características da perícia	30
Temas e decisões difíceis na perícia	27
Tensões interpessoais e institucionais	19
Perícia medicalocêntrica	17
Desconforto, conflitos ético e afetivo e aspectos negativos	13
Sentido do trabalho e sentido da perícia	13

⁹¹ Utilizo as expressões ‘categoria’ e ‘unidade de sentido’ como sinônimos. Elas fazem parte de famílias mais amplas, às quais chamamos de ‘eixo temático’.

Contribuição do assistente social	11
Contribuição do psicólogo	13
Impacto da perícia/trabalho sobre o servidor	12
Formação para a perícia	11
Atravessamentos internos e externos à perícia	8

Fonte: PIZZINGA, 2020.

Para análise do material empírico fornecido pelos sujeitos, serão analisadas algumas categorias pinçadas de 10 eixos temáticos, quais sejam: 1) Funções da perícia; 2) Função da perícia como interface/mediação; 3) Justiça, julgamento e arbitragem; 4) Temas e decisões difíceis na perícia; 5) Suspeita/desconfiança na perícia; 6) Desconforto, conflitos ético e afetivo e aspectos negativos; 7) Perícia medicalocêntrica; 8) Tensões interpessoais e institucionais; 9) Saúde do Trabalhador e 10) Características da perícia. Na análise de alguns desses eixos temáticos, as categorias serão analisadas em conjunto pelo fato de estarem fortemente imbricadas e, em outros casos, a análise das categorias será separada em subseções, na medida em que essa separação não resulte em impossibilidade de fluidez nos debates que suscitarem. Foram escolhidos esses 10 eixos como tentativa de abarcar aquilo que dialoga com os objetivos desta tese, mas outros pontos poderiam ser abordados com mais delongas, a depender de escolhas de pesquisa. Não foi fácil selecionar os eixos, uma vez que outros eixos ou categorias situadas em eixos diversos às vezes também dialogam estreitamente com uma categoria que ora está sendo analisada. Sabemos, portanto, que o material é vasto e que pode gerar análises que esta Tese não terá como alcançar.

Finalmente, antes de passarmos à análise, é importante dizer que os entrevistados serão anonimizados, e também não faremos menções às instituições às quais pertencem, para que se respeite a confidencialidade de suas identidades. Eles serão nomeados com numerações que têm a ver com a ordem em que o trecho selecionado aparece no texto. Procurou-se, apesar disso, oferecer um brevíssimo relato do contexto da entrevista ou do entrevistado para que se possa compreender um pouco mais as circunstâncias de onde surgem as falas selecionadas. Saber que o autor de uma determinada fala está há poucos meses na função de perito e insatisfeito com ela, ou que um entrevistado concedeu uma entrevista olhando mais para a tela do computador do que para mim, por exemplo, pode oferecer um colorido maior ao conteúdo analisado. Por fim, quando o entrevistado mencionar alguma característica ou nome da instituição onde trabalha ou de alguém, esse nome será substituído.

5.1. Especificidades de fazer perícia no SIASS

Um primeiro ponto a ser abordado é o fato de que nem todas as instituições possuem equipe multidisciplinar, conforme recomendado pelo SIASS, em seus setores que lidam diretamente com perícia. Das 5 instituições cujos profissionais pude entrevistar, uma delas só possui médicos, estando psicólogos, assistentes sociais e outros eventuais profissionais em uma seção próxima, porém sem contato mais estreito com os casos periciados (quando ocorre, parece ser algo eventual, segundo os relatos obtidos com os médicos peritos). Os profissionais que fazem parte dessa equipe e que aceitaram ser entrevistados (nem todos quiseram) não sentem falta de outros profissionais, afirmando, sem titubear e cada um a seu modo, que a perícia é estritamente médica.

No polo oposto, em uma das instituições, as perícias são, em geral, realizadas com a presença de profissionais não-médicos. Seja na perícia singular, seja na junta oficial, há a presença do psicólogo nos casos de saúde mental, há a presença do profissional de fisioterapia, nos casos ortopédicos e afins, há a presença da assistente social, em diversas situações, e todos têm suas visões levadas em consideração. Nos casos em que não há consenso, como relata um dos sujeitos, todos votam, e os votos têm igual peso independente da área de saber à qual o profissional seja vinculado. Além disso, escreve-se no laudo a participação dos outros profissionais não-médicos. Essa forma de fazer perícia é bem interessante, dado que inclui, na discussão dos casos avaliados, todos os profissionais que têm relação com a problemática que se apresenta. É claro que, numericamente, pode ser que, nos casos em que não haja consenso, os profissionais médicos tenham preeminência, se em sua maioria pensam de forma convergente. Isso se dá porque há mais médicos do que, por exemplo, psicólogos. Além disso, esse tipo de configuração ilustra o fato de que a forma de fazer perícia é uma construção: do SIASS, do Manual, de determinada equipe, do estilo de pensamento de um determinado grupo de profissionais, das pessoas. O estilo de pensamento (Fleck, 1935/2010) em torno da prática específica, em um campo de saber, irá ditar as maneiras aceitáveis ou não, procedentes ou não, de realizar uma dada tarefa. Por conseguinte, em uma dada instituição a perícia é afirmada como sendo estritamente médica, sem a necessidade sequer de uma conversa com um profissional de outra área, ao passo que, em outra instituição, o profissional de outra área é chamado a compor o momento específico do ato pericial.

5.2. ‘Caí de paraquedas’: a questão da formação

Um primeiro apontamento a ser feito já envolvendo as falas dos entrevistados é que, entre os médicos e odontólogos, isto é, entre aqueles que efetivamente são nomeados peritos dentro do SIASS e têm poder de emitir laudo oficial, apenas um profissional da medicina – entre 23 sujeitos entrevistados, sendo 20 médicos e 3 odontólogos – teve uma formação prévia, relacionada ao trabalho de perícia. Esse sujeito tinha uma formação em medicina do trabalho, correlata às atividades do perito no SIASS, que em muitos casos não deixa de ser um médico do trabalho também. Os profissionais entrevistados relatam que pouco se vê de perícia durante a graduação em medicina, sendo uma área que, em alguns casos, gerava até preconceito, como alguns apontam. Uma das médicas entrevistadas diz, sobre sua chegada à função de médica perita do SIASS:

“Caí de paraquedas (risos)” (Médica 1)

Alguns dos entrevistados, ao entrar no SIASS, já tinham experiência de perícia anterior por trabalharem em outro órgão, porém também chegaram à função no órgão precedente sem ter tido formação prévia para tal. E alguns dos médicos queixam-se dessa ausência de formação, relatando buscas nesse sentido e dificuldade de compatibilizar os cursos que encontram com horários e outras condições de trabalho. Muitos alegam também que não imaginavam que trabalhariam com perícia. Para alguns, entretanto, a atividade pericial tornou-se uma “grata surpresa”, algo que “combina com a personalidade”, ao passo que outros expressam um grande conflito face à atividade pericial, que se mostra distante daquilo que imaginavam que seria o trabalho em medicina, quando se formaram. Alguns deles referem-se a não estar “ajudando” o paciente e expressam o desejo de retornar a um trabalho mais assistencial.

O ponto da formação possui relevância, na medida em que o Manual de Perícia torna-se uma fonte recorrente entre os profissionais em momentos de dúvida. Neste sentido, se o sujeito não sabe nada sobre perícia, se nunca leu a respeito, se “caiu de paraquedas” nesse tipo de atividade, se, enfim, têm a responsabilidade de decidir o futuro imediato do trabalhador mas não têm ideia do que fazer com isso, as noções do Manual serão um guia importante e não é à toa que ele é tão frequentemente citado pelos médicos peritos (foram encontradas 20

citações entre os médicos e 1 citação de assistente social). Uma das médicas entrevistadas, quando indagada sobre a questão da formação, diz:

“(…) claro que você tem que estar por dentro, não resta dúvida, tem que estar atenta, tem que saber o quadro clínico, às vezes a gente tem que ir lá no manual pra relembrar se condiz o que a pessoa tá dizendo e tudo” (Médica 2).

A fala da médica acima chama atenção pois o Manual parece tirar a prova dos nove, por assim dizer, sendo aquilo que irá atestar a legitimidade do que é narrado pelo servidor. O Manual serve para que o perito se certifique se “condiz com o que a pessoa está dizendo”, ficando a experiência em segundo plano, o que nos faz pensar novamente em Dumit (2006), ao dizer que a experiência não é mais um fato anterior às companhias de seguro, isto é, o sofrimento precisa ser categorizado institucionalmente por aqueles que têm essa poder. Por outro lado, essa fala também resgata a discussão já feita nesta Tese sobre a problemática dos parâmetros fornecidos oficialmente quanto aos dias de afastamento relacionados aos diferentes diagnósticos, no que se refere à precedência dos parâmetros fixos sobre a dinâmica do processo de adoecer. Se esses parâmetros, cujo intuito parece ser apenas a orientação, se tornam maiores do que a conduta terapêutica do médico assistente ou do relato do servidor, teremos a burocracia e o padrão homogeneizante ditando as experiências individuais de sofrimento. Rosenberg (2002) já apontara o que chamou de “imperativo burocrático”, espécie de infraestrutura que se constitui por tabelas nosológicas, protocolos e outros mecanismos administrativos que seriam “aparentemente” objetivos, e que acabam por mediar as relações entre profissionais e pacientes, governos e setor privado. A forma como um perito lida com o Manual, portanto, pode estar seguindo esse imperativo burocrático. E se o perito se encontra perdido em relação à atuação com perícia, se tudo é novo para ele, o Manual ocupa um lugar de destaque para a cristalização, inclusive, de formas de pensar.

A preocupação muito frequente com o tempo de afastamento foi um elemento que causou certo estranhamento nesta pesquisa, pois não esperava que essa questão viesse a ser citada com a frequência com que foi, muito embora não tenha sido a unidade de sentido mais mencionada nas entrevistas. E aqui já se vai percebendo a aproximação de certa prática pericial dos interesses da gestão, como se irá abordar adiante.

Outro exemplo em relação ao poder do Manual nas decisões do perito e sua preeminência em relação ao relato do servidor, aqui acrescido da preocupação com o tempo de licença do servidor, pode ser visto no trecho a seguir:

“(...) é lógico que aquilo ali é uma média e a gente tem que avaliar caso a caso, mas, por exemplo, depressão ele orienta 30 dias, então assim já teve casos de pessoas que chegaram aqui com atestado de 90 dias pra depressão, então a gente pode, pra não se indispor também, mostrar a orientação do próprio manual que é de 30 dias, podendo ser renovada, mas o próprio manual, pras doenças mais prevalentes, ele te dá um guia pra você poder se orientar e tentar seguir aquilo ali, mas é claro que isso é muito relativo, já dei 60 dias, mas tem casos que eu dei trinta... então aquilo é meio que um guia pra gente” (Médica 1).

No excerto acima, a médica claramente recorre ao Manual para divergir da orientação do médico assistente. O que vem no texto predomina não apenas sobre a experiência do trabalhador, mas também sobre a conduta terapêutica do médico que o trata. Pelo visto, dar um tempo maior para depressão é algo que foge à regra. E o Manual serve como reforço e segurança legal. Pergunto-me como um sujeito deprimido, diante de um médico perito mostrando-lhe a tabela do Manual, irá discordar de seu posicionamento? Ele sabe que aquela tabela é apenas uma sugestão? Que não é lei e que, nesse ponto, é discricionário por parte do perito a quantidade de dias que ele dará ou negará? E, mesmo que saiba, terá ele ânimo para entrar nesse tipo de argumentação? Voltando à questão da relação entre perito e periciado, este último, em geral, está adoecido e, portanto, fragilizado. Sua situação em uma relação como essa é duplamente inferior: ele é o periciado e ele está doente (se for o caso de perícia para avaliar afastamento para cuidar da saúde). Por outro lado, por que, de antemão, estranhamos que sejam dados 90 dias? De fato, se o hábito é ver sempre 30 dias destinados a um diagnóstico de depressão, 90 dias parecerá muito, já que é o triplo. Mas se o Manual apontasse um período de 40 dias, haveria o mesmo estranhamento por parte dos peritos? Além disso, a questão do diagnóstico da depressão é tão absolutamente variável e heterogênea que fica realmente difícil tecer um juízo sobre qualquer quantidade de dias de licença para essa problemática. Qualquer quantidade pode ser muito ou pouco diante de um quadro tão diverso. Há depressões e depressões, e suas motivações podem justificar um afastamento de 90 dias, ao passo que outras podem legitimar um afastamento de 30 dias, sem renovação. O que não se pode é saber de antemão, com base em uma tabela.

“Mas assim, (...) se é uma dúvida assim, “ah, sei lá, eu tô achando que é muito tempo de licença”, aí uma das opções que às vezes eu uso é usar o próprio manual do SIASS, até pra explicar pra pessoa, sei lá, a orientação são 30 dias e o médico tá pedindo 90, eu mostro, “olha, em geral é esse valor, eu vou dar esses 30 dias, mas se precisar renovar o

senhor pega um laudo mais detalhado com seu médico, pra explicar por que que precisa de mais tempo”, é uma opção que às vezes eu uso, em geral não tem problema, as pessoas entendem bem, assim, que existem alguns períodos sugeridos que a gente tem que mais ou menos cumprir (Médica 3).

Finalmente, este terceiro trecho, de outra médica, gira em torno da mesma questão e da mesma quantidade de dias, fazendo referência ao Manual para legitimar sua decisão e permitir que se sinta segura com o servidor. Neste recorte, há alguns pontos a serem abordados. Em primeiro lugar, não há um questionamento sobre “estar achando que é muito tempo de licença”. Não há uma curiosidade acerca do motivo desse intervalo de tempo para tratamento, e sim a convicção de que é muito tempo. No entanto, só podemos achar que algo é muita coisa se sabemos o que a ocasiona e, raciocinando em termos de proporções, sempre de algum modo deliberadas, consideramos que não é adequado. Mas a médica diz que pedirá, se preciso for, um laudo mais detalhado para que o médico assistente explique a razão do “muito tempo de licença”, ou seja, ela reitera, com essa fala, que não sabe a razão desse intervalo. Se souber a razão, talvez enfim não considere que o tempo seja excessivo, e sim o adequado. Chamo atenção, portanto, para os posicionamentos apriorísticos que o perito pode adotar sem perceber que o faz, e a influência do Manual, utilizado como uma espécie de fonte de diretrizes “que a gente tem que mais ou menos cumprir”. Aliás, esse é o segundo ponto a ser examinado.

A afirmação é impregnada de ambiguidade. O “mais ou menos” mostra, novamente, que a decisão é discricionária do perito, que não há uma regra fixa, mas que, ao afirmar que há uma necessidade de cumprir, ainda que “mais ou menos”, deve ser seguida. Afinal, tem que cumprir ou tem que “mais ou menos” cumprir? O que o Manual de Perícia traz, como diretriz do que são os ritos esperados na perícia assumem, portanto, grande importância na forma como os profissionais irão compreender o seu trabalho, sendo um recurso ao qual recorrer quando se precisa de algo que assuma a função de “escudo”, por assim dizer.

Mas o manual de perícia também é usado como aquilo que dita a etiqueta pericial:

“No próprio manual do SIASS tem lá a definição do médico perito, como ele deve se portar, a gente tem que manter uma certa distância” (Médica 4).

Aqui a entrevistada falava sobre a diferença entre a prática da perícia e a prática da assistência, sendo o distanciamento um ponto que define a perícia. No caso, o Manual entra como um comprovante daquilo que está sendo afirmado.

5.3. As funções gerais da perícia

5.3.1. “Nós somos fiscais do Estado”: funções da perícia

A partir da análise das entrevistas, foram constituídos diversos eixos temáticos, que incluíam categorias específicas. No que diz respeito ao que chamamos de Funções Gerais das Perícias, constituído como uma ampla família temática, foram constituídos 3 eixos em seu interior, que nomeamos como: ‘Funções da Perícia’, ‘Função da Perícia como interface/mediação’ e ‘Justiça, julgamento e arbitragem na perícia’. Essa inclusão de 3 eixos temáticos em uma família maior, apesar dos pontos de contato que apresentam entre si, deveu-se ao fato de que a separação torna mais clara a existência de algumas definições que aparecem nas falas dos entrevistados. Assim, ‘Justiça, Julgamento e Arbitragem na perícia’ inclui todas as falas que mencionam clara ou diretamente a função da perícia como a de julgar uma decisão, emitir juízo sobre um caso, ver se há merecimento no pleito do servidor, arbitrar em uma situação específica. Por outro lado, ‘Função da Perícia como interface/mediação’ inclui as categorias que se referem explícita ou implicitamente à perícia como estando no meio ou na fronteira entre dois planos, dois campos de interesses. É claro que isso pode se relacionar com julgamento e arbitragem, uma vez que fazer a interface ou mediar um conflito também pode incluir emissão de juízo, mas não necessariamente, uma vez que algumas das falas recolhidas referem-se a beneficiar tanto o servidor quanto a instituição, quando a situação permite que isso ocorra. Por outro lado, o eixo mais amplo de ‘Funções da Perícia’ inclui uma série de entendimentos sobre o que vem a ser a função da perícia, sendo eles os mais variados.

Neste sentido, nesse eixo encontramos 22 categorias referentes às diversas funções periciais, quais sejam: 1) controle dos servidores; 2) função de cobrança da perícia (pedido de exames e tratamentos do servidor de licença); 3) função educativa da perícia (educação sobre a doença ou deveres do servidor); 4) função legal (avaliar a relação do pleito com a lei); 5) função social (acompanhar o periciado em aspectos mais amplos do que os estritamente médicos); 6) garantia de direitos; 7) avaliação laboral; 8) avaliação pontual; 9) avaliação

pontual x acompanhamento (consideração de que há um tipo de acompanhamento nos casos da perícia, embora seja diferente do acompanhamento assistencial); 10) enquadramento legal (estritamente relacionado à função legal, mas, pelo fato de trazer uma nomeação mais dura, como se o médico, ao ‘enquadrar’, também conferisse uma sanção ao servidor, optamos por separá-lo em uma categoria à parte); 11) função adaptativa ao trabalho; 12) função administrativa; 13) função de fiscal; 14) função de legislar a favor do Estado; 15) função de prevenção; 16) função de ‘vigilância epidemiológica’ (aqui, o entrevistado faz referência à obtenção de dados referentes a certos locais de trabalho e ao número de adoecimentos que provocam e que chegam para avaliação pericial e, a partir daí, elaboração de ações para modificar a situação); 17) função econômica da perícia (diz respeito às economias do Estado e à responsabilidade com o erário); 18) função junto ao Estado; 19) função de planejamento de retorno ao trabalho; 20) função substitutiva da perícia (quando entra no lugar da via administrativo para resolução de problemas de outras esferas); 21) perícia como fotografia (aproxima-se da categoria de ‘avaliação pontual’, mas também optamos por separá-la por remeter a algo ainda mais instantâneo); 22) função institucional da perícia (sua relação com a instituição específica em que se dá). Entre os médicos, as funções legais (23), o enquadramento legal (17) e a garantia de direitos (18) são as funções mais citadas.

Tabela 2 - Funções da Perícia

	Assistente Social	Médico	Fisioterapeuta	Odontólogo	Psicólogo
Controle dos servidores	2	2		1	
Enquadramento legal	1	19			
Função de cobrança	1	2			2
Função educativa	1	6		1	
Função legal	1	23		2	1
Função social	1	2			
Garantia de direitos	3	18		1	
Avaliação pontual x Acompanhamento		7	1		
Avaliação laboral		6			
Avaliação pontual		4			
Função adaptativa ao		1			

trabalho					
Função administrativa		11		4	2
Função de fiscal		3			
Função de prevenção		2			
Função de ‘vigilância epidemiológica’		1			
Função econômica		5			
Função Institucional		15		1	1
Função junto ao Estado		5			
Planejamento de retorno ao trabalho		1			
Perícia como fotografia		2			
Função substitutiva		1			
Função de legislar a favor do Estado		1			

Fonte: PIZZINGA, 2020

Sobre a tabela acima, é preciso enfatizar, antes de seguir adiante, que o fato de haver mais médicos entrevistados do que as outras categorias profissionais faz com que haja mais menções às unidades de sentido constituídas. Isso fica mais nítido ao observarmos a escassez de referências atribuídas ao profissional de fisioterapia, que contou com menos entrevistados. No entanto, é importante salientar que os médicos são, de fato, os que fazem mais perícias (em relação aos odontólogos) e que os outros profissionais não fazem as perícias em si, mas trabalham em sua periferia, de modo coadjuvante muitas vezes, orbitando ao redor de alguns casos que chegam a eles. Neste sentido, há um peso maior também nas opiniões manifestadas pelos médicos entrevistados, no sentido de que aquilo que eles concebem como sendo seu trabalho, a perícia, a intenção do trabalhador, o processo de trabalho, o adoecimento, o nexo causal ou qualquer outra temática referente às atribuições periciais terá um impacto direto em suas avaliações.

Como é possível observar, a maioria das categorias encontradas acerca do entendimento dos profissionais em relação à função da perícia tem a ver com algum tipo de controle sobre o servidor, com uma aliança com a instituição e o Estado, com a Administração Pública, com os interesses do ambiente de trabalho, com o ajustamento à lei. Não que seja

ruim o ajustamento à lei. O problema é que se nota uma baixa frequência de funções periciais que se vinculam a aspectos afins à Saúde do Trabalhador ou que se aproximem de interesses do servidor público. A perícia poderia ser um espaço voltado a um propósito como a garantia de direitos, a saúde do trabalhador ou uma função social, função esta a ser mais bem elaborada e desenvolvida, porém não é o que acontece, tornando-se de, um algum modo, capturada pelo discurso de que há uma função econômica a cumprir, ou uma função fiscal a ser realizada, ou há uma responsabilidade junto ao Estado pela qual se deve zelar e, mais ainda, de que há um servidor malicioso pronto para obter algo que não merece, que não se encaixa na lei e que tem a ver com “ganhos secundários”⁹². Assim, a lógica pela qual a perícia acaba por ser capturada – uma lógica policialesca – não permite (ou limita bastante) que este seja um campo de afirmação de direitos do servidor público enquanto trabalhador em processo de adoecimento. Acaba podendo existir uma tensão entre a afirmação de direitos e o abuso de poder, como se verá adiante.

Sobre a função do perito em aliança com o Estado, um dos médicos diz:

“Então, a ideia que eu tenho da maior diferença é que aqui nós não estamos defendendo os direitos dos pacientes, dos servidores, aqui nós estamos mais defendendo a instituição. Isso não é uma obrigatoriedade, isso não é uma normativa, mas é assim que eu me sinto, né, e até percebo outros colegas de trabalho sentindo essa mesma sensação de que aqui, de alguma forma, nós realizamos uma tarefa burocrática, uma tarefa administrativa e que a avaliação é uma avaliação, sim, tem a ver com o bem estar, porque é um direito do servidor se afastar, imposto de renda e tantas outras coisas, mas a gente aqui de alguma forma tá olhando como instituição, se aquilo é válido ou não e o que que cabe dentro da lei, ou seja, é realmente um olhar completamente diferente do olhar da assistência, em que você está sempre querendo o bem daquela pessoa, você sempre está lutando realmente pelo bem da saúde do seu paciente, aqui não” (Médico 5).

O sujeito acima, ao ser entrevistado, estava há poucos meses na instituição e exercendo a função de perito, e não esperava, como muitos, que sua função fosse ser essa ao fazer o concurso público. Ele achava que iria trabalhar na assistência de servidores e alunos. Expressou, ao longo da entrevista, em diversos momentos, seu desconforto com a função, tendo relatado que chegara a pedir, quando entrou, para exercer outra atividade, mas devido à

⁹² Não é objetivo deste trabalho entrar na discussão sobre a concepção de ganhos secundários (em Freud ou em debates do campo da medicina). Fazemos apenas menção à fala dos peritos e àquilo que também aparece no Manual de Perícia.

sua especialidade, não lhe foi permitido. No caso dessa parte de sua entrevista, vários aspectos chamam atenção, mas principalmente a parte grifada, em que a diferença por ele estabelecida entre a atividade do médico na perícia e atividade do médico na assistência refere-se a ‘querer o bem’ ou ‘lutar pelo bem’ do paciente. Essa forma de definir a diferença das atribuições em cada cenário não revela um médico mau, que não quer o bem daquele que atende caso se encontre em meio ao procedimento pericial. Acredito que não nos ajuda a analisar as questões levantadas se adotarmos esse tipo de olhar carregado de maniqueísmo, mas sim identificar, na fala do entrevistado, a presença do reconhecimento (em elaboração, talvez) de que a atividade pericial não visa o benefício do servidor dentro dos limites da lei (e encara a palavra ‘benefício’ como negativa, como se pode ler nos manuais). Não se trata de o perito ser um profissional insensível, mas de identificar que o que se espera dele, ao assumir os trajes periciais, é algo diferente daquilo que dele se espera se os trajes usados forem os da cena assistencial. Mudam-se os códigos (legislativos e culturais, a depender do lugar assumido pelos personagens dessa construção). O perito entrevistado é bastante honesto em relação à forma como se sente, observando que nota o mesmo nos colegas. Ele identifica que o olhar assumido pelo médico imbuído da função pericial é o da instituição. É possível afirmar também que essa observação afasta a concepção da perícia como a de uma prática que exerce mediação ou de interface entre servidor e instituição ou entre servidor e Estado. Aqui, o perito não é isento nem imparcial. Ele está atuando a favor da instituição, o que causa desconforto no sujeito entrevistado. Ele assinala, logo no início de sua fala, que não estão defendendo os direitos do paciente. Essa afirmação é significativa na medida em que evoca a ideia de que o perito assume, sim, perceba isso claramente ou não, certo papel de advogado, pois cabe ao advogado (e não a um médico) defender os interesses de alguém. Os direitos do trabalhador existem mas o perito, como qualquer advogado, busca as perspectivas que favorecem mais o seu cliente, qual seja, a APF. Mais adiante, discorrendo sobre o conflito que vivenciou quanto à tarefa, ele afirma:

“Eu ainda acho muito mais interessante trabalhar pelo bem, pela assistência. Não que eu esteja trabalhando pelo mal, mas, é... em muitos momentos eu fico me perguntando se um outro funcionário sem a... sem meu diploma... não poderia estar realizando a tarefa que eu estou realizando” (Médico 5).

Grifamos a parte em que o perito expressa claramente que sua função não se dirige ao bem do servidor, como é o caso da atividade médica na assistência. Na sequência, ele faz uma correção breve, que não se explica muito, e parte para o conflito face à complexidade técnica

exigida pela função de perito. Sobre a questão de fazer o bem ou não ao servidor, voltaremos a ela nas seções subsequentes, mas é preciso enfatizar que o perito em questão (e tantos outros) não está mesmo “trabalhando pelo mal”, mas há um reconhecimento, imiscuindo-se em sua reflexão, de que talvez haja, em certas concepções periciais, um trabalho pelo mal do trabalhador se resgatarmos a literatura já citada que enfatiza unicamente a simulação no ato pericial e esquece o sofrimento no trabalho, ou as falas de peritos que, irmanados com o raciocínio de uma gestão gerencialista, atuam nessa linha.

Há um exemplo interessante sobre toda essa mistura que acaba por se dar na função da perícia, no sentido de ele ali se afastar de princípios éticos e práticos da medicina e se aproximar de um caminho legal, certamente acreditando estar fazendo um bem (não ao servidor, certamente):

“(…) sabe, como a minha supervisora disse, ‘vamos enquadrar’, porque a gente não dá benefício, a gente enquadra o periciando na lei, então nós andávamos com decreto debaixo do braço, porque era nossa consulta, nós enquadramos o periciando na lei, então vamos enquadrar quem tem realmente, quem tá dentro da lei, e vamos ser justos para não conceder a quem tá forjando aquele quadro, então é isso que foi muito importante, a justiça em si, como ela dizia, ‘é dinheiro público, é dinheiro meu, é dinheiro seu, é dinheiro de todos nós aqui que estamos financiando um benefício que não era pra ter’, então essa justiça, esse critério de justiça pra mim foi muito importante (...)” (Médica 2).

Essa forma de se referir ao ato de ‘enquadrar’ deixa ambígua a presença de uma sanção no interior da injunção proferida, de enquadrar um sujeito que está ou não fora da lei, atuação essa que se liga à justiça e, neste caso especificamente, à função econômica, fornecendo ao perito um senso de dever que acaba por justificar moralmente a suspeita e a expectativa apriorística da má fé do servidor. Andar com o decreto debaixo do braço, mais do que com o estetoscópio ao redor do pescoço, é uma imagem que vai nos direcionando à constatação de que o perito médico parece estar bem distante, de fato, da clínica. Na indumentária do perito médico o decreto é mais importante do que o estetoscópio, aferir a esperteza é mais fundamental do que aferir a pressão, os parâmetros fornecido por um Manual adquirem maior valor do que o relato do trabalhador doente. O diagnóstico parece perder viço face à sentença.

A função acima discutida dialoga com a de legislar a favor do Estado, cujo trecho refere-se a algo que o entrevistado ouve, apesar de sua discordância:

““Nós somos fiscais do Estado”. E aí ele fala que a gente tem que ficar atento o tempo inteiro à questão da legislação porque nós somos fiscais do Estado, então é como se a gente fosse... tivesse que... legislar a favor do estado? Ou agir do ponto de vista médico a favor do Estado? Eu particularmente eu não gosto disso. Eu acho que você tem que pensar no ser humano que tá ali” (Médico 6).

Apesar de só ter sido essa a afirmação encontrada a respeito de o perito legislar a favor do Estado, a ideia converge com outras definições que circulam acerca do que deve fazer o profissional da perícia, chamando ainda mais atenção pelos poderes que confere ao perito: não só o de julgar, mas agora também o de legislar.

No eixo temático referente às funções da perícia, as categorias encontradas voltadas para outros fins, isto é, para o cuidado com o trabalhador, são as que dizem respeito à função social da perícia, à função de prevenção, à garantia de direitos e à função de ‘vigilância epidemiológica’, cuja ênfase recai sobre os possíveis aspectos adoecedores dos ambientes de trabalho. Assim, de 22 categorias relacionadas às funções da perícia, apenas 4 voltam-se mais ao trabalhador e estão próximas àquilo que se espera de atuação em consonância com cerne teórico da Saúde do Trabalhador. A função educativa da perícia, por seu turno, engloba tanto a educação para os deveres do servidor, quanto em relação à doença, logo é uma função ambígua. Já a função de cobrança, que tem a ver com os pedidos mais enfáticos por parte dos médicos dos exames dos servidores, também se trata de uma função ambígua, na medida em que não fica claro se tais pedidos baseiam-se na ânsia do perito para que o servidor se recupere e possa ter alta, voltando ao trabalho, ou se é um interesse genuíno na recuperação da saúde do servidor, independente de sua ligação com o retorno ao trabalho.

5.3.1.2. “Nem sempre o fato de a pessoa estar adoecida implica que ela possa exercer o direito dela”: enquadramento legal, função legal e abuso de poder

Antes de passarmos à próxima seção, talvez seja importante trazer parte de uma entrevista com um dos peritos. A parte selecionada traz trechos que se classificam nas unidades de sentido referentes ao ‘enquadramento legal’ e à ‘função legal’, que são muito próximas entre si. Trazemos essa análise separadamente no intuito de resgatar o possível abuso de poder que pode vir a acontecer, seja mais ou menos sutil, a depender da forma como

o perito compreende ser a sua função – e, até mais do que isso, a ausência de problematização e reflexão sobre sua atuação. Os trechos abaixo não estariam deslocados se inseridos em uma análise de categorias como ‘poder de decisão’ ou ‘correlação de forças’, discutidos nas próximas seções. No entanto, para respeitar a referência mais específica daquilo que é enunciado nas falas, é exatamente aqui, no debate acerca das funções da perícia, que este exame se encaixa. A tensão entre a afirmação de direitos e o abuso de poder é algo que ronda a cena pericial, mas é importante realçar que não estou afirmando que o ato pericial é um lugar de abuso de poder e que direitos não são garantidos, mas que a tensão está posta, isto é, há uma relação assimétrica entre o periciado e o perito ou a junta de peritos que, sim, pode levar a isso.

Algumas falas de alguns sujeitos chamam a atenção por lapsos de linguagem que facilitam a percepção de como a perícia acaba sendo um lugar onde os direitos não são garantidos, ainda que a ‘garantia de direitos’ seja uma de suas funções identificadas em nosso material empírico. Assim, quando pergunto a um dos peritos médicos entrevistados sobre a diferença que ele percebe entre a medicina da perícia e a da assistência, ele diz:

“(…) nós somos habilitados, e ao mesmo tempo averiguar o que tem na legislação que vai fazer com que aquela pessoa possa usufruir de seu direito ou não” (Médico 7).

No breve trecho recortado acima, o sujeito entrevistado se refere a um poder de decisão, uma habilitação que o médico perito possui, de permitir que o periciado possa usufruir ou não de um direito. Todavia, se se trata de um direito reconhecido como tal, não deveria haver a decisão quanto a isso. Não deveria ser, para usar um termo do próprio campo jurídico, discricionário. Mais à frente, esse mesmo sujeito, quando pergunto sobre a percepção que tem sobre o seu trabalho, responde:

“(…) às vezes a gente tem o risco de tender... a entrar naquela situação mesmo de adoecimento, né, e nem sempre o fato de a pessoa estar adoecida implica que ela possa exercer o direito dela, tem casos em que não se enquadra na lei, e a gente tem que seguir essa postura de seguir aquilo que tá na legislação...” (Médico 7).

Às vezes teria o direito mas não se enquadra na lei? Isso acontece?

“Eles têm a doença mas não se enquadra na lei. Isso acontece. Porque por exemplo, pedir a perícia todo mundo tem o direito de pedir, aí se aquilo ali vai ter o resultado que ela espera é diferente, porque a pessoa pode ter a doença e não necessariamente aquela doença

implicar que ela precise se afastar pra tratar, ela pode continuar trabalhando mesmo tendo aquela doença” (Médico 7).

Aqui, o que chama atenção é que ele novamente diz que a pessoa periciada tem um direito que não poderá exercê-lo. E esses lapsos de linguagem causaram-me estranhamento. Ora, se é um direito que ela tem, por que não poderia dele usufruir? Quando pergunto um pouco mais, ele se corrige e diz que o servidor tem a doença, mas não um dado direito, e passa a se referir a um “direito de pedir”, ou seja, de recorrer a uma avaliação pericial para avaliar o seu caso. Finalmente, já ao final da entrevista, quando faço a pergunta sobre se vê sentido em seu trabalho, ele responde:

“É importante porque alguém tem que fazer essa mediação pro... pra saber se essa pessoa que tá adoecida tem aquele... aquela necessidade... se ela pode exercer aquele direito dela ou não... quem vai avaliar se a pessoa está doente e se ela pode se afastar?” (Médico 7).

Pela terceira vez, em uma entrevista que foi bastante rápida, o mesmo sujeito se refere à função pericial como aquela que vai decidir se o periciado pode exercer o direito que ele tem ou se não pode. Essa sequência chama atenção na medida em que, em três momentos diferentes, em três perguntas distintas, a mesma fala aparece no médico. Mesmo após uma pergunta minha que o leva a se corrigir, ele volta a falar da mesma forma sobre os direitos e o poder de decisão que o perito tem em relação a esses mesmos direitos. Não espanta perceber que esse sujeito não trabalha em equipe multidisciplinar, não se inserindo em uma concepção da perícia em saúde e sim a de uma perícia medicalocêntrica, isto é, ele faz parte de uma das cinco instituições que não segue a orientação normativa do SIASS quanto à presença de profissionais de saúde que não sejam médicos. Não há conflito quanto a isso em nenhum momento de sua entrevista. Não houve nem ao menos vontade de dar a entrevista. Se eu puder fazer um paralelo, a partir da dinâmica como se deu a minha entrevista com ele, e imaginar como se sente um servidor adoecido que será periciado por esse sujeito, talvez não se sinta bem, como eu não me senti enquanto pesquisadora. Esse foi o único sujeito, entre todos os 32, que deu a entrevista de porta aberta, mexendo no computador e em muitos momentos olhando mais para a tela do que para mim. Será que é assim que atende os servidores em perícia e avalia se eles poderão ou não usufruir o direito que já têm?

5.3.2. “Às vezes a gente tá aqui para ajudar o servidor”: função da perícia como interface/mediação

Pensando no eixo temático ‘Função da perícia como interface/mediação’, entre os médicos, as unidades de sentido mais citadas foram a ‘interface entre o médico e a instituição’ (14), o que converge com as funções mencionadas no eixo anterior. Há uma preocupação com o mediar legalmente o que o servidor demanda e o que a instituição pode oferecer.

Vejam os a tabela das funções do eixo temático ‘Função da Perícia como interface/mediação’:

Tabela 3 - Função da perícia como interface/mediação

	AS	M	O	P	F
Interface entre instituição e servidor	1	14	2	2	
Interface entre doença e função laboral		4			
Interface entre médico assistente e trabalho		4			
Interface médico legal		3			
Mediação de conflitos		5			
Interface		4		1	

Fonte: PIZZINGA, 2020

Em relação à função de interface entre o médico e a instituição, aparece a preocupação entre mediar legalmente o que o servidor demanda e o que a instituição pode oferecer. Uma das médicas diz:

“(…) inicialmente você não tem essa noção... (..) mas depois isso vai ficando mais claro pra você como a sua participação pode ser determinante de um processo na vida da pessoa, né, e também em relação à instituição em que essa pessoa está vinculada, né. Você afastar ou não afastar, conceder um benefício ou não conceder, você tem os dois lados... do servidor e da instituição... que pode estar sendo privada daquele servidor, o que que vai acarretar. Então essa visão dos dois lados da balança que é importante dentro da perícia” (Médica 1).

É interessante que, no trecho acima, explicita-se a falta que a instituição sentirá, aquilo que ela poderá sofrer por não ter um dado trabalhador presente. Mas não há nenhuma menção ao sofrimento do servidor e, ao fazer referência aos “dois lados da balança”, é como se eles

pesassem igualmente, sendo o perito o guardião do equilíbrio dessa balança. A mesma entrevistada prossegue:

“(…) a gente, a junta, às vezes a gente tá aqui para ajudar o servidor, a nossa ideia não é prejudicar ninguém, nós temos que usar o bom senso fazendo essa interface, servidor-instituição traço estado, então a gente tem que ter sempre a noção dessa importância que a gente tá ali pra ajudar o servidor naquilo que ele pode ser ajudado, naquilo que não pode ser ajudado, nós iremos ser isentos, então a gente não quer prejudicar ninguém” (médica 1).

Esse trecho é peculiar e inclui vários aspectos, evidenciando que, novamente, imiscui-se no discurso do sujeito entrevistado o que de fato a perícia parece ser, a finalidade à que se destina, o que independe do caráter do médico que se adapta aos códigos periciais e às expectativas institucionais. Um primeiro aspecto a ser comentado nesse trecho é: ao dizer que “às vezes” a junta oficial está lá para ajudar o servidor, mostra-se qual é a tônica da perícia. Assim como no caso do médico cujas falas exemplificamos na seção precedente, há também aqui o reconhecimento, em alguma medida, que a missão do médico manuseando as ferramentas periciais não é precipuamente a de ajudar o trabalhador, o que, se acontecer – e pode acontecer, isso é dito – será ocasional. A pessoa entrevistada refere-se a bom senso e a uma interface que diz respeito a uma tríplice fronteira entre servidor, instituição e Estado. A figura do Estado é um segundo aspecto a ser aqui considerado, não deixando, este trecho, de fazer referência à categoria da ‘função da perícia junto ao Estado’, unidade de sentido levantada na seção anterior, conforme se pode conferir na Tabela 1. Ao incluir o Estado nessa interface e como destino da atuação pericial, os manuais, livros-textos e peritos médicos desenham uma figura abstrata que, se merece preocupação, talvez não devesse se originar dos profissionais de saúde que trabalham com perícia. A preocupação com a saúde pode ser que vá de encontro à preocupação com o Estado. Ao debater a questão do *malingering* sobretudo em soldados de guerra, viu-se que defender a pátria pode significar adoecer e os psiquiatras que se dedicaram à busca de possíveis simulações nos soldados estavam mais preocupados com a defesa da pátria do que com a saúde do ser humano individualmente. Quando o Estado é inserido nas funções periciais, estabelece-se um dos aspectos do paradoxo da perícia, que outros autores já vêm abordando, ao se referir ao perito como um anti-médico (Codo, 2013). Talvez haja, de fato, um conflito de interesses entre a função do médico e a função do perito, se olharmos pelo ângulo dos princípios da medicina e se assumirmos que a perícia é aquilo que o Manual diz que é. Se, entretanto, pudéssemos buscar outra forma de compreender e

atuar com perícia, sejamos médicos, odontólogos, psicólogos ou afins, aí esse conflito de interesses pudesse vir a diminuir ou se extinguir.

E, para finalizar o comentário sobre a fala reproduzida acima, o terceiro aspecto a se mencionar refere-se à isenção, que não está muito clara em termos do que de fato vem a ser, na medida em que aparece como se, quando não se pode ajudar o trabalhador, aí sim o perito será isento. Parece se estabelecer uma equação, nessa fala, em que trazer algum benefício significa ajudar o trabalhador e não trazer nenhum benefício se equivale a ser isento. A isenção não está ao lado da ajuda ao trabalhador, seja esta ajuda algo cabível, do ponto de vista legal, seja ela supostamente incompatível com as normativas disponíveis.

Um das psicólogas entrevistadas também se refere à função de mediação com a instituição em seu trabalho:

“Eu sou psicóloga, né, então normalmente eu recebo o servidor e tento... dar uma escuta pra ele, (...) e faço também um diálogo com a equipe que faz a junta, faz a perícia (...). É... acho que... tem um limiar um pouco difícil, porque ao mesmo tempo que eu respondo à instituição eu também não faço uma... trabalho impositivo com a pessoa, é um trabalho muito mais de escuta e acolhimento, apesar de funcionar um pouco como uma mediação com a instituição (Psicóloga 1)”.

O trecho evidencia o difícil posicionamento em que o profissional que avalia as demandas de perícia se encontra, na medida em que sabe que a instituição espera algo dele, mas, ao mesmo tempo, não se esquece de sua inserção maior em um compromisso ético-político referente à sua área de saber, e acaba por negociar com essa expectativa institucional a fim de, ao exercer essa função de mediação, não ser impositiva com o trabalhador.

Há também referências explícitas à função de “mediação de conflitos”, citada 5 vezes por médicos peritos. Não obstante, nem todos os profissionais concordam com essa ideia pois haveria problemas que chegam à perícia que, na visão de alguns dos sujeitos, não deveriam ser resolvidos ali, como se vê a seguir:

A pessoa adoece pelo relacionamento negativo que tem no serviço e a doença é uma fuga pra ela sair do (...) a princípio pra ela parar o trabalho... ela para o trabalho como? Ou faltando ou adoecendo. Então ela adoece... psicologicamente... não deixa de ser até um... (...) um distúrbio, não uma doença, mas um distúrbio comportamental, tem fobia, a pessoa chega lá fica irritada, chora (...) então isso vai gerando uma fobia e isso vai dando um distúrbio comportamental, que deveria ser resolvido dentro de uma área social, (...) mas não, isso vem pra cá, teoricamente, pra dizer que a pessoa tá doente e não pode trabalhar lá,

e na realidade não é uma doença que ela não pode trabalhar lá, ela não pode trabalhar lá porque tem conflitos, e alguém teria que ver esses conflitos” (médico 8).

O exemplo acima reproduzido mostra a dificuldade do profissional de conceber o que de fato acontece nas relações sociais em termos de produção ou não de adoecimento e sofrimento. Ele reconhece a existência de um problema, no entanto não o considera médico, embora se confunda um pouco na tentativa de defini-lo, ora chamando-o de “distúrbio”, ora de “doença”, ora de “fobia”, mas, de todo modo, identificando como algo a ser tratado por outra via, que não a pericial. Não seria função da perícia, portanto, lidar com conflitos entre servidores e chefias, por exemplo, ainda que produzam algum tipo de sofrimento ou, usando seus termos, “distúrbio”.

5.3.3. “Ele é assim um inquisidor?”: justiça, julgamento e arbitragem

Quanto ao eixo ‘Justiça, Julgamento e Arbitragem’, as categorias mais mencionadas pelos médicos foram julgamento (16) e justiça (12). A tabela 3 permite uma melhor visualização das categorias ligadas a este último eixo:

Tabela 4 - Justiça, julgamento e arbitragem

	AS	M	O	P	F
Perícia como julgamento	2	16	6	3	
Justiça	2	12			
Merecimento	2	5	1		
Árbitro		4			
Perito como inquisidor	1				

Fonte: PIZZINGA, 2020

Há um pequeno trecho de uma das médicas que é emblemático dessa ideia de perícia como um lugar de julgamento:

“(…) quando você tá fazendo uma perícia, você tá ali para julgar aquela pessoa, então já é um outro tipo de relacionamento” (médica 9).

Explicita-se aqui o que de fato se trata a postura requerida na perícia: a de julgamento de uma pessoa, muito mais do que a de julgamento de uma demanda. Este é mais um exemplo de que a fala do médico perito traz a essência da função pericial, aquilo que não faz o bem, aquilo que julga uma pessoa, aquilo que às vezes ajuda, o que é diferente da função assistencial, que busca promover o bem do paciente, que não deve julgar a pessoa e que tentará sempre ajudar. A ideia de que a perícia julga uma pessoa – mesmo que nem sempre dita de forma clara, como na fala acima – será determinante da atuação do profissional diante do servidor. Se o perito acreditar no *script* segundo o qual sua função é a de proteger a APF de um possível ataque, certamente isso o deixará mais resabiado, talvez com uma tendência a reduzir os dias de afastamento sugeridos pelo médico assistente, ou mesmo pressionando o servidor no que tange ao retorno ao trabalho e a uma possível aposentadoria por invalidez.

Uma assistente social entrevistada estabelece uma comparação da função do perito à de um inquisidor. A citação abaixo congrega mais de uma categoria, além dessa comparação:

“É, assim, porque a gente tem se questionado... de situações que acontecem aqui, em relação ao trabalho do perito, (...) a forma dele se colocar, na perícia, se ele... ele é assim um inquisidor? Ele é assim um julgador daquele negócio, ah, ele é só alguém que quer que você volte ao trabalho sem analisar as (...) condições de saúde, as condições de saúde física e mental, porque também não é só isso, e também todos os condicionantes da realidade daquela pessoa, né. Então a gente teve uma situação que chamou bastante atenção e que a gente teve que conversar enquanto equipe, né, pra dizer que não é isso, também, você não tá aqui só para botar aquela pessoa para trabalhar e pra cobrar, entender que... é... aquele sujeito não tá... ele não tá vindo aqui só pra passar a perna no sistema, entendeu?” (assistente social 1).

Essa não é a única citação em que profissionais de saúde não médicos acabam funcionando como uma espécie de barreira à atuação do perito extremamente imbuído de uma visão gerencial, de que o trabalhador não pode ficar muito tempo afastado, de que deve ser cobrado quanto ao tempo de licença, e que desconfia de suas alegações, tal como direciona o Manual, elaborado em prol da gestão e não do servidor público.

5.4. Temas e decisões difíceis na perícia

5.4.1. “A gente tem que evitar o máximo possível”: aposentadoria por invalidez

Um dos eixos temáticos constituídos a partir do material recolhido foi nomeado de ‘Temas e decisões difíceis na perícia’, e diz respeito a tudo o que se torna complexo na cena pericial, mesmo que nem sempre os profissionais reconheçam desta forma. Abaixo, a tabela mostrará com mais clareza todas as categorias abarcadas por esse eixo:

Tabela 5 - Temas e decisões difíceis na perícia

	AS	M	O	P	F
Dias de afastamento		15	1	3	
Diagnóstico na perícia		7	1	1	
Relações de poder		4		1	
Aposentadoria por invalidez	1	4	1	4	
Assédio moral	2	1		2	
Assédio		3			
Dor		2			
Exoneração		2		1	
Malefícios de perícia		1			
Morte		1			
Perícia como divisor de águas		1			
Prevalências de doenças psiquiátricas/ortopédicas		1			
Questões políticas		1			
Recurso		1			
Responsabilidade		1			
Deslocamento do periciado			1		

Fonte: PIZZINGA, 2020

Pode-se dizer que esse eixo temático inclui tanto aspectos relativos aos procedimentos e trâmites administrativos e periciais, como o ‘recurso’, a ‘exoneração’, o ‘deslocamento do periciado’ (no caso, o reconhecimento da necessidade de se percorrer longas distâncias para fazer a perícia), passando por pontos que não têm consenso entre os profissionais de modo geral, como o ‘diagnóstico na perícia’, quanto temas mais amplos como a ‘dor’, a ‘morte’, as

‘relações de poder’, o ‘assédio moral’, entre outros. Há também o reconhecimento dos ‘malefícios da perícia’, mencionada por um perito apenas. Observamos, então, que a unidade de sentido mais citada é a que se refere aos ‘dias de afastamento’ (19 menções distribuídas entre médicos, psicólogos e odontólogos), seguida pela categoria ‘aposentadoria por invalidez’ (que tem ao todo 10 menções, distribuídas entre quase todos os profissionais), seguida pela referente ao ‘diagnóstico na perícia’ (também mencionada pelas três categorias profissionais, com um total de 9 menções) e, finalmente, por duas categorias que empatam em termos de quantidade de referências: ‘relações de poder’ (mencionada apenas por médicos e psicólogos, totalizando 5 menções) e ‘assédio moral’ (que também recebe 5 menções, mais bem distribuídas por assistentes sociais, psicólogos e médicos).

Não é nosso objetivo nos debruçar sobre todas, mas daremos início à nossa análise de algumas dessas categorias pela que se refere à ‘aposentadoria por invalidez’, uma vez que o tema é de suma importância e complexidade, já tendo sido discutido no capítulo anterior, quando da análise de alguns dos textos normativos do SIASS, haja vista aparecer no Manual de Perícia como se a decisão em relação a isso, quando o servidor se torna inapto ao trabalho, fosse simples. Examinar com cuidado essa unidade de sentido é relevante pelo fato de que a maneira como os profissionais de saúde se comportam face à aposentadoria, além de dizer muito sobre como encaram seu papel e onde se situam enquanto peritos/profissionais de suporte à perícia, também influenciará muito a vida do servidor público. Por isso, debateremos esse ponto a partir do material empírico dos entrevistados antes da análise da temática dos ‘dias de afastamento’. É importante realçar que essas são unidades de sentido que dialogam entre si, uma vez que é a quantidade de dias de afastamento que leva à aposentadoria por invalidez.

Observando o que diz a lei 8.112, que versa sobre o Regime Jurídico Único (RJU) dos Servidores Públicos Federais, é no Artigo 188, em seu primeiro parágrafo, que encontraremos a diretriz sobre a aposentadoria por invalidez, em que se afirma: “A aposentadoria por invalidez será precedida de licença para tratamento de saúde, por período não excedente a 24 (vinte e quatro) meses” (Lei 8112/1990). Já no Artigo 102, voltado para o tempo de serviço, há uma menção à licença para tratamento da própria saúde de “até 24 meses”, na alínea b do inciso VIII, além de nova brevíssima referência no Artigo 103, inciso VII. Em suma, há 3 referências na principal lei que fala de todos os detalhes da Regime Jurídico Único do servidor público federal. Ou seja, o servidor tem direito a um afastamento de *até* dois anos. A partir desse intervalo de dois anos, se o servidor não se encontra apto a retornar ao trabalho, deverá ser aposentado por invalidez por intermédio de uma junta de médicos peritos. Mas,

como já se realçou nesta Tese, o Manual de Perícia em Saúde retorna a esse ponto, destinando a decisão ao perito, como se se tratasse de algo menor.

Não faz parte do escopo deste trabalho uma análise longa sobre a aposentadoria por invalidez, mas sua complexidade merece ser um pouco esmiuçada. Na maior parte dos casos (salvo algumas doenças especificadas em lei), implica em perda financeira importante, uma vez que o servidor passa a receber os proventos proporcionais ao tempo de contribuição. Logo, quanto mais precoce for esse tipo de aposentadoria, mais perdas financeiras o servidor sofrerá. Além disso, aposentar-se precocemente por causa de doença/acidente pode gerar significativas dificuldades emocionais, sentimentos de inutilidade, isolamento e perda do sentido da vida. Isso sem contar os próprios problemas físicos e sociais decorrentes da doença que leva o servidor à aposentadoria. Por essas e outras questões, a aposentadoria por invalidez constitui-se em um problema, no mínimo, interdisciplinar, no sentido de que não é apenas médico, nem apenas psicológico, nem exclusivamente social, e que mereceria o empenho de todos os profissionais que acompanham o caso. A menção feita por uma das assistentes sociais vai no mesmo sentido aqui debatido, apontando para a complexidade da temática:

“(...) eu acho que a gente deveria discutir junto, uma vez que se fizesse realmente o acompanhamento sistemático, deveria ter uma avaliação em conjunto, uma discussão, (...) principalmente se a situação de aposentadoria por invalidez, tem toda uma questão emocional, né, que não é só simplesmente médica, tem toda uma questão...” (assistente social 2).

No caso dessa assistente social – é importante situar – a insatisfação com o trabalho atravessa toda a entrevista, dado que a especificidade do serviço social não é valorizada. Relata que há pouco o que fazer no setor porque os casos não chegam para avaliação e acompanhamento do serviço social, ficando ociosa ou executando ações menores, que não dizem respeito àquilo que seria sua atribuição, apesar do forte movimento que há no setor (e que pude observar nas duas vezes em que estive lá). A profissional queixa-se de que os peritos médicos, em sua maioria, pouco conversam e pouco ouvem o serviço social. Identifica que não seria apenas a aposentadoria por invalidez mereceria mais discussões e acompanhamentos em conjunto, mas traz esse caso como emblemático de uma situação que, como afirmamos, não é exclusivamente médica, não recebendo a devida abordagens interdisciplinar.

Um dos relatos obtidos sobre o tema destaca-se pelo desconforto gerado na entrevistada devido à forma de atuação dos peritos. Trata-se de uma psicóloga que trabalhava há poucos meses com perícias, à época de entrevista:

“(...) o medicamento depois de, sei lá, duas semanas, três semanas tem que fazer efeito, se não fez, então tem que mudar, (...) aí sempre surge a questão da aposentadoria por invalidez, eles sempre comentam, né, porque é até dois anos de licença mas eles sempre falam “olha só, o tratamento não tá fazendo efeito, já mudou de remédio, não sei o que, (...) então a gente vai aposentar você por invalidez, mesmo que não conclua os dois anos”, então a gente sabe, assim, que o remédio, mesmo a medicação não necessariamente a medicação vai resolver o problema num período de tempo, né, então é um olhar muito objetivante, assim, né, de achar que, ah, “se o medicamento não fez efeito até agora, já tentou vários...”, às vezes a psicoterapia tem um processo mais longo, às vezes tem efeito mas vai ser muito mais demorado, então tem essa coisa muito, né, às vezes reducionista de achar que, enfim, essa... eu fico muito desconfortável com essa questão né, da... ameaça da aposentadoria por invalidez, já que a medicação não fez efeito” (psicóloga 2).

Aqui o perito, na visão da profissional de psicologia, pressiona o servidor, ameaçando-o de aposentadoria se não melhorar. Como diz a entrevistada, é um olhar que não busca os motivos que possam influenciar a suposta demora da melhora, parecendo pautar-se unicamente pelas supostas previsões das bulas de medicamentos (ou pela pressuposição de que o trabalhador, tal como uma máquina quebrada, deve ser consertado o mais rápido possível). Na sequência, a entrevistada relata:

“Porque eles falam assim “a gente tem o poder de avaliar, no máximo dois anos, mas a gente tem o poder de avaliar que, olha, o tratamento não está sendo bem sucedido, você não tá procurando outras formas de tratamento, então se nada mudar na próxima avaliação, a gente vai aposentar”” (psicóloga 2).

Neste outro trecho, os médicos peritos, segundo o relato da entrevistada, culpabilizam o servidor que não melhora, como se ele não estivesse fazendo o bastante. A ideia implícita de que bastaria que adotasse as condutas adequadas para que melhorasse em um tempo considerado razoável associa-se a uma outra ideia, que Grecco (1993) aponta no artigo em que discute a relação da concepção moral da doença com o entendimento de que esta não passa de um efeito colateral – e, portanto, desprovido de real importância – das condições históricas que permitiram o surgimento de uma patologia psicossomática. Trata-se da ideia de que “a saúde pode ser ‘escolhida’” (op. cit., p. 369), sendo o adoecimento um representante da “atitude moral do sujeito” (p. 362). Se a saúde pode ser escolhida, se é uma questão de atitude moral, desaparecem os elementos sociais que a determinam.

Não obstante o exemplo acima, felizmente não é apenas desconsideração quanto à complexidade da aposentadoria por invalidez o que encontramos entre os peritos. Alguns deles mencionam o assunto, reconhecendo a gravidade da problemática. Há algumas falas de médicos que buscam formas de reinserir o servidor no trabalho de modo a protegê-lo de uma aposentadoria precoce. Abaixo, dois trechos de dois médicos pertencentes a diferentes instituições:

“(…) nosso objetivo não é deixar a pessoa inválida, em casa, a gente tem casos que tem que deixar, mas a gente sempre tenta, pelos menos nós, aqui, nós sempre tentamos fazer com que a pessoa possa ter condições de trabalhar, e se não for dessa forma vai ser de outra, e com qualidade, então, tem que reduzir carga horária, tem justificativa, vamos reduzir (…)” (médica 1).

“(…) um servidor que tem 3 anos de serviço público e assim, ganhar menos de mil reais... e ele não vai poder trabalhar fora, não vai fazer nenhum concurso público que ele tá preso ao concurso anterior onde ele foi aposentado por invalidez, se trabalhar dentro da iniciativa privada e for descoberto, ele também vai ser prejudicado (...) e aí como fica a situação dele? ... É algo a se pensar... E aí a gente tem que tentar evitar o máximo possível (...)” (médico 6).

A pressa em relação à melhora, à alta – ou seja, ao retorno ao trabalho – é algo que só pode ser entendido se for vinculado à ideia de que o perito está agindo em função da instituição, do empregador, da gestão, dos cofres públicos. Há, em alguns momentos, uma desconfiança maior ou menor quanto ao dimensionamento dos sintomas por parte do servidor, que pode estar ficando mais tempo em casa do que deveria, e às vezes ameaças que envolvem a aposentadoria podem se relacionar a essa suspeita. Por outro lado, se houver, nessas pressões, a ideia implícita de justiça, e de que ser justo é não fazer o Estado gastar mais do que deve, apressar uma aposentadoria por invalidez seria tomar essa direção, na medida em que, ao ser aposentado, o servidor, em geral, ganha menos do que quando está de licença médica⁹³. Assim, apesar das constantes referências à função ou ao enquadramento legal, como se se tratasse de um fato objetivo que se liga à função da perícia, a pressão e a decisão quanto

⁹³ A questão da aposentadoria por invalidez agora deveria ser tratada com mais cautela do que antes, uma vez que, devido ao Decreto 10.185, publicado em 20 de dezembro de 2019 pelo presidente Jair Bolsonaro e seu ministro da economia, Paulo Guedes, diversos cargos federais de diversos órgãos públicos foram extintos, tendo ficado vedada a abertura de concursos públicos após a sua extinção. Logo, se os ocupantes de tais cargos forem aposentados ou pedirem exoneração, por exemplo, gerando vacância no cargo não há previsão de ocupação por outro servidor público. Por conseguinte, mesmo que a junta de peritos esteja imbuída da visão gestora de sua atuação face, deverá pensar que, se aposentar um servidor antes dos dois anos de afastamento, extinguirá, antes do tempo, a possibilidade de um servidor atuando naquela função.

ao tempo de afastamento é absolutamente discricionária. Não está na lei que o servidor precisa melhorar logo.

5.4.2. “A instituição não quer que ele fique afastado nem um dia”: dias de afastamento

‘Dias de afastamento’ foi a unidade mais mencionada neste eixo temático, principalmente por médicos, onde se observam 15 menções, tornando-se uma das surpresas das entrevistas, pela frequência da discussão sobre o tempo de licença. Essa categoria relaciona-se não apenas à anterior, mas a mais duas incluídas em outro eixo temático: ‘Manual de Perícia’ e ‘divergência com o médico assistente’. A maior parte das discordâncias relatadas pelos entrevistados, em relação aos documentos assinados pelo médico que assiste o servidor, referem-se à quantidade de dias de afastamento. O trecho abaixo selecionado ilustra a questão:

“(…) muitas das vezes, a gente pensa que o médico assistente deu dias demais de afastamento. Não sei, porque o olhar dele não é o olhar nosso, o olhar dele é assim ‘olha, ele não tem capacidade de trabalhar provavelmente por tantos dias’, ele acaba colocando um pouquinho a mais, eu sou assistencialista, a gente tende a fazer isso e a gente tende a atender... a vontade do paciente... mas no processo pericial esse julgamento desses dias, dependendo do tipo de trabalho, (...) você pode ter alternativas, de um retorno gradual, tem várias opções, aí vem a legislação nossa, né, e essa gradação é que é o gostoso, a meu ver, e é o diferencial” (médica 10).

Por acaso, essa médica, ao longo da entrevista, traz algumas falas interessantes em que identifica o trabalho do perito como aquele que poderá buscar a vinculação do adoecimento com os processos de trabalho, sendo esse seu maior interesse na tarefa de perita. Há, nas descrições que fornece do que acha que a atividade pericial deve ser, aproximações com as noções cruciais da Saúde do Trabalhador, tornando a perícia em saúde conciliável com esse campo. Entretanto, aqui, há julgamento apriorístico do médico assistente, que vira essa figura geral e abstrata que se encaixa em todos os casos. O juízo da médica é de que foram dados dias demais, mas a partir de que referencial ela pode considerar que a quantidade de dias foi muita? O tempo de licença assume uma roupagem de objetividade, mas é absolutamente

subjetivo, ainda mais em casos de saúde mental ou de adoecimentos que se originam das características da organização do trabalho.

Outro exemplo mostra a mesma questão, atrelada à ideia de um poder decisório que cabe ao perito, à assimetria da relação entre ele e os outros personagens envolvidos na perícia, seja o servidor, seja o médico assistente:

“(...) chega atestado de 3 meses, chega atestado de tempo indeterminado, não existe isso, cabe o perito fazer essa avaliação, assim como ele pode diminuir o tempo, pode aumentar, cabe ao perito porque a palavra final é do perito, né (...)” (médica 2).

Nesse exemplo, parece que, em toda a questão, o que de fato importa é a “palavra final”, que pertence ao perito. Não há nenhuma outra argumentação face às decisões de aumentar ou diminuir os dias, e essa entrevista foi particularmente longa, em que a entrevistada pôde contar sua experiência em mais de um órgão trabalhando com perícias. Isto é, a ausência de argumentações outras não se explica por falta de oportunidade.

Há um trecho de um dos profissionais de odontologia em que o tempo de licença é questionado, mas sem que se enquadre o servidor ou a improcedência de seu pleito em uma situação de esperteza. Percebe-se a motivação de sofrimento que pode estar por trás desse tipo de queixa, o que, a nosso ver, concilia a perícia em saúde com os princípios da Saúde do Trabalhador:

“Mas eu tenho recebido casos que tem me causado (...) e eventualmente a pessoa vem pra perícia e começa a contar história que perpassa pelo assédio, pela necessidade de se afastar do ambiente de trabalho, como se ela tivesse procurado todas as possibilidades e aí ‘eu vou meter um atestado odontológico’. (...) E começo a perceber que as pessoas têm começado a se articular mais (risos) para conseguir esse tipo de afastamento. E eu converso muito com as pessoas, quando é possível logicamente, se houver necessidade, eu amplio até o prazo de recuperação do paciente, não necessariamente eu sou obrigada a aceitar o que o atestado... se o atestado dá 3 dias e eu acho que a pessoa precisa de 7 dias, eu vou dar 7 dias pra pessoa (...)” (odontóloga 1).

A odontóloga reconhece as situações em que o atestado é utilizado de modo deliberadamente incorreto, porém a forma com que lida com isso, a interpretação que dá a essa gesto permite pensar mais amplamente naquilo que o trabalho vem promovendo, em termos de sofrimento e vontade de se ausentar. Essa interpretação permite extrair outras

informações de suma relevância para pensar o sofrimento no trabalho. Assim, se há algum excesso ou desvio no pleito, pode ser que o motivo seja bem mais sério do que o excesso e o desvio em si mesmos.

Uma das psicólogas entrevistadas fala sobre a diminuição do tempo por parte do médico e das discussões que se dão em torno disso:

“(...)às vezes eles [os peritos] tentam homologar por menos tempo e eu sugiro mais, ou já falaram da aposentadoria por invalidez, eu falo ‘poxa, acho que ainda não, acho que a gente ainda tem que dar uma chance’, e elas ouvem (...)” (psicóloga 2).

Algumas citações importantes referentes aos ‘dias de afastamento’ já foram exemplificadas, nas seções precedentes, ao discutirmos a prevalência do Manual enquanto publicação à qual os peritos recorrem diante de suas dúvidas, havendo exemplos já trazidos sobre peritos que recebem laudos com sugestão de 90 dias de licença para um quadro de depressão, ao qual se indicam 30 dias na tabela de parâmetros desse mesmo Manual. Há outras citações em que fica mais evidente a insegurança do perito face à decisão do número de dias que deve conceder ou não ao periciado, como se nota abaixo:

“(...) o perito é limitado, por quê? Porque é muito difícil, no momento ali, em meia hora, que é o atendimento, você formar um juízo definitivo de quanto acarreta aquela impossibilidade ao trabalho, (...) e sabe que às vezes os entendimentos, principalmente dos médicos assistentes, são um pouco favoráveis ao afastamento ou então, até por excesso de zelo e tudo, e nós temos uma dificuldade muito grande de, naquele momento, já arbitrar se deve continuar de licença, por quanto tempo e, enfim, esse é uma dificuldade que nós temos muito grande, e até de patologias muito subjetivas, tipo as patologias psiquiátricas, em que você analisar ali uma patologia ali naquele momento é complicado, então isso cria uma insegurança pra estimar essas licenças, (...) muitas vezes a gente fica em dúvida, mas obviamente para não prejudicar o servidor, a gente estima que, realmente, existe uma necessidade de afastamento (...)” (médico 8).

O médico do trecho acima, sendo o mesmo que se incomoda com o uso da perícia como lugar de mediação de conflitos, evidencia algo da rotina pericial que de fato é difícil, mas pode parecer óbvio. Ele se refere à estimativa do tempo de licença e à própria compreensão dos casos de saúde mental, criticando o pouco tempo destinado a essas avaliações. Se por um lado aponta um “excesso de zelo” por parte do médico assistente, por outro escancara uma verdade: não é fácil estimar quanto tempo uma pessoa deve ficar de

licença, nem se está apta a retornar ao trabalho, e talvez esse seja o material mais básico e frequente das avaliações dos médicos peritos (e talvez por isso, tenha aparecido com uma frequência que me foi inesperada). Poder assumir isso, levar o problema ao debate, questionar parâmetros que maquiam a dificuldade (para não dizer, a impossibilidade) de certas medidas, ajudaria a pensar em outras formas de lidar com isso, a repensar os parâmetros fornecidos por qualquer publicação. Nesse ponto, remeto à participação de um perito no momento das perguntas, numa das mesas do Congresso de Perícias, em que verbalizou algumas situações que o angustiavam e que geravam dúvidas, sobretudo em relação ao tempo de afastamento e ao alto índice de adoecimento dos professores do município onde trabalhava. Os dois psiquiatras que compunham a mesa não responderam às perguntas do perito, fornecendo respostas confusas e difusas. Talvez seja também por causa dessa dificuldade que os parâmetros de dias de afastamento são usados: eles solucionam a dificuldade que é intrínseca ao adoecimento, qual seja: não há como prever, até por se tratar de processos individuais, com características muito próprias desse ou daquele trabalhador, dessa ou daquela circunstância de vida etc. Se nem todo mundo fica com a boca inchada ao retirar os sisos, podendo ser questionável até mesmo uma quantidade fixa de dias destinada a esse tipo de recuperação, o que dirá dos casos de depressão, assédio moral, transtorno do estresse pós-traumático e tantos outros.

O trecho abaixo associa o tempo de afastamento a outros aspectos importantes

“Aqui a atividade fim é o ensino. Quando professor entra de licença, é um escarcéu, porque a cada semestre eles montam as equipes, eles dividem os horários da sala de aula. Eventualmente no meio do jogo, um professor entra de licença. E aí isso gera problema na equipe, né. Porque aqueles horários têm que ficar cobertos, os alunos não podem ficar sem aula... e aí quanto tempo ele vai ficar afastado... a instituição não quer que ele fique afastado nem um dia. Mas a gente tem que avaliar, pela doença apresentada, os dias que ele vai precisar pra ele se recuperar. Então isso pra mim seria a função principal da perícia, equacionar isso, o interesse do indivíduo e o interesse coletivo, né. Tentar não deixar que um... sobrepuje o outro... a instituição não pode também tolher a pessoa de poder repousar, se tratar, e o interesse da pessoa às vezes de querer ficar mais tempo afastado, porque já tá lucrando secundariamente com a doença, comprometer o funcionamento da instituição” (médico 11).

Inicialmente, a impressão que temos ao começar a leitura do texto é a de que, neste caso, trata-se unicamente de um perito sendo pressionado pela gestão para reduzir o tempo de

licença do trabalhador que, no exemplo, é um professor. Pode-se perceber que essa dinâmica, em que a gestão pressiona e faz um “escarcéu”, pode acabar levando os médicos peritos a terem essa preocupação quanto aos dias de afastamento ainda mais exacerbada. E fica clara também a função de interface que o perito adquire. De fato, lidando com o servidor doente e com a pressão institucional, ele encontra-se no meio de ambos. Mas, à medida em que desenvolve sua reflexão, acaba por inserir a menção ao “ganho secundário”, ao fato de o servidor poder já estar “lucrando” e por “querer ficar mais tempo afastado”. Aqui, ainda que haja o reconhecimento de que o servidor precisa se tratar e que a instituição não pode impedi-lo, o juízo quanto aos dias de afastamento não deixa de lado a preocupação com o possível exagero, com a esperteza, com o lucro. Voltamos, portanto, à questão que emoldura o cenário pericial e que nada tem a ver com maniqueísmo do médico: o perito ali apenas assume e repete, sem maiores problematizações, sem ampliar o próprio olhar, a litania que vem exposta nas publicações e nos discursos reiterados. Ele assume a indumentária, absorve os códigos. Esquece-se, nesse momento, de que o trabalhador pode também ter adoecido por causa da instituição, ou que sua doença, mesmo que nada tenha a ver com o trabalho, merece o tempo que for necessário para que possa permitir o restabelecimento e que é exatamente essa possibilidade – sem pressa e sem pressão – aquilo que conferirá ao trabalhador um *status* de pessoa com saúde, conforme o raciocínio de Canguilhem.

5.5 Suspeita/desconfiança na perícia

5.5.1. “A gente fica mais detetive”: malícia, detetive, investigação e ganho secundário

Um dos eixos temáticos constituídos após análise das entrevistas refere-se à Suspeita/Desconfiança na Perícia e inclui categorias que, como indica o nome escolhido para o eixo, referências a situações em que o profissional que avalia desconfia do servidor e derivações disso. Neste último caso, referimo-nos a categorias como ‘conflitos interpessoais na perícia’, que se inclui também em outro eixo temático mas que foi inserida neste pelo fato de muito conflitos derivarem dessa atitude de suspicácia por parte do profissional. A tabela abaixo apresenta as unidades de sentido desse eixo:

Tabela 6 - Suspeita/desconfiança na perícia

	AS	M	O	P	F
Confiança/desconfiança do médico	1	21		5	
Malícia/detetive/investigação/ganho secundário	1	20	4	7	
Conflitos interpessoais na perícia		25	1		
Suspeita quanto ao relato do periciando	1	19			
Simulação		12		4	
Falta de acolhimento dos médicos	1				
Advogado do diabo		1			
Agressão		3			
Ameaça		2			
Coação		3			
Manipulação		1		1	
Policial		2			
Supervalorização dos sintomas na perícia		2		1	
Confiança/desconfiança			2		
Desmerecimento da queixa do servidor				1	

Fonte: PIZZINGA, 2020.

As categorias mais citadas, como se observa acima, são ‘malícia/detetive/investigação/ganho secundário’, com 32 menções ao todo, feitas por médicos, psicólogos e assistentes sociais; confiança/desconfiança do médico, com 27 menções de quase todos os profissionais, menos o fisioterapeuta (essa categoria é diferente da categoria ‘confiança/desconfiança’, que só possui 2 menções, não se referindo ao médico propriamente); ‘conflitos interpessoais na perícia’, com 26 menções, concentradas praticamente no médico; ‘suspeita quanto ao relato do periciando’, com 20 menções, quase todas do médico; e ‘simulação’, com 16 menções feitas por médicos e psicólogos. Há outras que chamam atenção, embora tenham sido menos citadas: ‘policial’, ‘advogado do diabo’, ‘ameaça’, ‘agressão’, ‘coação’ e ‘manipulação’.

A categoria ‘advogado do diabo’, por exemplo, poderia estar inserida no eixo temático acerca das ‘Funções da perícia’. Se o perito entende que ele deve agir como um ‘advogado do diabo’, poderá conceber essa atitude como sendo a função da atividade pericial e poderá, por consequência, ser aquele que desconfia e pergunta incessantemente, que desacredita dos documentos trazidos pelo servidor ou que tende a discordar de decisões favoráveis ao

trabalhador, independente de sua aplicação legal. Nesta seção, começaremos examinando duas categorias, pelo fato de serem muito interligadas, além de serem as mais citadas nesse eixo: ‘confiança/desconfiança do médico’ (também incluiremos a categoria da ‘confiança/desconfiança’ acoplada a esta) e ‘malícia/detetive/investigação/ganho secundário’.

A partir das categorias incluídas nesse eixo temático, vê-se que, em muitos relatos, o trato pericial é descrito como um lugar de conflito, tensões e dificuldades. Mas o que é interessante notar é que nem sempre o perito reconhece sua parte na construção da desconfiança ou mesmo a influência que sofre do que lê no Manual ou em quaisquer outros livros-textos acerca do fazer pericial, ou mesmo de encontros, tal como um congresso de perícias, onde essas pressuposições são reforçadas acriticamente. Como exemplo desse ponto, a citação abaixo é esclarecedora:

“(...) eu brinco dizendo que o perito está para o servidor assim com o oficial de justiça está para a pessoa que tá atendendo na porta. Eles olham pra gente com desconfiança” (médica 12).

O trecho selecionado traz uma brincadeira em que a médica projeta no periciado a imagem de que a figura do perito se assemelha à do oficial de justiça e de que é o periciado que desconfia do perito. Na sequência dessa fala, a médica diz que os peritos buscam “proteger” e “ajudar” o servidor. Apesar disso, a comparação que é feita é com a do oficial de justiça que, em geral, é portador de uma má notícia, representa a justiça em seu viés persecutório. Ela não se pergunta sobre o quê, nos peritos, pode ajudar nessa imagem que, segundo sua visão, os periciados constroem sobre eles. Em que medida sua atuação contribui para isso? Contextualizando a situação da entrevista e da própria entrevistada, ela está há alguns anos trabalhando com perícia, trazendo algumas queixas em relação à falta de contrapartida da instituição, à insegurança jurídica em que os peritos se encontram pela mudança constante de leis, à agressividade que os servidores às vezes demonstram. Ela me concede a entrevista numa sala apertada, num dia em que o sistema havia tido um problema, gerando atrasos e tornando a dinâmica do setor bastante confusa.

Outra médica, de outra instituição, e que hoje em dia se sente realizada na função pericial após anos trabalhando em diversos tipos de atuação profissional em sua especialidade, fala sobre a atuação do perito de forma a esclarecer um pouco como provavelmente se forma a imagem que o periciado faz do perito de oficial de justiça ou de qualquer figura correlata.:

“(...) a gente não olha só o lado do paciente, a gente tem uma interface, a gente tem que olhar pelo órgão que a gente trabalha, (...) e a gente tem que olhar pelo servidor. Então acho que esse olhar de...

de... de estar numa interface, esse olhar duplo torna mais rico e mais complexo, porque o servidor não tem interesse em ser honesto contigo porque ele tem um ganho secundário, então eu acho que... a gente fica mais detetive, assim, mais... pesquisa mais, investiga mais... a gente... tem que ganhar uma certa malícia maior que na assistência não se demanda tanto... (médica 9).

Aqui a própria perita se compara a um detetive, afirma uma atividade maior de investigação, pressupõe a existência de ‘malícia’ – pressuposto que conduz ao oposto da isenção ou da imparcialidade, convém lembrar – na realização da função e parte de um pressuposto tácito, que certamente estará presente em todas as suas perícias: o servidor não tem interesse na honestidade porque ele tem um ganho secundário. É claro que isso advém das próprias descrições encontradas em manuais e livros-texto os mais diversos, onde se repete incansavelmente a ladainha do ganho secundário e a ausência de interesse de ser plenamente honesto por parte do periciado. Mas o que dizer de um profissional de saúde assumindo a função de perito, dentro da assistência à saúde do servidor, que já pressupõe um servidor desonesto? E que se compara a um detetive, que, como se sabe amplamente, busca descobrir crimes e mistérios, esforçando-se para desvendar a identidade de um criminoso? Malícia e isenção caminham em conjunto na perícia?

O mesmo profissional entrevistado que faz a comparação da função do perito à do oficial de justiça “por brincadeira” diz:

“Mas é porque a gente sente que às vezes a coisa tá solta e quer verificar se realmente é aquela queixa mesmo, se tem alguma coisa importante acontecendo ali ou se foi só um atestado de combinação entre o médico... se ele exagerou pro médico assistente e não é aquilo tudo... enfim, tudo isso a gente olha...” (médica 12).

Voltando à questão da quantidade de dias de afastamento sugeridas pelo médico assistente ao servidor acometido por um diagnóstico, aqui o profissional entrevistado não aventa a hipótese de que possa haver uma conduta terapêutica na escolha de uma quantidade “maior” de dias. Colocamos aqui “maior” entre aspas pelo fato de que a consideração quanto ao tamanho de um intervalo depende de um juízo de valor que parte de pressupostos prévios. Se o perito parte da hipótese de que há uma combinação do servidor com o médico assistente ou que o servidor exagerou e o médico assistente acreditou, em ambas as situações a hipótese da má fé reside na base de tudo e guia as decisões do profissional.

Uma das odontólogas entrevistadas, ao falar sobre seu papel específico com perícia, também aponta o papel investigativo que assume. A diferença é que concede que o perito está ali para “ajudar o periciado”:

“(…) por mais que a gente esteja aqui para ajudar o periciado, a gente também tá meio numa função investigativa de ver se aquela demanda dele é legítima, entendeu, então a gente parte da premissa de que realmente aquilo ali é o que ele tá precisando, tá tudo dentro dos padrões, mas você tem que averiguar, que se realmente é legítima e se é devido aquilo ali, então você tem um papel investigativo também, né, é essa... a sensação...” (Odonto 2).

A odontóloga acima trabalha há muitos anos com perícia em dois órgãos diferentes e não demonstra desconforto com a função em nenhum momento da entrevista. Ela faz referência à legitimidade do pleito que o trabalhador leva, vinculando-a à lei, mas a avaliação da legitimidade parece-nos mais do que o enquadramento legal. Parece-nos um sutil passo adiante, pois atribuir legitimidade ou não se aproxima de atribuir veracidade, enquanto que o enquadramento legal supõe algo mais direto, sem emissão de juízo de valor, algo que se encaixa ou não se encaixa nas possibilidades que a lei oferece.

Psicólogos também podem trazer a questão de possíveis ganhos secundários e da simulação. Um deles, que diz gostar da atividade, traz uma série de outros aspectos, como o peso significativo das relações interpessoais e do assédio moral no adoecimento:

“(…) a gente tem um cuidado ainda com os casos de saúde mental (...) os afastamentos, em geral, têm duração mais longa (...) a possibilidade de enganar o perito, de simular, é maior do que em outras patologias que você tem a parte de exames laboratoriais, que estão ali comprovando, por assim dizer, uma doença... então a gente encontra o processo de simulação, embora não seja a maioria, seja uma minoria, mas é possível também... então a gente tem (...) assim, uma série de questões, como possíveis ganhos secundários, (...) a gente tem questões muito, muito fortes das relações interpessoais do trabalho, adoecimento, contribuindo pro aparecimento do adoecimento, a gente tem questão de assédio moral (...) então são casos de uma complexidade e de atravessamentos muito distintos que vão envolver muitas vezes ações e intervenções institucionais que extrapolam o campo propriamente orgânico” (psicólogo 3).

Esse trecho abarca uma série de categorias, como a de ‘simulação’, ‘malícia/detetive/investigação/ganho secundário’, mas também ‘assédio moral’, ‘relação da doença com o trabalho’, entre outros. Essa fala traz a equiparação de diversos aspectos a serem vistos e que são vividos na perícia, sem precedência do que há de negativo – simulações, por exemplo – sobre o que não caracteriza má fé ou esperteza por parte do servidor. O psicólogo entrevistado não descarta o ganho secundário e a simulação, estando presente em sua fala a desconfiança em relação àquilo que periciado relata, mas tampouco deixa de levar em conta as relações nocivas de trabalho, embora as situe no final de sua listagem daquilo que pode vir a se relacionar aos quadros de saúde mental.

No que concerne à desconfiança, umas das psicólogas, que havia relatado seu desconforto ao notar que os peritos, às vezes, pressionam o servidor quanto à aposentadoria, faz uma menção à questão da desconfiança na cena pericial:

“É, eu fico muito impressionada. Porque é isso, elas parece que entram só pra isso, pra ver se tá mentindo ou não tá mentindo... aí no final, “171” (psicóloga 2).

Esse breve excerto é curioso por conter a imagem do “171”, que apesar de aparecer raramente nas entrevistas, é bastante usado nos corredores e entre profissionais (que muitas vezes não fazem parte da equipe de perícia e suporte à perícia) em relação um servidor com uma demanda de saúde. Aqui considero que se trata de uma necessidade de treinamento dos servidores que não se originam da área de saúde e que têm de lidar com essas questões, mas, por razões as mais diversas, reproduzem esse tipo e discurso e, muitas vezes, pode ser que contaminem a visão de um profissional que atua com perícia e que é novo no setor, por exemplo.

5.5.2. “A gente fica meio como advogado do diabo, que é diferente do médico em si”

Nesta seção, examinaremos brevemente a categoria ‘advogado do diabo’ e ‘conflitos interpessoais na perícia’. É importante sublinhar aqui, mais uma vez, que a atitude do perito irá também suscitar uma reação do periciado. Colocar-se como advogado do diabo provavelmente se expressa numa forma de falar, de questionar, de examinar o periciado, ainda que sutil. Os conflitos interpessoais que acabam por ocorrer no ambiente pericial podem estar

relacionados a essa forma do médico de se colocar, sem que nenhum dos dois percebam, uma vez que todo comportamento é comunicação (Watzlawick, Beavis, Jackson, 1973), e o modo como o profissional olha o servidor ou escuta (ou não escuta) suas queixas provavelmente comunicam algo (positivo ou negativo) ao trabalhador. Ademais, é sempre bom perguntar: por que o perito tem que ser o advogado do diabo?

O exemplo abaixo situa a perícia como algo que não é medicina (apesar de alguns sujeitos entrevistados dizerem que, para haver perícia, deve haver ‘muita medicina’) por “não levar tanto em consideração as mazelas da pessoa”:

“(...) então a gente fica meio como advogado do diabo, que é meio diferente do médico em si, o médico tá basicamente preocupado com o paciente, com a convalescença, com o tratamento, e a gente tá mais preocupado em avaliar se o que o médico falou é adequado ou não, a gente faz essa crítica, então é uma posição, pra mim, completamente diferente do médico em si, que não tá preocupado com isso, o médico tá preocupado com o paciente, a gente tá preocupado em ver se aquilo que o médico fala, que o médico escreveu é coerente levando em consideração uma série de fatores que não tem nada a ver com a doença, né, em si, então tem a ver com o servidor mas também tem a ver com o tempo que é designado pra aquela... é uma coisa muito técnica, muito mais fora da medicina, não leva tanto em consideração as mazelas da pessoa, né (...)” (médica 1).

Essa profissional entrevistada é a mesma que disse ter caído de paraquedas na função de perícia, mas que descobriu ser uma ‘grata surpresa’.

Alguns médicos peritos também apontam experiências efetivamente ruins, que não têm a ver com sua desconfiança ou com a função de investigador da queixa trazida, mas sim vivências tensas em que o servidor, já chega de modo agressivo para a avaliação:

“(...) tem servidor que chega já de maneira arrogante, “qual é a sua especialidade?”, “eu sou médico perito”, tanto que (...) todos nós temos um carimbo de médico perito, para que não nos identifique, o servidor não manipule, que em geral tem esse jogo de manipulação de dizer exatamente o que... e aí isso traz um anonimato, porque tem servidor que vai estudar mesmo, entra no *google* pra estudar mesmo, mas como ele não sabe quem vai atender, aí ele vai olhar o carimbo e vai ver, “médico perito”, todas as pessoas, todos nós aqui padronizamos dessa maneira, pra que eles não saibam e não vire um jogo de manipulação, que às vezes eles estão querendo isso de fato...” (médico 6).

Esse mesmo médico traz, por outro lado, um relato interessante sobre o enriquecimento mútuo que pode se dar no encontro pericial, onde há respeito de ambas as partes e o médico que está fazendo a avaliação busca uma postura diferente. Assim, ainda que traga a experiência de servidores agressivos de antemão, aponta uma qualidade afetiva diferente no encontro entre médico perito e servidor periciado, tendo sido o único que trouxe uma descrição nesses termos:

“(...) eu acho que é... horizontalizar... porque as relações já chegam extremamente assimétricas, de partida, a relação é assimétrica, assim, "estou indo no médio perito, meu deus”, os caras fantasiam as coisas mais doidas possíveis, e aí quando ele chega aqui e vê que não (...) porque assim, ele tá ganhando, eu tô ganhando, eu tenho encontros aqui que eu falo que são encontros maravilhosos, encontros assim de eu sair (...) sabe o que é você sair tão grato, tão feliz (...)” (médico 6).

É possível dizer que o trecho reproduzido acima é um dos mais interessantes que se colheu nas entrevistas, uma vez que, apesar de ser algo que se desvia da norma da amostra desta pesquisa, indicar a possibilidade de um outro tipo de fazer pericial. O perito reconhece claramente a relação assimétrica entre perito e periciado e, em vez de se utilizar disso ou de reforçar essa característica, busca fazer exatamente o contrário, que é desconstruir o quanto pode dessa assimetria, sendo capaz de escutar amplamente os periciados, conforme outros momentos da entrevista indicam. Ele sai enriquecido do trabalho, mesmo sabendo que existem situações de fraude. Apenas não dá acento exclusivo a elas. Cabe notar que esse profissional vivenciou sofrimento e adoecimento devido a situações de trabalho, experimentando na própria pele a possibilidade próxima de ser aposentado, além de ter tido inúmeros conflitos com sua atuação na instituição.

Diante do relato acima, pode-se tentar argumentar dizendo que, ao ouvir o periciado da forma como ouve, ao ampliar aquilo que pode ser falado e conversado no âmbito da perícia, ao recusar a diretriz de distanciamento no fazer pericial, estaria ele comprometendo sua capacidade de avaliação isenta dos pleitos que lhe chegam. No entanto, a ideia que norteia nossa argumentação é a de que a neutralidade e a imparcialidade já são impossíveis de saída, e que ao construir um retrato de perícia como algo aprioristicamente conflituoso, em que a má fé pode estar sempre rondando, também não se está permitindo a construção de uma avaliação isenta ou imparcial, se é que ela é possível. Quando a empatia está presente na perícia, o médico perito e os profissionais que fazem avaliação de suporte à perícia podem ouvir mais, podem querer entender melhor a problemática do servidor, o que não significa que

ultrapassarão limites legais. Mas quando a desconfiança, o olhar policialesco, a expectativa de fraude ganham um espaço maior do que a indagação acerca das motivações da demanda que chega à perícia, temos um problema. A escuta e o olhar buscarão as provas ou sinais da má-fé, sobretudo em queixas mais subjetivas, como as de dor e as de saúde mental. O médico ou odontólogo perito poderão ter sempre a sensação de que podem estar sendo enganados.

Como afirma um dos médicos entrevistados, a perícia é um “divisor na de águas” e a responsabilidade dos peritos na vida do servidor é vasta. Esse mesmo profissional diz conversar às vezes com os colegas peritos sobre a dimensão dessa responsabilidade e sobre o impacto de suas decisões na vida do servidor. Entretanto, a perícia pode ser mais do que um divisor de águas pautado numa relação de “mútua desconfiança”, e as quatro funções da perícia, encontradas nos relatos e que se diferenciam das demais, poderiam ser as mais prevalentes. Por que não se fala mais sobre elas? Por que não há capítulos de livros e manuais que enfatizem esse tipo de prática. Por que não há livros-textos debruçados sobre empatia na perícia, escuta qualificada da queixa do servidor público/trabalhador, função social da perícia?

5.6. Desconforto, conflitos éticos e aspectos negativos

5.6.1. ‘Às vezes eu tenho essa sensação, de que eu tô aqui pra ferrar alguém’: conflitos éticos na perícia

Outro eixo temático constituído na análise diz respeito a ‘Desconforto, conflitos éticos e aspectos negativos’, que busca abarcar as categorias relacionadas a todo tipo de situações em que o trabalho prescrito (Daniellou et al, 1989) gerou incômodo no profissional ou situações similares. O eixo refere-se ao desconforto ao exercer a função pericial, seja porque o perito se sente coagido pelo trabalhador, seja porque não compreende sua função diante de contextos tumultuados, seja porque sente que não está colocando em prática o saber ao qual dedicou anos de estudo, seja porque há algum tipo de sofrimento ético mais ou menos claro para o profissional em relação à sua atividade laboral. Vejamos a tabela que inclui as unidades de sentido próprias a esse eixo:

Tabela 7 - Desconforto, conflitos éticos e aspectos negativos

	AS	M	O	P	F
Desconforto com a função pericial		23	2		
Conflito ético no perito		15			
Erro na perícia		7		1	
Condições de trabalho dos peritos		5		1	
Desvalorização do serviço social	4				
Desvalorização da perícia		3			
Enxugar gelo		2		1	
Desconforto do profissional					3
Conflito afetivo no odontólogo perito			1		

Fonte: PIZZINGA, 2020.

Encontramos 25 menções ao desconforto com a função pericial, feitas por médicos e odontólogos, e 15 menções ao que chamamos de conflito afetivo no perito, apenas por médicos. Esta última categoria incluiu toda situação em que o perito médico se incomodou com algo que julgou que deveria fazer, ou com o que a lei o direciona a agir ou com a sua função. Quando a relato do médico perito tem a ver com um questionamento sobre sua função, sobre o que de fato está produzindo ao fazer perícia, temos algo interessante, uma vez que não há aí a aceitação pura e simples do que diz o livro-texto ou qualquer manual de perícia. Presume-se uma espécie de negociação, que, a depender da intensidade que assume, pode trazer grande incômodo. Nesta seção, analisaremos a categoria ‘conflito afetivo no perito’, que pode abranger questões éticas ou afetivas, ou ambas, entrelaçadas.

Desse modo, o trecho a seguir espelha bem esse ponto e é interessante por ser de um profissional de medicina que acumulou experiência em mais de um lugar, sendo referido, por colegas, como alguém a quem se pode recorrer para tirar dúvidas. Apesar de haver uma suposta segurança quanto ao trabalho, há a percepção de sua dificuldade:

“(…) eu acho que é um trabalho difícil, que é um trabalho que às vezes a gente se sente mesmo sem saber o que tá fazendo, nesse sentido, de que, cara, pra que que eu tô servindo, se eu tô aqui pra ferrar o trabalhador, eu tô aqui pra ferrar o governo, sabe, às vezes eu tenho essa sensação, que eu tô aqui pra ferrar alguém, seja o governo, seja o trabalhador, (...) e às vezes eu tô aqui só pra cumprir um protocolo, que não vai mudar muita coisa na vida das pessoas (...)” (médica 3).

É bem interessante acompanhar o questionamento da entrevistada, na medida em que ele leva à questão sobre a quem serve a perícia, a quem serve o perito, a que serve o saber pericial. Ao governo? À gestão? À administração pública? Às chefias e pessoas com cargos hierárquicos superiores? Certamente não ao trabalhador.

Há outro excerto referente a um conflito ético que chama atenção por mostrar como o perito médico deve lidar com o próprio poder de decisão a partir da realidade com a qual se depara e aquilo que está escrito na letra da lei, sendo esse o mesmo médico que trouxe a descrição da perícia como sendo um encontro positivo:

“(...) aí, nessa hora, ou você o “fiscal do estado” de fato, porque você tem que andar de acordo com a lei, ou você, por ter esse poder também de, de repente, abrir mão disso, você vai ser, tipo, um Robin Hood, e vai fazer um outro relatório que é a favor daquela pessoa que você sabe que precisa diante de corrupção, o que existe nesse país do Oiapoque ao Chuí, de milhões? Não sei. Nessas horas... assim, você fica muito, muito balançado, e nesse dia especificamente eu fiquei, porque eu olhava praquela pessoa e via a limitação, mas assim, infelizmente, não era... mas assim, tem que ser coerente... porque daqui a pouco, se eu desse algo a favor, eu não ia dormir porque eu ficaria com crise de consciência e eu não teria como voltar atrás, então isso ia me doer bastante, sabe?” (médico 6).

De modo análogo, vemos:

“E a primeira coisa pra enquadrar na lei é ser portador de deficiência. E aí ser portador de deficiência é uma coisa que é muito fechada dentro da lei. Então se você não se enquadra ali não tem como você dar. Mas às vezes a situação ali é mais grave do que de fato uma outra pessoa tem uma deficiência, mas que nem é uma coisa tão limitante quanto a doença crônica” (médica 13).

O que vemos acima é também a descrição de uma situação que mobiliza questionamentos éticos, mas que não foi tão esmiuçada quanto a descrição imediatamente anterior. No entanto, cabe questionar como é para o médico perito, que tem o poder de decisão na mão e que expõe seu registro profissional ao tomar uma decisão, lidar com situações de injustiça, que são legais mas não legítimas, que se referem à não atualização da lei ou outros aspectos jurídicos questionáveis? De fato, pode-se pensar que a insistência no distanciamento na relação perito/servidor tem uma função importante, na medida em que ameniza o sofrimento ético (Dejours, 2006) do perito.

5.6.2. “Sentir que eu estou fazendo um trabalho menos humano”: desconforto com a função pericial

Nesta seção, examinaremos alguns trechos colhidos que evidenciam o sofrimento do perito, do odontólogo ou do profissional de suporte à perícia e começaremos reproduzindo um trecho interessante, retirado da fala de um dos profissionais de odontologia entrevistados, que percebe que a demanda para afastamento do trabalho pode não ser procedente, embora não seja motivada por má fé, e sim por algum tipo de sofrimento.

“(…) você vê que as pessoas estão buscando subterfúgios, e essa situação me deixa muito desconfortável, porque por mais que eu perceba o sofrimento que a pessoa tem, a necessidade de afastamento pode ser real, eu sempre busco me ater à questão documental, então por mais que ela precise se afastar, se o documento não bate com o quadro que eu encontro, não há o que se fazer” (odontóloga 2).

Assim, o odontólogo perito faz uma avaliação baseada na lei, observa a improcedência da demanda, mas nem por isso emite um juízo de valor do servidor que o situe no campo da esperteza. Reconhece-se, aí, o sofrimento causado por outras situações (e a entrevistada faz relação, em outros momentos da entrevista, entre as queixas por ela atendidas e situações de trabalho, como tensões que levam o trabalhador a empregar muita força para escovar os dentes e ocasionar lesões). Quando o profissional de perícia pode ampliar seu olhar para além da queixa imediata e daquilo que não procede, quando é imbuído de princípios que reconhecem o sofrimento no trabalho como determinante fundamental no adoecimento, a interpretação até mesmo daquilo que é inadequado move-se para outra direção e pode levar a questionamentos sobre o ambiente de trabalho, as condições laborais, entre outros fatores. Essa odontóloga é interessante, pois está há muitos anos na instituição onde trabalha, sendo que o trabalho com perícias é mais recente, e mais recente ainda o acordo de cooperação ao qual faz alusão e que fez com que houvesse um volume ainda maior de perícias para serem feitas, provindas de outros órgãos federais que não possuem unidades SIASS estabelecidas. Trazemos outro trecho da entrevista dessa mesma odontóloga perita, no sentido de nos lembrarmos o que se pode fazer quando está-se fazendo perícia:

“(…) eu tento colocar na balança a legalidade, quer dizer, a legalidade não pode ser colocada na balança porque ela tem que ser observada, mas eu tento na medida do possível compreender a motivação do afastamento...” (odontóloga 2).

O trecho selecionado a seguir é de uma psicóloga, cujo desconforto, em sua atuação, refere-se a estar com outros profissionais, numa situação de avaliação, e se sentir mal face à discordância entre o perito – e sua decisão de interromper uma licença – e o médico assistente de um servidor – que indica a necessidade de renovação da licença:

“Porque é pra isso a função da perícia, e é um mal-estar, né, às vezes, os servidores questionam e eu tenho também esse mal-estar, porque você tem profissional assistente que tá avaliando, que você precisa... e que te acompanha... e você precisa estar afastado, enfim, aí chega num dia você quer avaliar que eu posso voltar e meu assistente tá dizendo que eu não posso...” (psicóloga 2).

Nesse caso, a impressão é de que a psicóloga entrevistada se vê refém de decisões das quais discorda e que questiona, de que seu desconforto provém daí, encontrando-se em minoria no que tange à sua percepção do caso (e sem poder algum de decisão).

Por fim, encerrando este eixo temático, selecionamos um trecho em que o desconforto com a função pericial diz respeito à questão ética como à dimensão pragmática do trabalho, à sua característica mecânica:

“(...) em muitos momentos eu fico me perguntando se um outro funcionário... sem meu diploma... não poderia estar realizando a tarefa que eu estou realizando, se até mesmo um computador não poderia estar realizando, um programa, não poderia estar realizando a tarefa que eu estou realizando, então eu questiono muito isso. Talvez até uma robotização do nosso processo de perícia. E... me tornar... sentir que eu estou fazendo um trabalho menos humano” (médico 5).

Já trouxemos falas anteriores desse médico, que, lembrando, havia pedido para exercer outra atividade na instituição que não a perícia, sem êxito quanto a isso. Nos poucos meses em que se encontrava exercendo essa nova atividade, percebeu-se desumanizado. É interessante notar que a fala conduz à ideia de desumanização porque especula que até um robô poderia estar executando sua atribuição, mas é possível desvincular essa ideia do ‘menos humano’ do sentido ético que tarefa, do fato de que a atribuição pericial se afasta dos princípios da medicina, a princípio mais humanos?

5.7. Perícia medicalocêntrica

5.7.1. “Ele tem uma soberania frente a tudo de saúde que aquela pessoa vem passando”: correlação de forças, poder de decisão e soberania

Para refletir sobre o trabalho dos profissionais não-médicos e que, por conseguinte, não são peritos dentro do SIASS e sobre a presença/ausência de trabalho interdisciplinar, algumas categorias foram analisadas, como ‘ausência de diálogo’, ‘poder de decisão’, ‘correlação de forças’ e ‘hegemonia da medicina’, levando à constituição do eixo temático ‘Perícia medicalocêntrica’. Este eixo mostra como a percepção sobre o funcionamento de certas equipes conduz à compreensão de que a dinâmica medicalocêntrica que às vezes acontece é o amálgama mais forte da perícia com a gestão, pois assume o paradigma da medicina do trabalho, que surgiu como uma forma de diminuir as perdas de trabalhadores nas fábricas a partir da Revolução Industrial e servia para ajustar o trabalhador ao trabalho. Uma observação antes de adentrarmos essa análise se faz necessária: é claro que esse amálgama não está claro para os praticantes da perícia, sobretudo aqueles que são investidos da função de perito e tem a responsabilidade diária de emitir laudos oficiais com decisões acerca das demandas que lhes chegam aos consultórios. Em geral, é sempre de modo enviesado no discurso desses peritos que esse liame entre a prática pericial e a gestão aparece, como já tivemos oportunidade de identificar nas seções anteriores. Na fala de profissionais não médicos, esse liame fica mais nítido.

Ademais, consideramos importante perguntar como a dinâmica pericial medicalocêntrica pode influenciar o bem-estar dos próprios profissionais que não são peritos, no sentido que encontram no trabalho. Além de haver uma influência sobre os servidores que demandam direitos relacionados à saúde, percebe-se, pelo material empírico recolhido, que também há uma influência sobre a equipe de suporte à perícia, que relata o sofrimento no trabalho que vivencia. Assim, nesta seção examinaremos quatro categorias: correlação de forças (23 menções de psicólogos, médicos e assistentes sociais), poder de decisão (29 menções por quase todos os profissionais), ‘hegemonia da medicina’ (19 menções por quase todos os profissionais) e soberania (que, apesar de ter tido apenas uma menção, acaba por ser ilustrativa de todo o eixo temático e por isso foi aqui incluída). As categorias ‘correlação de forças’, ‘poder de decisão’ e ‘hegemonia da medicina’ são categorias muito imbricadas, por isso a opção por analisa-las em conjunto (algumas dos trechos selecionados referem-se a essas três categorias).

A tabela abaixo ilustra um pouco do que foi percebido na análise das entrevistas:

Tabela 8 - Perícia medicalocêntrica

	AS	M	O	P	F
Ausência de diálogo	2		3	1	
Ausência de escuta	3				
Correlação de forças	6	6		11	
Estereotipia de papéis no SIASS	1	1			
Hegemonia da medicina	8	3	3	5	
Poder de decisão	4	15	1	9	
Dicotomia profissional	3	1			
Soberania		1			

Fonte: PIZZINGA, 2020.

É interessante observar que todos os profissionais (menos o profissional de fisioterapia, talvez por ter constituído uma amostra muito pequena da profissão) fizeram menção tanto ao poder de decisão o médico quanto à hegemonia da medicina. E claro que há acentos diferenciados nessas menções, assim como nas demais. O problema a ser debatido mais amplamente em outra oportunidade é o quanto essa forma de trabalho, em que se vive a hegemonia médica e o poder de decisão do médico influencia negativamente o trabalho dos outros profissionais, no sentido de desestímulo, da atividade impedida (Lhulier, 2012), da invisibilidade do trabalho (Lulhier, 2012), do trabalho real (Daniellou, Laville e Teiger, 1989), noções já discutidas nesta pesquisa e que são úteis para pensar como os profissionais do SIASS podem ser acometidos por sofrimento no trabalho devido a uma correlação de forças desfavorável ao seu saber.

Neste sentido, alguns relatos levaram à percepção de que a satisfação com o trabalho pode estar ligada, entre outros fatores, à percepção de que a inserção de um dado saber na área pericial faz diferença, de que há valorização e respeito à profissão. Isso também se vincula à autonomia e ao poder de decisão. Uma das assistentes sociais entrevistadas, ao ser indagada sobre se encontra sentido no trabalho, diz:

“(...) meu trabalho fica um pouco sem finalidade... então assim, em algumas intervenções, até o próprio trabalho com a psicologia, com o restante da equipe multiprofissional faz muito mais sentido do que, digamos assim, do que os atendimentos que envolvem perícia, porque esse embate constante entre duas perspectivas muito diferentes, então

às vezes não... pra mim a profissão perde um pouco de sentido nessa constante correlação... nesse constante embate, nesse constante conflito.” (assistente social 3).

Essa assistente social tem seu primeiro emprego nessa instituição, saindo da universidade para o trabalho direto no SIASS, já expressando a perda de sentido no trabalho. O trecho acima se vincula à categoria ‘correlação de forças’. Quando pergunto sobre se ela vê utilidade em sua atividade específica com as perícias, ela diz:

“Sim e não. Sim, porque tem alguns casos que a gente consegue manter um diálogo, uma comunicação, e eles respeitam a decisão, os argumentos do serviço social, mas em outras situações ainda predomina mais a visão médica, que eles sempre vão ter a palavra final, até porque o serviço social não passa por nenhuma decisão, digamos... ele não tem poder de deliberar... hoje... quem tem esse poder é o médico. Então por mais que o serviço social veja que uma coisa é importante pro trabalhador, no final, sempre vai...(…) sobressair (...) a palavra do médico. Então em algumas situações eu vejo utilidade porque eu atendo, eu oriento, eu informo, mas às vezes... (...) eu sei que no final aquele servidor não vai conseguir porque ainda pela visão médica, ainda pela visão da saúde ocupacional, que é muito atrelada ao diagnóstico, à doença, e não àquela perspectiva de saúde do trabalhador, de prevenção, de determinantes ali do trabalho, então eu vejo certa utilidade mas ao mesmo tempo essa utilidade ainda tá mais atrelada ao poder do médico (...)? É um trabalho de esforço constante assim de... de tentar esse diálogo (...)” (assistente social 3).

Aqui, o trecho selecionado pertence às categorias referentes a ‘poder de decisão’, ‘hegemonia da medicina’, ‘correlação de forças’ e ‘presença de diálogo’. O trabalho com os médicos não é bom, na medida em que é visto e vivido como um esforço constante de estabelecer o diálogo, fazendo com que, pela hegemonia do médico, pelo poder decisório que lhe é característico, se torne inútil a atividade da assistente social em algumas ocasiões. E de fato: se o profissional do serviço social atende o servidor e, ao final, o médico decide algo diferente daquilo que o serviço social sugeriu sem sequer se interessar em dialogar com o assistente social para que cheguem a um denominador comum, a um meio termo ou, ainda que a solução dada pelo perito seja discrepante, que aconteça com base no respeito ao trabalho do assistente social, de que adianta ter feito esse atendimento? Qual teria sido a utilidade dele?

Outra assistente social fala sobre o poder de decisão e a autonomia de cada profissional no trabalho com perícia:

“(...) eu tenho autonomia, mas uma autonomia relativa (...) porque tem coisas que o sistema não aceita, a legislação... isso acontece fora também, mas aqui é mais engessado, porque, por exemplo, (...) você tem uma situação com um familiar seu que tem determinada doença que é uma doença que é extremamente incapacitante, que debilita aquele familiar, seu dependente direto, só que a legislação fala... estabelece alguns tipos de deficiência física, visual, intelectual... é... que não enquadra aquela doença, então assim, mesmo eu tendo... entendendo que aquela pessoa precisa sim de um horário especial pra atender aquele dependente, a legislação não subsidia isso. Às vezes a legislação não subsidia isso, às vezes a legislação não é clara e às vezes o entendimento dos médicos peritos também... às vezes a legislação deixa em aberto e aí fica a critério dos peritos e aí os peritos não entendem como eu entendo ou como a psicologia entende. Isso eu acho que é a uma das coisas mais difíceis aqui, porque no final não sou eu que decido, nem a psi... a equipe multiprofissional não decide...” (assistente social 1).

Selecionamos um trecho longo que, em seu início, há as categorias de ‘enquadramento legal’ e ‘poder de decisão’ e, ao seu final, as de ‘hegemonia da medicina’, ‘merecimento’ e ‘poder de decisão’. Assim como a entrevistada anterior, alguns apontamentos se assemelham no que tange aos entendimentos diferenciados do profissional do serviço social e do perito médico, mas aqui ela aponta que ninguém da equipe de suporte à perícia tem poder de decisão, apenas os médicos. A depender da equipe, pode até ser que, numericamente, se o caso requisita o acompanhamento de todos, numericamente haja equivalência entre peritos e restante da equipe, mas o poder de decisão cabe apenas a um campo do saber. Os assistentes sociais e outros profissionais convivem com a frequente situação de acompanharem o caso de um servidor e de discordarem da decisão médica, porém nada poderem fazer quanto a isso. Algumas vezes os profissionais conseguem conversar sobre os casos, o que ajuda a diminuir o sentimento de impotência. O exemplo abaixo mostra como pode acontecer o diálogo entre as diferentes categorias profissionais e a correlação de forças que se dá:

“(...) eu sinto que tem abertura para chegar e conversar sobre os casos, sinto que eles escutam o que eu tenho a dizer, sinto que é uma troca efetivamente. Acho que já tiveram casos tensos, assim, de, num determinado momento, a gente não conversar sobre um caso que eu já estava acompanhando e aí há um certo atropelo, mas até nesse caso depois a gente se reúne depois, como equipe, e conversa e é possível

colocar isso, então é um diálogo que a gente consegue estabelecer, e todo diálogo tem suas tensões (...)" (psicóloga 1).

Esse trecho refere-se à categoria de 'correlação de forças' e fica patente como a equipe consegue estabelecer espaços de construção coletiva sobre os casos acompanhados, ainda que esse processo não se dê desprovido de dificuldades. A psicóloga entrevistada não está há muito tempo no trabalho relacionado à perícia e imaginava que atuaria em outra área quando fez o concurso público para a instituição. Nunca tinha atuado com saúde do trabalhador e passou a se interessar. Entende que sua função é a de pensar numa outra forma de fazer perícia, indicando a possível "desconstrução de um espaço de perícia institucionalizado". Essa fala é bastante interessante, na medida em que vai ao encontro de uma prática pericial que dialoga com o interesse desta Tese acerca da aproximação da perícia com os princípios essenciais da Saúde do Trabalhador, fala essa incomum entre os outros profissionais, a ser analisada adiante.

Ainda sobre a relação com os peritos médicos, outro trecho é ilustrativo:

"(...) eu acredito que meu trabalho como psicólogo e do assistente social, principalmente do psicólogo, em perícia de SIASS, ele é um trabalho de formiguinha, você tem que ir ganhando seu espaço a cada atendimento, a cada... porque você faz uma clínica, você tem um cuidado, mas você não tem poder de decisão junto ao processo de licença" (psicólogo 4).

O "constante esforço" que uma das assistentes sociais entrevistadas citou é análogo ao 'trabalho de formiguinha', o 'ganhar espaço a cada atendimento'. Esse profissional parece mais satisfeito com a atual função, em relação àquela que exercia em outro departamento da instituição, anos antes, mas não deixa de exigir esforços. Essa fala ilustra o fato de que o espaço dos demais profissionais de saúde não está dado, não é óbvio, muitas vezes fica invisibilizado, não obstante a referência ao seu lugar no Manual de Perícia, por exemplo. Sua função satélite, mesmo assim, precisa ser cavada, e talvez seja cansativo para muitos desses profissionais ter de lutar constantemente para manter um espaço mínimo de atuação e palavra.

Para os profissionais que compõem a equipe multidisciplinar, o trabalho realizado está sempre atrelado à decisão alheia. E isso é ruim porque, na hipótese de divergência quanto aos rumos que o caso irá tomar, o profissional sente-se mal, na medida em que não está lidando com um ofício qualquer, mas com sofrimento humano, com relações perversas de trabalho. Esses profissionais são aqueles que, muitas vezes, ouvirão as minúcias de casos de assédio

moral, de racismo institucional, de assédio sexual, de perseguições variadas no ambiente de trabalho, entre outras. No entanto, não depende deles estabelecer onexo causal/concausal entre a doença e o trabalho, nem a decisão quanto ao tempo de afastamento. É o perito médico que detém soberania:

“(...) eu acho muito importante o papel do perito, porque ele é a ponta do negócio, porque é ele que vai dar, ele tem uma soberania frente a tudo de saúde que aquela pessoa vem passando, então acho muito importante (...)” (médica 14).

A fala acima é parte da entrevista da única médica entrevistada que teve uma formação prévia⁹⁴ antes de começar a trabalhar com perícias. Sua entrevista, sucinta, não revelou nenhum tipo de conflito ético, moral, nenhuma vulnerabilidade quanto às funções e escolhas profissionais, nenhuma questão afetiva. Ela acha fácil o trabalho, assim como acha fácil “desligar” o raciocínio clínico quando entra na perícia. Ressalva a importância de haver ‘muita medicina’ no trabalho pericial, e nesse ponto diz que o trabalho não é fácil como muitos pensam quando buscam a área de medicina do trabalho. Reconhece a existência de dúvidas, porém sua postura é convicta quanto aos códigos da perícia, ao que se espera de um perito, etc. Aqui também acho válido acrescentar a observação sobre como me senti fazendo sua entrevista e, a partir dessa reflexão, imaginar se com o periciado a coisa pode acontecer analogamente. Da mesma forma que me senti desconfortável com o médico perito que me concedeu a entrevista olhando para a tela do computador, também me senti desconfortável com essa profissional, pela impaciência com que respondeu a algumas perguntas. De fato, a perita não queria mostrar nenhum tipo de insegurança, diferente de outros tantos peritos que externaram suas dificuldades. A entrevistada parecia ter erigido uma barreira entre ela e eu, e não consegui desenvolver algumas de suas lacônicas respostas. Quando fiz a pergunta sobre a percepção que tinha sobre seu trabalho, ela demorou a responder não por ficar pensativa acerca do que lhe era indagado, mas por pedir esclarecimento sobre a pergunta mais de uma vez, de forma impaciente. Não há problema de o entrevistado não entender a pergunta ou estranhar algo que lhe é dito (o que aconteceu diversas vezes, por sinal), mas a maneira como essa médica reagiu foi diferente. Havia, realmente, um tom de rispidez em seu não entendimento quanto à questão. Senti-me acuada, pressionada, querendo acabar a entrevista e sair logo dali. É claro que esse pequeno exemplo não tem como dizer como são todas as avaliações periciais conduzidas por essa médica, nem muitas delas, e que a forma ríspida ou

⁹⁴ Lembrando que sua formação não é especificamente em perícia, mas em medicina do trabalho, que dialoga com o trabalho voltado para a avaliação pericial e com outras atribuições que o médico do SIASS deve assumir.

impaciente com que alguém retruca algo que o outro falou pode se relacionar ao afeto que lhe foi despertado. Não há como saber as razões para a rispidez dessa perita em particular, mas a especulação sobre como se sente um periciado que está sendo avaliado por essa profissional não pode ser deixada de lado. Para completar, ela pertence à instituição que não possui profissionais de saúde não-médicos diretamente nas perícias. Sabe que há orientação para que eles sejam parte da equipe, mas diz claramente não sentir falta. Essa escolha administrativa não precisa de trechos ilustrativos da hegemonia da medicina no SIASS dessa instituição em particular.

5.7. “Eu já periciei um cara armado. (...) fiquei com medo”: Tensões interpessoais e institucionais

Um dos eixos temáticos constituídos na análise do material empírico foi o denominado de ‘Tensões interpessoais e institucionais’, que tem alguns pontos de contato com o eixo ‘Desconforto, conflitos afetivo e ético e aspectos negativos’, mas que decidi deixar separado por incluir, em geral, aspectos conflituosos que necessariamente envolvam interações, sejam elas com o servidor em perícia, seja com a instituição, seja com o médico que assiste o trabalhador. Esse eixo também possui a categoria ‘conflitos interpessoais na perícia’, que também pertence a outro eixo temático. Como se pode perceber, também aqui algumas unidades de sentido e eixos aos quais pertencem dialogam muito estreitamente uns com os outros, sendo às vezes complexa a tarefa de selecionar os trechos das falas dos entrevistados. Por isso, nesta seção, também não analisaremos separadamente algumas categorias. Vale observar a tabela 6:

Tabela 9 - Tensões Interpessoais e Institucionais

	AS	M	O	P	F
Pressão sobre o perito médico	1	14		1	
Conflitos interpessoais na perícia		25		1	
Divergência com o médico assistente		14		4	
Relação perito/servidor		31	3		
onflito do perito com a instituição		3			

Relação com a equipe assistente	2	1	1
Pressão sobre o psicólogo			1
Produtivismo na perícia	3		
Agressão	3		
Coação	3		
Ameaça	3		

Fonte: PIZZINGA, 2020

As categorias que mais chamam atenção na tabela cima são a de ‘relação perito/servidor’, a de ‘conflitos interpessoais na perícia’ e a de ‘divergência com o médico assistente’. Essa última categoria não produz um tensionamento concreto, na medida em que o médico assistente não está presente, no entanto não deixa de ser uma tensão posta, na medida em que o médico assistente é um profissional supostamente situado no mesmo patamar do perito, em termos de conhecimento, mas cujo saber é questionado.

A categoria ‘relação perito/servidor’ se refere, em geral, ou a percalços nesse relacionamento, ou a aspectos de distanciamento afetivo/emocional a ser cultivado pelo perito face ao servidor avaliado. A primeira citação que escolhemos dessa categoria traz mais do que a questão conflituosa na relação, e também se encaixa em outras categorizações, como aquelas que se referem à imparcialidade. No entanto, como ele aqui responde a uma pergunta feita a partir de algo que o entrevistado havia falado antes, sobre a agressividade que alguns servidores demonstram antes de qualquer contato prévio com o perito, e as referências que ele continua a fazer a isso, é interessante pensar nessa questão da tensão na interação pericial. Cabe recordar que o perito abaixo apresenta grande incômodo com a função pericial:

“Muito por olhar pra gente, perito, como a instituição. Então existe (...) um certo descarregar as frustrações, (...) as queixas na gente, (...) e aí às vezes a gente explica que nós estamos fazendo uma determinada tarefa, mas que nós não queremos tirar qualquer benefício, que a gente não lucra nada com qualquer não liberação de determinada vantagem, que nós só estamos tentando fazer ao rigor da lei, é isso o que eu falo da... da função administrativa que nós acabamos realizando... nós... nos baseamos em leis (...) o tempo inteiro, então isso realmente afasta muito a gente dessa situação do cuidar. Aqui também a gente às vezes fala que a gente não está cuidando, (...) a gente tenta minimamente acolher, acolher o problema, acolher a situação, mas além disso a gente não pode cuidar, que se a gente cuida, a gente tá sendo médico assistente, e se a gente tá sendo médico assistente, a gente não pode periciar, então é quase como se a gente não pudesse criar um vínculo

mais intenso com esse paciente, porque senão atrapalharia essa visão da perícia, que a visão da perícia tem que ser uma visão imparcial” (médico 5).

Aqui salienta-se como o entrevistado repete, quase que para si mesmo, a fórmula da perícia, isto é, o médico perito não cuida, quem cuida é o médico assistente, se for cuidar, não poderá fazer perícia, a perícia requer uma visão imparcial e o perito trabalha ao rigor da lei. No entanto, essa é uma equação que parece nem sempre fechar, pois a lei não abrange tudo, e o afastamento “dessa situação do cuidar” não parece uma injunção natural para a formação em medicina. Há um afastamento dos princípios básicos da medicina caso o perito abrace com força o passo-a-passo pericial. E nisso se vê às voltas com agressões por parte dos trabalhadores. Sobre agressões, abaixo outro entrevistado oferece outro relato:

“É, porque (...) o resultado de uma perícia, ele vai ser muitas vezes questionado pelo solicitante. É diferente da prática médica, que... a pessoa tá vulnerável, ela tem realmente uma doença e ela tá ali pra se tratar, não é pra ser periciada, e aí você vai dizer “olha, você vai ter que fazer uma quimioterapia” e a pessoa não vai dizer que não quer fazer a quimioterapia, às vezes ela não quer por uma série de outras questões até inconscientes, mas no final ela vai acabar fazendo porque seria quase uma questão de vida ou morte, então... assim, você tem mais autonomia eu acho, eu sinto essa diferença assim... (...) na perícia tem mais questionamento, tem mais reclamação, tem mais, às vezes, indisposição (...) que eu não via na prática assistencial” (médico 11).

Neste trecho, um ponto que chama atenção é a parte em que o perito claramente desconfia do periciado, sem dizê-lo com todas as letras: a pessoa atendida no que chama de “prática médica” é diferente porque, diferente do “solicitante”, “ela tem realmente uma doença”. A desconfiança face à legitimidade do adoecimento do trabalhador é um pressuposto. Por outro lado, essa fala separa a perícia da prática médica, o que mostra que a perícia, tal como realizada, tal como concebida no SIASS não é considerada como sendo prática médica. E a forma como o entrevistado se dirige ao servidor periciado, isto é, o fato de ele usar o termo ‘solicitante’, algo incomum nas entrevistas feitas, parece ser uma forma de ele situar esse personagem difícil de definir no campo da querela administrativa ou judicial mesmo. Não é nem um paciente que precisa de “prática médica”, nem um servidor ou trabalhador, que pode ter adoecido no trabalho, por exemplo. Sua figura é reduzida àquela que faz uma solicitação, e que vai se “indispor”, que vai “questionar”, já que não está

“vulnerável” como uma pessoa que estaria realmente doente. O mesmo entrevistado diz, mais à frente, sobre suas dificuldades nas atividades de perícia:

“(...) o que eu tive dificuldade foi de lidar justamente com essa questão da contrariedade... de... de me colocar numa posição que poderia ser um... direcionamento do ódio de uma outra pessoa...” (médico 11).

A fala desse entrevistado é constantemente atravessada pelas questões referentes aos conflitos interpessoais, aos desajustes, às discordâncias. Ele fala como vai se adaptando, ao longo do tempo, a lidar com isso, e volta e meia se questiona sobre sua realização pessoal na atividade pericial. Ora aponta que gosta do trabalho, mas os motivos que dá têm a ver mais com as condições do trabalho ou com os benefícios de ser servidor público, ora fala de sua vontade de mudar, de momentos em que cogitou pedir exoneração, que quase o fez. No momento, espera uma redistribuição que o lotaria em um serviço de assistência. E, neste último trecho, escolhe palavras fortes para falar desse desconforto, afinal, ao ouvi-lo e depois ler e reler esse pequeno excerto, sente-se um certo impacto ao pensar no perito enquanto o alvo “do ódio de uma outra pessoa”. E, no caso dele, há algumas observações que faz sobre os servidores que trabalham no mesmo lugar, aqueles com os quais terá de conviver ou encontrar até se aposentar, caso se aposente nesse mesmo lugar, encontros esses carregados de constrangimento, por ele ter negado algo a esses servidores em perícias.

Esse mesmo médico relata uma experiência difícil em que se percebe que ficou refém de uma situação que, de fato, não deveria acontecer:

“Eu já periciei um cara armado. (...) Ele era policial. Não sei se ele era civil ou se era do Estado, qual era a esfera dele, mas ele era um servidor daqui que tinha um outro vínculo com a polícia. Então ele veio armado. Eu tava sozinho, fiquei com medo. Não neguei a perícia. Se ele me pedisse dois anos de licença, confesso a você que eu daria” (médico 11).

No exemplo acima, a relação de forças se inverte bruscamente e assimetria entre perito e periciado, abordada em falas de peritos desta pesquisa dá lugar a uma outra, em que o periciado, tacitamente, pelo fato de ter uma arma na cintura à vista do perito, representar uma clara ameaça ao perito, que experimenta medo e que, obviamente, não iria negar o pedido mais absurdo, caso fosse feito. De fato, se algumas agressões acontecem, seja por quais motivos forem, não é impossível que uma arma seja utilizada. E quem pode controlar a entrada de um servidor armado no consultório médico?

Apesar de serem os mais citados nesta amostra, não há apenas conflitos com os periciados, mas também com a própria instituição, como mostra o relato abaixo:

“Outra questão também que vem acontecendo nas instituições e acontece na nossa instituição é que (...) as pessoas começaram a ter uma noção maior dos próprios direitos em saúde do trabalhador, em parte porque nossa equipe chegou e a gente começou a fazer uma educação e promoção em saúde do trabalhador, e quando a gente começou a conceder os benefícios que estão previstos em lei, a gente teve um... a administração pública começou a achar ruim essa questão porque a gente concedia, o servidor tinha direito, tá na lei que ele tem o direito, mas a administração pública... (...) a gente concedeu o benefício mas ela não quer também ter que intermediar esse benefício e colocar as regras desses benefícios ali pra cumprir... ela quer que nós sejamos duros, mas aí quando chega na parte de ela ser dura, não, ela quer... (risos)... ela quer que quem seja duro somos nós e não... não ela intermediando a situação, acho que é isso (...)” (médica 15).

A relevância do recorte acima reside em evidenciar como os médicos peritos sofrem pressão por parte da gestão, aqui chamada de “Administração Pública”. Ao apontar que essa instância quer que os peritos “sejam duros”, temos mais uma evidência, na fala dos entrevistados, de que a maneira como se encara a perícia é a de braço da gestão, no sentido de não permitir certos benefícios aos servidores, mesmo que estejam dentro da lei. Apresenta-se, desse modo, bastante questionável a ideia de que o trabalho do perito é cumprir a lei a rigor. Se houver algum tipo de pressão da gestão – e às vezes há – outras variáveis podem atravessar o juízo do perito.

A categoria do ‘produtivismo na perícia’ aparece pouco, mas é interessante por mostrar o quanto esse tipo de pressão, se se torna mais arraigada, atrai a perícia para a esfera da atividade gestora e impede outros trabalhos que considerariam o sofrimento no trabalho. A médica abaixo fala sobre isso:

“(...) eu tenho colegas que trabalham no INSS, e esses colegas veem só a questão do número e as metas que eles impõem, né... eles, eu digo o governo... né, impõe... a gente ainda não tem isso... a gente tem a questão da meta mas não é muito clara (...) eu acho que... nesse ponto... dá a gente, subsídio, dá tempo, principalmente, da gente... e pela proximidade, principalmente, quando a gente faz perícia (...) da instituição nossa... dá tempo de a gente ver é... o que que dentro daquele serviço pode estar causando o agravamento...” (médica 10 – grifo nosso).

As metas já existem, segundo a entrevistada, mas não de forma tão clara quanto tem notícia em relação ao INSS. Como ela diz e busquei grifar, “ainda” não se tem o imperativo das metas em sua experiência pericial (talvez isso não se dê da mesma forma em outras instituições). E as metas são incompatíveis com um tipo de trabalho que levará em conta algo que demanda tempo e que se refere a causas de adoecimento, principalmente no que se refere às perícias e casos que se referem à própria instituição do perito. Os acordos técnicos acabam sendo, como já se mencionou, um fator que impossibilita esse tipo de trabalho, pois o perito não sairá de sua instituição para averiguar ou tentar compreender o que está acontecendo em outra instituição. O estabelecimento de acordos de cooperação técnica é, portanto, inversamente proporcional à possibilidade de um trabalho preocupado com os processos de saúde-doença no trabalho.

A fala abaixo também aponta a exigência de produtividade na perícia e o quanto isso pode adoecer o próprio perito:

“(...) como é que o trabalho vai interferir no próprio tratamento... (...) será que ele, por não estar trabalhando, vai estar em casa e em casa tem uma pessoa que cuida dele, que dá os remédios na hora certa, né, e se ele vier trabalhar, ele vai começar a omitir dose, aí vai ter um surto e vai ter que entrar de licença de novo... então em 15 minutos não tem como você avaliar isso... eu acho que eu adoeceria... tem uma pressão de produtividade, eu acho que eu sairia...” (médico 11).

Esse entrevistado também está fazendo referência ao trabalho no INSS, estabelecendo uma diferença face ao SIASS. Aponta a quantidade de decisões e ponderações que o médico da perícia tem de fazer, o que já arranca a perícia de um lugar meramente de enquadramento legal, uma vez que a decisão quanto à alta, isto é, o retorno do servidor ao trabalho, especialmente nos casos de saúde mental, que é o exemplo que ele dá na fala acima, envolve muitos critérios. Uma perícia em quinze minutos, que satisfaria à lógica produtivista também nesse âmbito, impede, inclusive as decisões que não requerem incursões do médico a outros setores ou o pensamento acerca de como eles produzem doença. As discussões de caso e o trabalho interdisciplinar fica também impossibilitado, se a lógica produtivista se instalar com êxito nas perícias do SIASS.

Assim, como se pode constatar, há diversas dificuldades relacionais que se imiscuem no trabalho do perito, tornando-o às vezes difícil, às vezes desagradável, outras vezes gerador de insegurança no profissional, que se sente ameaçado ou coagido, com receio de uma agressão da qual não poderá fugir. Retomando o relato etnográfico feito em Congresso de

Perícia, um dos médicos peritos que me abordou, e que atua em uma cidade do Estado do Rio de Janeiro, mencionara duas agressões que havia sofrido: a de ser mordido e a de ter um computador atirado em sua direção. Não sabemos o que aconteceu para que isso ocorresse, mas fato é que, em outro momento, numa mesa em que se encontravam dois psiquiatras, ele foi a única pessoa que levantou uma série de questões que evidenciavam os conflitos e as incertezas, além das dúvidas, quanto ao trabalho. Pensar em quantidade de dias de afastamento, observar o número crescente de adoecimentos de professores na esfera da educação, testemunhar algo que vai muito mal e não saber o que fazer com isso era, claramente, um debate que ele buscava levantar, e que, de algum modo, foi silenciado por respostas vagas dos psiquiatras que compunham a mesa redonda. No entanto, conflitos, incertezas, dúvidas, incômodos atravessam o tempo todo as entrevistas realizadas nesta pesquisa, não parecendo haver um debate amplo sobre a perícia. Afirmações breves e inequívocas são feitas em manuais e livros-textos, mas todos os entrevistados, independente de serem peritos ou não, levantam questionamentos fundamentais, o que mostra que fazer perícia não é algo pacificado.

5.8. “Será que a gente não pode construir um outro espaço de perícia?”: Saúde do trabalhador

Durante a pesquisa e a escrita desta Tese, é possível dizer que as questões trazidas para discussão me mobilizaram bastante, no sentido de que conversar com médicos e odontólogos peritos, ouvir psicólogos, assistentes sociais e fisioterapeuta sobre seu trabalho com perícia estabelece uma ponte imediata com o meu próprio trabalho no SIASS. Ademais, acompanhar trabalhadores em grande sofrimento, com histórias de adoecimento psíquico severo, traz intensa mobilização afetiva. Ao longo de cinco anos, pude ouvir pessoas dizendo que iam pedir exoneração por causa de perseguições no ambiente de trabalho ou por terem sua função desrespeitada; outras passando mal só de terem de ir à instituição fazer perícia, com medo de encontrar a chefia ou os colegas após vivências reiteradas de assédio; outros ainda que iniciaram acompanhamento medicamentoso psiquiátrico devido às pressões no trabalho, sem nunca antes terem ido a um psiquiatra em suas vidas, entre muitos outros exemplos que poderiam ser citados mas cujos detalhes não poderiam ser esmiuçados. O acompanhamento de tais casos e o diálogo interdisciplinar que às vezes se estabelece fizeram com que eu fosse

construindo a ideia da possibilidade de um trabalho em perícia, no SIASS, que envolvesse necessariamente os princípios centrais que caracterizam o campo de Saúde do Trabalhador. Apesar de estranhar, desde o início, alguns dos apontamentos do Manual de Perícia, muito pouco preocupado com o sofrimento no trabalho e dando as mãos a uma visão gerencialista do adoecimento, comecei a pensar se seria possível essa outra configuração do fazer pericial. Indaguei-me, então, como poderia ser uma perícia nesse outro sentido. Certamente, não seria aquela das descrições do Manual do SIASS. Não seria, tampouco, como alguns dos trechos de entrevistas destacados nas seções precedentes. Assim como nos referimos à Saúde do Trabalhador como sendo um outro paradigma, absolutamente diverso da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional, a perícia que se norteasse por esse viés também partiria de um paradigma tão diverso que outro Manual teria de ser escrito, assim como outras teriam de ser as ideias-chave que guiarão os ritos próprios à perícia. Talvez essa forma de realizar a atividade pericial se aproximasse do que Jardim (2000) chamou de uma “clínica da perícia”, quando indaga “qual é o estatuto da clínica pericial ligada ao trabalho – conhecida como avaliação da capacidade laborativa” (op. cit., 2000, p. 112). Podemos pensar que talvez essa forma de fazer perícia aposte em uma aproximação maior da clínica, além de não estabelecer separações estanques entre o que se faz quando se faz perícia e o que se faz quando se faz clínica.

O que coloco em destaque aqui é a existência de um paradoxo próprio à perícia em saúde. Esse paradoxo diz respeito a um conflito de interesses entre os princípios da medicina e os princípios legais, o que admitimos que pode soar estranho. O médico – como outros profissionais de saúde – tem uma formação voltada para amenizar o sofrimento e a dor, e a lei deveria abranger esses aspectos. O que quero dizer é que, nos casos – inúmeros – em que o trabalhador apresenta sintomas ou queixas em que seria recomendável uma diminuição no ritmo ou nas horas trabalhadas, ou mesmo um afastamento das atividades laborais, como é o caso de tantas queixas de dor, mas cujo relato não se enquadra nas características legais que indicam a possibilidade desse tipo de direito, como deveria se posicionar o médico? Essa não é uma pergunta fácil, e a situação exemplificada tampouco é esporádica. Alguns dos entrevistados chegaram a mencionar situações em que a lei não abarca o que deveria abarcar e protege o que não requereria tanta proteção (um dos entrevistados cita os casos da hanseníase e da tuberculose, hoje em dia já bem controladas). A questão paradoxal que se impõe para o profissional da medicina carregando os trajes periciais é como assinar embaixo de algo que ele sabe que não seria correto, do ponto-de-vista terapêutico, que é legal mas não é legítimo, sendo ele o profissional que, se estivesse no consultório, talvez orientasse para que o servidor

– paciente, nesse outro contexto – fizesse algo diferente. Por que se assumem gestos opostos a depender do cenário em que se encontra o médico?

Esse paradoxo de medicina pericial (e de outras áreas de saúde que lidam com perícia) precisa ser mais debatido, no sentido de uma aproximação de uma prática que não burla a lei mas que não ocupa o lugar de ratificar algo contrário à sua própria formação. É claro que tratar-se-ia de uma reinvenção da perícia, uma vez que, como apontamos previamente a partir da cronologia do surgimento da perícia no Brasil, seu fundamento é legal, suas bases estão relacionadas à esfera jurídica, o ranço que reveste a concepção do que vem a ser a perícia é voltado à investigação, ao olhar policialesco.

O argumento em prol de uma perícia que incorpore os fundamentos da saúde do trabalhador deve-se ao fato de que, ao se aliar à gestão gerencialista e/ou neoliberal, não reduz a nocividade do trabalho e enxerga pouco o que pode estar trazendo malefícios na organização de trabalho. Reduzir a nocividade do trabalho deveria ser a preocupação de um profissional de saúde, esteja ou não investido da função pericial. De que se esquecem os profissionais de saúde quando se ocupam de ser detetives?

Assim, apesar de muito menos referências, por partes dos médicos e odontólogos peritos, a práticas e formas de se relacionar no ato pericial que sejam aproximadas do cerne teórico da Saúde do Trabalhador, encontramos algumas falas que indicam maneiras de trabalhar mais inclinadas a esse viés. Algumas dessas falas referem-se mais claramente à Saúde do Trabalhador e às suas ideias mais prementes, ao passo que outras referem-se a noções mais distantes. Isso parece evidenciar, de acordo com a amostra desta pesquisa, que apesar de não encontrarmos uma perícia nos moldes da Saúde do Trabalhador, há formas de conceber o trabalho pericial que ocorrem nas frinchas e frestas das diretivas de tônica mais gestora. Nessas falas, a perícia e o suporte à perícia mostram-se como uma força-tarefa que cuida do trabalhador e que o acompanha em seu mal-estar no trabalho. A tabela 7 traz as categorias relacionadas à Saúde do Trabalhador encontradas:

Tabela 10 - Saúde do Trabalhador

	AS	M	O	P	F
Trabalho em equipe	12	32	4	11	
Presença de diálogo	5	1		11	1
Relação da doença com o trabalho	5	13	6	13	
Escuta qualificada	2	2	3	4	

Ampliação do olhar na perícia	1	3	5	9
Empatia na perícia		7	3	1
Saúde do Trabalhador	3	5		3
Outra prática pericial	6			2
Reabilitação		1		3
Prevenção	3			1
Parceria Serviço Social/Psicologia	3			2
Motivação do afastamento			5	
Nexo causal/concausal				3
Função social da perícia	1	2		
Desconstrução do espaço institucionalizado do perito				1
Afastamento/sofrimento no trabalho			1	
Contribuição do serviço social/Saúde do Trabalhador	1			
Divisão de responsabilidade		1		

Fonte: PIZZINGA, 2020

Algumas escolhas na categorização referem-se à menção mais ou menos clara a determinados aspectos nas falas dos entrevistados. A categoria ‘saúde do trabalhador’ diz respeito à referência explícita à noção. Já as categorias de ‘relação do trabalho com a doença’ e ‘nexo causal/concausal’, apesar de poderem ser agrupadas em uma única categoria devido à sua proximidade conceitual, foram colocadas separadamente pelo fato de que, no caso da categoria ‘nexo causal/concausal’, o termo ter sido falado claramente, ao passo que, na outra categoria, encaixarem-se quaisquer níveis de reconhecimento dos aspectos do trabalho ligados à produção de doença.

As categorias que denotam uma prática pericial menos influenciada pelo furor da legislação, da justiça, da fiscalização são: “outra prática pericial”, “empatia na perícia”, “escuta qualificada”, “relação da doença com o trabalho”, “saúde do trabalhador”, “desconstrução do espaço institucionalizado do perito”, “motivação do afastamento”, “nexo causal/concausal” e “função social da perícia”. Analisando a categoria que denominamos “outra prática pericial”, alguns exemplos são interessantes:

“(…) eu acho que nossa equipe consegue... ter um acompanhamento... mais multiprofissional, a gente consegue discutir os casos, embora a gente possa aprimorar a qualidade de acompanhamento dos nossos servidores, acho que a gente tem muito a evoluir ainda, mas eu acho que a gente já teve muitos ganhos aqui e a gente já conseguiu trazer

muito mais qualidade de vida para alguns servidores que por vezes nem foram afastados mas a gente conseguiu fornecer, mesmo num ambiente de perícia, um ambiente terapêutico pro trabalho” (médica 15).

A perita responsável pela fala acima está há alguns anos trabalhando com perícia, tendo tido o primeiro contato com perícia na instituição para a qual fez o concurso público. A escolha por incluir essa fala na categoria ‘outra prática pericial’ é o fato de que, ao final, a médica entrevistada refere-se a um “ambiente terapêutico”, “mesmo num ambiente de perícia”, isto é, ainda que ela reconheça, tacitamente, que o ambiente pericial não é terapêutico, por definição, há uma espécie de transgressão, no bom sentido do termo, dessa ideia, já que a perícia pode se tornar, por vezes, um ambiente terapêutico. É possível estabelecer um vínculo entre essa ideia e aquela da clínica da perícia.

Outra fala mostra um outro aspecto da relação pericial:

“(…) a gente discutindo coisas que fogem da perícia, ela contava o drama dela, chorava, daqui a pouco a gente tava falando de outras... na verdade a gente tava falando de Foucault (risos) (...), daqui a pouco tava falando de uma obra de arte, falando dos filmes do Woody Allen, dos filmes do Almodovar, aí ela volta pra narrativa dela, que aí eu começo a fazer as perguntas e aí é um grande passeio, de ficar uma hora e meia... (...) e, claro, preservando algumas coisas, mas trazer essa proximidade...” (médico 6)

Essa fala foge bastante aquilo que se espera de uma avaliação pericial, que assume aparência de uma conversa e, ao final, o médico assinala a construção de uma proximidade, contrária ao que é preconizado pelos Manuais. Ele diz, em outro momento:

“(…) porque eu acho que... quer dizer, toda essa relação médico-paciente, embora não seja paciente, ela já é muito assimétrica, essa coisa do poder fica muito, mas acho que na perícia isso é muito evidenciado, então a possibilidade de ele se desarmar aqui comigo é muito pequena se eu não me desarmo com ele, então assim, vai chegar aqui já com medo, vai tentar ficar calado a maior parte do tempo, que ele não quer se prejudicar, e aí eu tô fazendo a análise dele o tempo inteiro, mas aí eu preciso me desarmar, porque aí quando ele vê, ‘ah, esse cara é diferente’, entendeu, e aí ele pode ser diferente também, e aí a gente jogar um jogo que é muito horizontal, ‘eu não tô aqui pra prejudicar o senhor, se o senhor tiver que de fato ficar um ano de licença, beleza, mas a questão é, vamos entender, precisa se entender (...)’ (médico 6).

No exemplo, o perito consegue reconhecer aquilo que pode ocasionar no periciado o comportamento desconfiado que muitas vezes é tido como algo inerente à relação e que pode ser atinente à assimetria de poder que está posta na relação de perícia. O médico não deixa de analisar o servidor que está à sua frente, ele não esquece o objetivo pericial que motivou o encontro, mas pôde se “desarmar”. Apesar de encontrarmos 6 citações categorizadas como ‘outra prática pericial’, todas elas vêm de apenas dois médicos. Uma das psicólogas entrevistadas também aponta algo nesse sentido:

“Um outro ponto que já aconteceu é questionar (...) com os próprios médicos a postura que eles estão tendo com um determinado caso, né, que eu acho que é outra possibilidade quando você tem uma outra expertise, (...) que eu acho que o médico fica muito enrijecido, né, ele é o médico perito, então ele tem uma função muito determinada, mas a gente já conseguiu até fazer reuniões pra tematizar, “será que o perito precisa ser assim?”, “será que a gente não pode construir um outro espaço de perícia, assim”, porque pros próprios médicos é difícil, né, não é uma coisa assim que eles gostem, que eles se sintam à vontade de fazer... (...) eu acho que o psicólogo tem essa possibilidade de atuação também, né, abrir espaço com os próprios profissionais, como é que é a lida deles, se precisa ser desse modo, será que a gente não pode pensar em outros encaminhamentos da perícia (...)” (psicóloga 1).

A psicóloga acima levanta um ponto importante, que é o próprio questionamento, junto aos peritos, de sua forma de atuar, por ela identificada como “enrijecida” e “muito determinada”. Ao mesmo tempo, ela também é capaz de perceber que o perito não fica à vontade de atuar dessa forma, que a assunção do lugar de perito não é algo que necessariamente gostem. Ela não sabe definir claramente o que seria esse “outro espaço de perícia”, que motivou a nomeação da categoria como “outra prática pericial”, mas, apesar disso, está buscando pensar algo diferente. Na sequência, quando pergunto sobre esse outro espaço de perícia, ela diz:

(Suspira). Eu acho que isso é um coisa que a gente tá tentando descobrir. Mas... é... não precisaria ser nesse... ter um viés de imposição de retorno ao trabalho, por exemplo, você tá servindo à instituição, mas calma, né, tem uma outra pessoa ali daquele lado, você na sua prática médica age assim normalmente?, então poder colocar pra ele que ele não precisa tomar pra si a função de tornar o servidor funcional novamente, sabe? Então eu não sei se tem uma forma específica pra essa outra perícia se dar, mas é muito mais uma

desconstrução do espaço de perito que... que costuma estar institucionalizado (psicóloga 1).

Como se pode ler, a psicóloga não sabe exatamente como essa perícia poderia ser se assumisse outra forma, mas sabe o que ela não precisa ser, e que seria justamente a “imposição do retorno ao trabalho” ou a necessidade de “tornar o servidor funcional”. Nesse pequeno trecho, a entrevistada faz referência ao fato de que a perícia está ali para servir à instituição (ou seja, não é uma mediação, não é uma interface, como alguns entrevistados descrevem) e questiona sobre o modo de tratar o servidor, em comparação a um paciente do consultório particular do médico, indicando, finalmente, que há um caráter impositivo – e nesse sentido autoritário – na função pericial. Logo, sua função, enquanto psicóloga que compõe a equipe multidisciplinar, parece ser a de suavizar essas características e apontar para outra forma de agir, lutar contra as forças instituídas e funcionar enquanto força instituinte em um espaço que está tomado por concepções e princípios altamente institucionalizados, em que as exceções se tornam exemplos paradigmáticos (a fraude do trabalhador é mais comentada do que o desgaste emocional no trabalho, mas certamente não é o fenômeno mais frequente).

No que diz respeito à categoria de ‘saúde do trabalhador’ propriamente dita, encontramos a seguinte fala de uma das assistentes sociais, ao buscar responder a pergunta que se voltava para sua concepção do que seria seu trabalho juntos aos médicos:

“(...) eu acho que a gente tem uma função de trabalhar em equipe... pra pensar a saúde do trabalhador, sabe, embora eu ache que seja um pouco difícil porque às vezes a gente acaba, como eu te falei, na rotina, acaba que muitas vezes eles [os médicos peritos] ficam presos na rotina deles de atendimento, que é bastante, né, e às vezes a gente não consegue pensar tanto na saúde, assim, como um todo, pensar em equipe, em planejamento” (assistente social 1).

O excerto destacado levanta outra questão: se há um número muito grande de perícias a serem feitas, o trabalho mais planejado, em conjunto e em equipe, é impossibilitado.

Os médicos também se referem em alguns momentos à Saúde do Trabalhador:

“(...) mas eu acho que a parte do acolhimento e um momento de estar promovendo a saúde do trabalhador que a gente encontra, realmente traz um sentido a mais” (médica 15).

Vale sinalizar que essa fala vem no final da resposta dada à pergunta sobre se encontrava sentido em fazer perícia. Ainda que não seja uma resposta fácil e que, neste caso em particular, tenha suscitado uma digressão ampla, que ia e voltava, cautelosa em afirmar

que, ao lado dos casos complexos, há variados outros casos em que não há necessidade de uma perícia médica, a entrevistada consegue dizer que é a saúde do trabalhador e o acolhimento o que realmente conferem sentido a esse trabalho. Na sequência, após uma rápida interrupção na entrevista, ela desenvolve:

Então acho que é isso, os casos mais complexos acabam dando um sentido maior pra perícia e os casos mais relacionados à saúde do trabalhador também dão um respaldo maior pra perícia, mas o que às vezes a gente sente é que a gente quer promover e a gente não tem um... um... ah, não tem uma contrapartida da instituição, porque aí fica por um lado a gente que quer promover a saúde do trabalhador, mas ele tá inserido num meio de Trabalho que precisa ser modificado (médica 15).

Na continuação de sua explicação, a entrevistada aponta claramente os limites do trabalho em Saúde do Trabalhador, o reconhecimento de que o meio de trabalho demanda modificação, e que a instituição, por fim, não dá subsídios a esse tipo de trabalho.

Das cinco menções à saúde do trabalhador, entre os médicos entrevistados, quatro delas pertencem aos dois médicos cujas falas já foram examinadas no que tange à categoria ‘outra prática pericial’. São os mesmos profissionais que falam sobre ambas as temáticas. A quinta fala é de um médico para dizer de sua preferência quanto ao trabalho nas perícias médicas, em comparação com o da Saúde do Trabalhador:

“(...) fiz o concurso daqui, da instituição, mas até então não tinha vaga definida, eu fui lotado na saúde do trabalhador aqui ao lado e aí depois surgiu a o oportunidade de vir pra cá, que pra mim é mais interessante estar na perícia do que na saúde do trabalhador” (médico 7).

Os psicólogos (não todos) também falam diretamente da saúde do trabalhador:

“(...) a coisa mais difícil que a gente tem, na minha opinião, é fazer essa perícia no âmbito da saúde do trabalhador, mesmo, assim, com viés paradigmático, epistemológico da saúde do trabalhador, né. É muito difícil, assim, porque, é muito fácil a gente cair no... pra mim, até como psicólogo, eu conheço psicopatologia, conheço bem psicopatologia, então, chega lá, usa a CID 10, o DSM5 pra poder classificar, é o mais fácil. É mais cômodo, tem uma carga psíquica menor, mas é mais fácil, porque realmente você entrar no ambiente de trabalho, você começa a se sujeitar a uma série de riscos... risco de sofrer você mesmo o assédio, risco de você ser malvisto, risco... você começa (...) a publicizar o seu ato de uma maneira distinta, né... (...)”

Agora, no momento que você sai do espaço fechado da perícia e você vai pra promoção, (...) você vai ter outros problemas, mas no âmbito pericial existem vários também, se você pensar, a dificuldade do manejo de vários casos, o risco até de agressão, da pessoa ficar insatisfeita com o seu... com o seu laudo, de você não ter concedido alguma coisa, né, então existem n casos difíceis nesse âmbito também, né (...)" (psicólogo 3).

Acima, o trabalho pericial a partir do viés da Saúde do Trabalhador, como aponta o profissional, é algo que gera uma dificuldade maior, sobretudo de exposição do perito ou do psicólogo (nesse caso), na medida em que não ficarão restritos ao consultório onde se faz a avaliação, mas, na visão dele, terão de promover ações, circular pelo ambiente de trabalho, entre outros movimentos que podem suscitar incômodo.

Mas é a categoria 'relação da doença com o trabalho' aquela que parece trazer mais aspectos relacionados, com maior ou menor vigor, à Saúde do Trabalhador.

"(...) e aí vem as observações... às vezes a gente observa que, em determinado setor, tem algum... aumento de... de pessoas doentes e tudo mais... então a gente vai no setor pra ver o que que tá acontecendo e ver o que pode ser modificado... eu não falo só do médico, né, é equipe multi... na maioria das vezes a gente não tem importância... eu falo importância porque a intervenção, às vezes, não é do médico em si, às vezes é de uma equipe... da equipe multi... esse pra mim eu acho que é o diferencial principal (...)" (médica 10).

Essa fala evidencia, de certo modo, que a médica perita reconhece o trabalho como algo que se faz principalmente em equipe. Ela vê a importância do trabalho multidisciplinar e o encara como sendo um diferencial. Trata-se de médica que, atualmente, tem passado cada vez mais a gostar do trabalho com perícias, mencionando, durante a entrevista, a ausência de formação como uma falha. Essa mesma médica continua, quando indagada acerca da utilidade que vê na atividade de perícia:

"(...) o que eu acho principal é a questão do processo do adoecer no trabalho... na verdade, o entendimento do processo do adoecer no trabalho... muitas das vezes eu digo que metade dos agravos que a gente avalia aqui têm relação direta com o trabalho, com relações de trabalho, ou físicas, ou com relações psíquicas de trabalho, (...) eu sempre falo que, se der, que é o mais difícil, é tentar ver se essas relações podem mudar, é o principal, pra mim, desse meu trabalho. Não é o processo do julgamento só. É o além disso. É isso o que me

fez gostar. Muito provavelmente se eu fosse do INSS eu ia detestar meu trabalho (...)" (médica 10).

Apesar de citar a tarefa de "julgamento", afinal, essa indicação está presente em muitos manuais e livros-textos, o que a faz gostar do fazer pericial é poder atuar na tentativa de mudança das relações de trabalho que produzem doença.

Já o trecho abaixo, ao remontar à relação de adoecimento e problemas institucionais, levanta outro aspecto:

"(...) mas agora isso eu tenho percebido muito no X (...) que as pessoas estão com n questões dentro do seu ambiente de trabalho, não necessariamente relacionadas à saúde, relacionadas às relações interpessoais, relacionadas mesmo à conjuntura da instituição, elas começam de alguma forma a adoecer, às vezes não necessariamente com um diagnóstico, mas com um processo de adoecimento e sofrimento ali envolvido, e se cria uma expectativa de que a perícia vai resolver ali o problema, (...) as pessoas criem expectativas em relação ao nosso trabalho e nem sempre a gente consegue atender" (Médica 3. X é o nome da instituição à qual pertence).

Evidencia-se, aqui, o quanto um processo político específico de uma instituição, relacionado à conjuntura macropolítica do país, pode afetar intensamente os servidores da instituição. Esse exemplo da categoria 'relação da doença com o trabalho' está associada à saúde do trabalhador pelo fato de que há um reconhecimento claro do quão forte pode ser a produção de adoecimento como resultado de ações políticas, não havendo, necessariamente, um diagnóstico que corresponda àquele sofrimento, como a entrevistada aponta. O trecho acima corresponde a um momento final da entrevista, em que a entrevistada é indagada acerca de ver sentido em seu trabalho como perita e ela nega, embora já tenha gostado mais. De fato, atravessamentos internos e externos têm contribuído para tornar mais penoso o trabalho do médico perito, pois ele percebe que não há o que fazer e que a perícia acaba por se transformar em um lugar de panaceia que, entretanto, não funciona. Sua fala expressa grande angústia e, na sequência, ela diz:

"(...) e aí não consegue se falar com ninguém, os processos estão parados, então as pessoas estão surtando, com toda razão, e estão adoecendo porque elas têm uma doença psiquiátrica de base? Não, é uma questão totalmente social, é uma maluquice o que a gente tá vivendo aqui, só que aí as pessoas começam a criar na gente expectativas que a gente não resolve. Por quê? Ah, tá muito estressante, vou tirar 30 dias de licença, mas às vezes não dá pra

justificar 30 dias de licença, (...) vou pedir pra ser removido, mas às vezes não dá pra gente justificar, entendeu, eu fico com pena, eu entendo, mas não dá, (...) porque eu acho que as pessoas estão colocando na gente um papel que não é o nosso papel, que é um papel às vezes de resolutor mesmo, você tem que resolver os problemas que (...) outras instâncias não resolvem, e eu fico assim, qual é o meu papel aqui? Eu não sei. Pra que que serve o que eu estou fazendo? Não sei. (...)" (médica 3).

O recorte acima remonta, em parte, ao da odontóloga que percebe queixas que não procedem mas que busca entender a motivação dessas queixas, vendo que há uma necessidade de afastamento relativa à existência de algum tipo de sofrimento, embora não seja necessariamente aquele pelo qual o servidor pleiteia. De igual modo, a entrevistada consegue perceber que há uma dinâmica adoecedora na instituição, que os processos estão parados e ninguém os resolve, levando as pessoas a “surtarem”, no sentido de viverem um sofrimento tão grande que acabam por fazer qualquer coisa que alivie o sofrimento de estar na instituição, tentando licenças que não têm subsídio legal para acontecerem. Aqui a perita expressa seu extremo desconforto: ela sofre a pressão dos servidores ao mesmo tempo que entende que eles estejam em sofrimento. Ela percebe que não há o que fazer e, diante disso tudo, encontra-se confusa, sem saber qual é o seu papel. Em síntese, a situação um tanto quanto enlouquecedora da instituição, no momento em que a entrevista é concedida, faz com que a entrevistada já não saiba tão bem os limites de seu trabalho ou, ao menos, se questione quanto a isso.

Encontramos também algumas referências à sensação de impotência e a de estar “enxugando gelo”, sendo algumas delas referidas ao vínculo entre o adoecer e a aspectos da estrutura institucional e da organização do trabalho:

“(...) mas de uma forma... mais geral, mais ampla... é um trabalho que às vezes dá a sensação de que você tá enxugando gelo, sabe? Você vê... eu pelo menos tenha essa percepção, né... muitos adoecimentos, eles se dão pela própria estrutura institucional, e quais são as possibilidades de atuação pra repensar a estrutura institucional? Isso é uma coisa que a gente tá batendo cabeça pra tentar abrir espaços de tematização, abrir outras condutas, eu e a assistente social, no caso, a gente tem ido em alguns campus pra poder conversar com direção, conversar com chefia, pra poder entender o que que tá acontecendo naquela situação, pra tentar entender o que tá sendo feito naquela situação, então... mas tudo isso é uma tentativa que ainda é muito incipiente... (...) então você fica pensando, como que a gente pode, além de enxugar gelo, fazer um trabalho preventivo, também, né?

Essa parte é mais difícil... é mais difícil você sentir que tá fazendo alguma coisa...” (psicóloga 1).

A psicóloga identifica que as idas aos *campi*, as conversas com algumas chefias, são ainda irrisórias perto do que há para ser modificado. Essa parte de seu trabalho diz respeito àquilo que se espera numa atuação em Saúde do Trabalhador, mas essa atuação parece mais uma utopia a que se persegue continuamente do que uma realidade efetiva.

Já sobre assédio no ambiente de trabalho, reproduzimos a resposta da odontóloga perita quando perguntada sobre questões que não são tão claras e que poderiam ser caso houvesse uma forma de trabalho, com mais diálogo, respeitando-se o sigilo, dentro do SIASS. Essas “questões que não são tão claras” seriam:

“Por exemplo, manifestações sistêmicas associadas a desordens emocionais também ligadas a assédio no ambiente de trabalho” (...) (odontóloga 1).

Ao se referir a ‘manifestações sistêmicas’, a entrevistada consegue ter uma visão global do servidor, no que diz respeito aos processos de saúde-doença no trabalho e as queixas levadas para avaliação pericial. Aqui, o que mais salta aos olhos é que se trata de uma odontóloga falando. Ela consegue perceber e ter contato com casos que dizem respeito ao adoecimento vinculado a problemas institucionais, apesar de sua área de atuação restringir-se à área bucomaxilofacial. Essa entrevista me surpreendeu também pela razão de que, no projeto original, eu não pensava em incluir os odontólogos para serem entrevistadas, ainda que sejam peritos tanto quanto os médicos. Inicialmente, achei que seria tão específico o campo de atuação do odontólogo na perícia, que não achei possível que houvesse nenhuma fala que se voltasse para temáticas vinculadas a trabalho, sofrimento, entre outras. Mas algumas das críticas levantadas, por exemplo, foram exclusivas de profissionais oriundos da odontologia. A mesma odontóloga diz:

“(...) fico pensando como é a perícia médica porque são tantas questões tão sérias que mexem com a vida da pessoa, (...) dos familiares, deve ser um negócio muito desgastante. Acho que a pessoa que tem (risos) um mínimo de sentimento não é possível que a pessoa não se envolva com as questões... não vai se deixar vencer pelas questões, mas há que se ter um olhar acolhedor (...), um olhar ético dentro da legalidade, mas acolhedor. As pessoas, elas querem ser ouvidas. Não adianta (...) a gente ouvir a pessoa por 2 horas sobre questão administrativa que não tenha... acho que você compreende...

que não tenha ligação direta com a queixa que está naquele atestado...” (odontóloga 1).

A passagem acima é importante por relacionar claramente a queixa trazida pelo servidor com uma “questão administrativa”, ela também toca em pontos cruciais do receituário pericial, já debatidos longamente nesta Tese. Assim, ela une o olhar legal ao acolhedor e admite a possibilidade de envolvimento do profissional da perícia com aquilo que está sendo relatado pelo periciado. E abarca tanto o envolvimento quanto a legalidade no que seria algo mais amplo, tributário de uma ética em perícia. As pessoas querem ser ouvidas, ela lembra, e também na perícia, se for o caso. A odontóloga não se exime de fazê-lo, quando percebe que é necessário.

Por mais que possamos ter encontrado alguns exemplos de outras formas de fazer perícia, de interesse pela compreensão das causas do adoecimento, da inclusão da categoria trabalho na concepção dos processos de saúde-doença, do desconforto face à impotência de modificar situações mais amplas que causam sofrimento no servidor e menções às benesses do trabalho multidisciplinar, o que se percebe é a minoria de referências a isso e, quando acontecem, no caso dos peritos, são dadas pelos mesmos médicos. Percebemos quatro médicos que trazem reflexões mais voltadas para preocupações que não são estritamente médico-periciais. Mas, em seus discursos, também estão presentes algumas falas que resgatam o receituário pericial oficial. Entre os quatro psicólogos entrevistados, três se mostram também mais voltados às questões referentes à saúde do trabalhador. Um dentre esses três psicólogos tem um discurso parecido com muitos dos discursos médicos, embora um pouco mais atenuado. Fala de simulação, pensa em instrumentos psicológicos que possam ser validados e fidedignos no que tange à perícia, mas traz, ao lado disso, significativas contribuições acerca de nexos causais em saúde mental, de atuação mais completa do psicólogo (além de outros profissionais não médicos) junto à equipe de perícia. Um dos quatro psicólogos, porém, parece confortável em legitimar o trabalho feito pelos peritos, ao naturalizar as culturas pericial e assistencial como sendo diferentes e tentar tornar a primeira mais palatável ao trabalhador. Já entre os três odontólogos, uma nos concede importantes reflexões sobre a perícia como um todo, sem deixar de se aproximar de um diálogo maior com a Saúde do Trabalhador. E, entre os quatro assistentes sociais, todos estão mais voltados a essa temática. No caso do profissional de fisioterapia, talvez só o que chame atenção, em sua entrevista, seja a identificação de sua função como a de “readaptação e adequação do servidor ao posto de trabalho”.

5.9. “A gente funciona como um tradutor de culturas”: características da perícia

O último eixo ao qual faremos menção nesta análise é o que nomeamos de “Características da perícia”. Aqui, a categoria ‘relação perito/servidor’ também faz parte do eixo temático referente às Tensões Interpessoais e Institucionais, mas como a forma como essa relação é descrita, tanto no Manual, como pelos entrevistados, diz respeito ao que se considera que dê especificidade a essa forma de relação, também foi incluída neste eixo temático, com suas 34 menções, todas feitas por peritos (médicos e odontólogos). Além dessas, as categorias mais encontradas foram a de ‘ética na perícia’ (16 menções), ‘burocracia na perícia’ (11 menções) e ‘neutralidade/imparcialidade’ (10 menções). Outras categorias que envolvem a questão da neutralidade, da isenção e da imparcialidade também são encontradas, mas as mudanças na forma como são referidas fizeram com que fossem identificadas como diferentes categorias que dialogam estreitamente entre si.

Tabela 11 - Características da perícia

	AS	M	O	P	F
Relação perito/servidor		31	3		
Ética na perícia		6	6	4	
Burocracia na perícia		10	1		
Burocracia no serviço social	2				
Neutralidade/imparcialidade		9	1		
Perito diferente do médico		6			
Ato pericial/insuficiência de tempo		4		1	
Falta de neutralidade/isenção	2				
Insegurança jurídica		5			
Isenção na relação pericial		4			
Perícia como necessidade da cultura		5			
Distanciamento na relação pericial	1	2	1	1	
Limitação de atuação/acordos de cooperação			2		
Limitação do sistema			1		
Empatia e neutralidade/isenção	1	1			
Ciência		1			

Objetividade na perícia	2
Olhar clínico x Olhar de perito	2
Perícia fora da medicina	2
Perito não é árbitro/fiscal	1

Fonte: PIZZINGA, 2020

Nesta seção, analisaremos duas categorias que já trazem boas elucidacões acerca do eixo temático como um todo: ‘distanciamento na relação pericial’ e ‘isenção’. Não vemos sentido na separação de subseções para esta análise, na medida em que há poucas citações a ser mencionadas e são categorias que estão muito próximas umas das outras, sendo que seu agrupamento em apenas uma seção permite um diálogo maior entre elas.

Sobre o distanciamento, que traz poucas citações mas que todos os profissionais (salvo a fisioterapeuta) mencionam, uma das médicas, que já trabalhou com perícias em mais de um lugar e diz gostar da atividade, aponta o distanciamento como uma das diferenças entre o médico que trata e o médico que pericia:

“A assistência acho que você se envolve mais com o paciente, você vê o paciente como um todo, tal. A perícia já é uma coisa mais... distante... o perito é um médico que ele não opina sobre o tratamento, (...) é uma coisa mais distante. Você acompanha a pessoa, tal, mas é mais distante, você não se envolve tanto... Na assistência você se envolve mais (...)” (médica 4).

Além da insistência na distância do médico perito e no envolvimento maior do médico assistente, a entrevistada aponta que, na assistência, o paciente é visto “como um todo”. Ela não define melhor o que seria isso, mas, partindo-se da pressuposição de uma escuta mais apurada sobre aspectos mais amplos referentes ao paciente, cabe indagar por que a perícia não vê o periciado como um todo? E é justamente essa visão parcial, implícita na fala da médica, que a aproxima de uma prática que é braço da gestão. Outro médico, da mesma instituição da médica acima e que mostra certo desconforto em relação à perícia, caracterizando-a como “burocrática”, também aponta o distanciamento, acrescentando o não-aprofundamento como algo que faz parte da relação pericial:

“(…) é uma relação que eu acho que fica assim mais distante, de alguma maneira, ou em alguns contextos, é, eu acho que a relação assistencial, a meu ver, você se aprofunda mais do que uma relação pericial...” (médico 16).

Talvez se possa deduzir que na relação assistencial haja um aprofundamento maior devido ao acompanhamento, que costuma ser maior também. No entanto, não há como não pensar que, independente disso, está no mandato da perícia a característica de ser uma relação superficial. O distanciamento combina com o não-aprofundamento, é desejável. Se você se aprofunda nas questões do trabalhador, talvez você queira lutar mais por ele, talvez você enfim entenda o que causa seu sofrimento, talvez sua atuação passe a ser incompatível com o que a instituição, ou o Estado, ou a gestão esperam de você.

Já uma assistente social, sobre o distanciamento no seu trabalho específico de suporte à perícia, aponta:

“(...) na nossa área, pelo menos na minha formação, não é essa de distanciamento, o fato de eu entender, de eu ouvir, de eu ter uma empatia maior pelo outro não significa que eu vou... é, ah, por conta disso eu vou me influenciar ou não” (assistente social 4).

Em sua fala, não há uma mútua exclusão entre imparcialidade e empatia, conforme defendemos nesta pesquisa. Já um psicólogo entrevistado, que entende que sua função é a de “tradutor de culturas”, concebe que o distanciamento é, de fato, um requisito na avaliação pericial e que não se pode esperar algo diferente:

“(...) a gente funciona quase como um tradutor de culturas. A gente acolhe, mas a gente acolhe um servidor que já tá num momento de sofrimento e de tensão, e que tem uma cultura de passar por relações com médicos de assistência. A relação com médico da perícia, ela é outra. A relação com médico de assistência pressupõe parceria, proximidade... e a perícia, por ter esse lugar que tem que ser um médico e ao mesmo tempo ele tem que ter um processo de legitimação, ele tem que ter uma distância. (...) Então muitas vezes o papel da psicologia e do serviço social é até explicar porque nessa cultura do perito ele teoricamente ela é tão distante ou qual é a característica ou a função dessa perícia, enquanto um ato também legal (...)” (psicólogo 4).

Na fala acima, legitimação e distanciamento estão necessariamente unidos; localizada em outro pólo, a assistência, com a proximidade e a parceria. Logo, peritos e periciados jamais serão parceiros. A fala do psicólogo, portanto, sobrevoa esses pontos, mas, o que me parece mais curioso é a legitimação que a própria psicologia e o serviço social devem dar a esse *modus operandis*, segundo o entrevistado. Ora, por que o próprio médico não pode explicar a diferença de “culturas”, se é que de fato existe? Por que o psicólogo e o assistente social precisam traduzir para o periciado-estrangeiro aquela forma estranha pela qual o

médico perito está agindo e que ele nunca viu em seu país? Essa fala também traz uma reflexão que parte do pressuposto de que as culturas são mesmo diferentes. Se o periciado não pertence àquela cultura, ele estranhará, tal como um etnógrafo estranharia todos os rituais seguidos pelos peritos, toda a sua parafernália, toda a forma como uma avaliação é conduzida. Já os próprios peritos, imersos que estão naquela forma de se comportar, nos símbolos que os regem, nos instrumentos de que dispõem para fornecer combustível à engrenagem pericial, nem se perguntam (no geral) sobre o que estão fazendo. Em geral, os nativos de uma cultura não se questionam sobre os ritos nos quais estão imersos e que ajudam a perpetuar. O psicólogo seria então o informante nativo dessa cultura que tem características muito peculiares, porém com justificativas para que os ritos continuem acontecendo sem mudanças?

Ao distanciamento, une-se a isenção:

“(...) quando uma pessoa vai no médico, em geral, ela (...) vai tentar dizer o que ela tá sentido da forma mais fidedigna, sabe, mais próxima do que é... na maior parte das vezes (...). Na perícia, a maior parte das pessoas também faz isso, mas assim (...) Quando a pessoa vai numa perícia, a pessoa vai tentar supervalorizar os sintomas dela, não quer dizer que eles não existem, mas ela tá sendo ali avaliada por conta daquela doença, então ela acaba tentando supervalorizar (...) pra... ratificar aquilo ali que tá escrito por alguém... (...) a maior parte das pessoas é honesta e tá ali passando mal, tá doente mesmo, mas, assim, eu acho que existe essa variação (...). E a gente não consegue ter uma visão isenta. Eu acho difícil isso. Porque a gente não tem um preparo pra isso. Eu tenho um olhar clínico sobre uma perícia, e eu não deveria ter um olhar clínico, deveria ter um olhar... mais de perícia... (...)” (médica 17).

Essa médica faz uma clara diferença entre um olhar de perito e um olhar clínico, sendo que, no primeiro deles, a isenção é algo que lhe é inerente. A médica reconhece que não consegue alcançar a isenção que julga necessária, mas identifica o problema como sendo a falta de preparo, isto é, a ausência de formação para o trabalho com perícia. É importante notar que esta médica é uma das que mostra conflito com a função. Sua entrevista traz elementos de desconforto, de percepção de alguma insuficiência em sua prática. No entanto, muitos dos conceitos que usa são aqueles que saem sem modificação dos livros-texto sobre o que é adequado na perícia. Ela fala em alguns momentos de justiça, noutros de julgamento, além de citar a dor como uma problemática face à qual tem dificuldade de estabelecer juízo quando está avaliando alguém. De uma forma um pouco mais sofisticada do que a que encontramos no Manual, ela repete a ideia sobre a diferença da pessoa que vai ao médico se

tratar e daquela que vai ao médico passar por uma perícia. Em algum nível, mais ou menos conscientemente, a entrevistada aponta o componente da avaliação da perícia pode levar a um exagero dos sintomas relatados. Ela também concede que a maioria das pessoas está de fato doente e com sofrimento. Na sequência, pergunto se ela acredita que é possível ter um olhar mais isento, do qual sente falta. A resposta:

Acho que sim. Procurando dados mais objetivos de exames (...) ou, às vezes, conversando com o médico que assiste aquela pessoa, pra gente tentar ter um olhar um pouco menos tendencioso a só o que a pessoa traz pra gente de informação, porque tem coisas que são extremamente subjetivas, dor, por exemplo, é extremamente subjetivo. A pessoa me diz que ela tá com dor, eu não tenho como desacreditar, né, mas o médico que acompanha pode dizer, “olha, tem a dor, mas a vida funcional da pessoa é normal, ela faz tudo, ela vem sozinha, não precisa de ajudar”, então eu acho que dá pra tentar algumas coisas mais objetivas, sabe (...)” (médica 17).

Há uma busca constante de validação daquilo que é trazido pelo trabalhador. Mas nem tudo possui a validação objetiva que se espera. Aqui temos, tacitamente, a ideia de uma perícia baseada em evidências, em que os exames ou a fala do médico assistente sobre aquela queixa ganham o estatuto de evidência que prova e legitima um relato de dor e de sofrimento. O relato da dor é um dos exemplos que nem sempre vem acompanhado de um diagnóstico legitimado, gerando muitas dúvidas, parecendo ser justamente o momento em que se abre uma brecha na objetividade e que a suspeita do perito pode ser acionada. Esse pode vir a ser o caso das chamadas ‘síndromes funcionais’ (*functional somatic syndromes*), que incluem uma série de síndromes cujos sintomas não encontram suporte fisiológico ou físico que os justifiquem ou os tornem inteligíveis considerando-se a perspectiva de um raciocínio médico. Tais síndromes são exemplos de quadros recobertos por controvérsias, e cujas queixas e recalitrância fazem com que a literatura científica as associe, entre outras coisas, a situações de litígio e compensação financeira (Barsky & Borus, 1999). Como aponta Rosenberg (2002), é nesse sentido que o diagnóstico possui um papel central, sobretudo por ligar o individual ao sistema social, não deixando de ser um “evento burocrático” (op. cit., p. 255). A queixa individual, referente a uma experiência inacessível ao ouvinte, passa a parecer acessível na proporção em que se liga a um diagnóstico. Na fala acima, chama atenção também o fato de a médica dizer que, ao ouvir uma queixa de dor, ela “não tem como desacreditar”. E a pergunta que cabe levantar é: “por que desacreditar?”. A suspeita, a desconfiança, a expectativa de mentira estão sempre presentes e aparecem, vez ou outra, no discurso dos peritos.

Resgatando um pouco da experiência etnográfica que relatei na seção precedente, algumas referências à problemática da dor foram observadas. Numa delas, o apresentador ensina manobras que ajudam a descobrir se uma alegação de dor é fraude. Associa-se, imediatamente, alegação de dor à possibilidade de fraude, portanto. Em outra, o conferencista apresenta uma tecnologia inovadora – a termografia –, em que se poderá acessar a dor através da temperatura do local em que se acusa a presença do quadro doloroso, identificando as diferenças de temperatura corporal com cores. O conferencista menciona em alguns momentos algo como “seus problemas foram resolvidos” – não exatamente isso, mas algo que remete a essa ideia – ao conferir atributos objetivos para a constatação da dor. A dor torna-se “visível”, deixando de ser um sintoma e passando a ser um sinal. Aqui a perícia baseada em evidências se fortalece.

O exemplo da dor se une às queixas em saúde mental como áreas delicadas onde a legitimação da queixa avança com cautela por parte dos peritos e outros profissionais de saúde. Ela remonta às doenças que você deve lutar para ter (Dumit, 2006) ou às doenças sem explicação médica (Zorzaneli, 2011), em que a ausência de uma lesão, de exames que apontem marcadores biológicos, acaba por tornar mais dificultoso o reconhecimento da experiência ou do vínculo da experiência com o trabalho. Como aponta Rosenberg, o diagnóstico acaba sendo “uma chave para o repertório de senhas que provê acesso ao programa institucional que administra a medicina contemporânea” (op. cit., pp.256-257, tradução minha). Essa afirmativa carrega bastante acerto, se analisamos tanto os casos de dor quanto quaisquer outras queixas e alegações que são alvo de suspeita na perícia. Neste sentido, parece mais interessante ter uma doença grave, inequívoca, com vários comprometimentos e traduções nos exames do que ter um quadro menos grave, porém com alto teor incapacitante, que, no entanto, não preenche os requisitos dos diagnósticos existentes no cardápio nosológico ratificado pelo saber médico. Afinal, o diagnóstico de gravidade ao menos concede uma senha e, com a senha, possibilita-se o acesso. Ou, como afirma Safatle (2011), tem-se uma “gramática da doença”, que seria o “modo com que o saber transforma a doença em discurso pronto para ser lido e interpretado pelo olhar clínico” (Safatle, 2011, pp.11-12).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Se esta Tese se constituísse de um diário de campo das notícias e efetivas mudanças que vêm acontecendo no âmbito do trabalho e do serviço público federal desde 2016, um diário que se voltasse apenas para isso e para as repercussões de tais acontecimentos, as páginas do caderno que sediam o diário acabariam rapidamente e haveria muito conteúdo anotado. Entretanto esta Tese não é um diário e aquilo que poderia ser inscrito nesse hipotético caderno acabou por se inserir, em grande parte, nas notas de rodapé (mas não apenas) do texto, com notícias que, até o final da pesquisa, comunicavam-se intensamente com o que aqui era discutido.

Começo esta pesquisa em 2016, ano em que a Presidenta Dilma Rousseff sofre um processo de *impeachment* que tem sua primeira votação na Câmara dos Deputados em 17 de abril. Inicialmente assumiu a presidência, de forma interina, seu vice, Michel Temer, para enfim se estabelecer no cargo até 2018 e, nesse período de quase dois anos, dar impulso a reformas malquistas do ponto de vista de quem trabalha: previdência, reforma trabalhista, terceirização. Processos de mudanças na gestão do serviço público também começaram a acontecer, em um resgate insidioso de mudanças implementadas no governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-2001).

Em 2019, assume Jair Bolsonaro, governo que completa pouco mais de ano ao fim deste doutorado, e dá sequência às mudanças já iniciadas, porém com visível acirramento das propostas de cunho neoliberal: extinção do Ministério do Trabalho logo no sétimo dia de governo, aprovação da Reforma da Previdência, anúncio da Reforma Administrativa, extinção de dezenas de cargos públicos federais em diversos órgãos da APF, PEC emergencial em debate e que afeta diretamente os servidores públicos federais (com possibilidade de redução da jornada de trabalho do servidor com redução proporcional de sua remuneração), corte de verbas para a educação, ameaça de extinção de Normas Regulamentadoras que os empregadores devem observar nos postos de trabalho de suas empresas para reduzir os riscos, entre outras. Em quatro anos de pesquisa, houve 3 presidentes, um *impeachment* e diversas reformas na esfera do trabalho. O diário estaria bem preenchido, com algumas reviravoltas escritas com letra trêmula.

Ao pensar em estudar algumas características do trabalho em perícia no âmbito do SIASS, a partir de uma referencial teórico que discute sofrimento no trabalho, sentido do trabalho, determinantes sociais dos processos de saúde-doença, entre outros, havia um intuito

inicial de trazer uma contribuição, a partir de material empírico e discussão de textos normativos, acerca da atenção à saúde do servidor público federal, na esfera do Poder Executivo, a partir do recorte específico da atividade pericial. Isso significaria trazer à tona um debate que pudesse se voltar para o que os profissionais de saúde estão fazendo ao fazer perícia, como concebem seu trabalho, o que entendem por perícia, como se caracteriza a prática desses profissionais no âmbito do serviço público. Assim como o SIASS não foi o único sistema que embasou e direcionou as práticas de atenção à saúde no âmbito federal, originando-se em 2009 e substituindo o SISOSP, aperfeiçoando as propostas anteriores, acreditamos que o SIASS também pode ser sujeito a aperfeiçoamentos quando podemos estudar, identificar os problemas e debatê-los com calma. Desse modo, aquilo que se entende que não ajuda o servidor público, no que se refere à temática da saúde, pode ser repensado. E o debate que aqui se propunha dirigia-se a esse objetivo, uma vez que o SIASS abarca uma quantidade significativa de servidores públicos em todo o país. É preciso dizer que o SIASS tem muitos pontos positivos, conforme já se salientou, sobretudo no que se refere à tentativa de trazer o paradigma da saúde do trabalhador para guiar as práticas dos profissionais de saúde, ainda que haja alguma ambiguidade e alguma hibridez conceitual. Todavia, nem tudo parece ser interessante ou assume na prática o que se intencionou fazer em teoria. Parte do texto do Manual de Perícia Oficial em Saúde encaixa-se aí, e examiná-lo e discutir algumas de suas passagens teve o intuito de contribuir para o debate sobre uma possível revisão do Manual que mantenha o norte da saúde do trabalhador, visando a superação de algumas de suas contradições e o acréscimo de alguns pontos que não foram abordados.

Ao lado disso, a sinalização de que há um paradoxo na perícia médica/perícia em saúde, um claro conflito de interesses do médico que atua em prol da saúde do servidor e do que atua como gestor (no discurso, tacitamente) serve também para que possamos “estranhar a cultura” pericial, e não traduzi-la ou justificá-la, e menos ainda legitimá-la. Pode-se dizer que esses eram os objetivos que guiavam essa Tese. No entanto, com o contexto político que vem se desenhando desde 2016, chego ao final da pesquisa perguntando-me sobre o sentido dela. Os diários servem também para o desabafo e para as inquietações que acompanham qualquer um de nós, e este seria o momento, num diário de ressonâncias⁹⁵ de pesquisa, em

⁹⁵ O termo é usado pelo professor João Batista Ferreira, em seu Núcleo de Pesquisa Trabalho Vivo, do Instituto de Psicologia da UFRJ, o qual tive a oportunidade (e a sorte) de participar durante o ano de 2019, em suas reuniões de pesquisa semanais. A ideia do diário de ressonâncias, que pude colocar em prática em alguns momentos, é uma espécie de exercício de escrita que pode atuar em diversos momentos: nas horas em que o pesquisador/escritor se sente bloqueado com o texto de sua tese/livro, em situações de inspiração, em que alguma vivência não diretamente acadêmica remete à pesquisa (um filme, uma conversa, uma imagem, uma peça de teatro), em ocasiões em que as ideias estão embaralhadas. O diário de ressonâncias, salvo melhor

que muitas páginas seriam necessárias para o escoamento das frustrações enquanto pesquisadora e das preocupações, enquanto cidadã e servidora pública. Afinal, se o futuro do serviço público parece estar em jogo, assim também o SIASS parece estar.

Na hipótese de que o SIASS não venha mais a existir, de que outros cargos públicos federais importantes sejam extintos ainda no atual governo, acredito que esta pesquisa ainda assim pode contribuir para a reflexão sobre as perícias de modo geral, apesar de o material empírico se referir ao SIASS, que confere condições de trabalho aos peritos e profissionais de saúde correlatos que possibilitam a realização de algumas importantes ações em saúde, como discussão de caso, acompanhamento interdisciplinar, tempo para compreender as complexas situações que chegam para avaliação. Por outro lado, uma terceirização dos profissionais de saúde (algo que se inscreve no campo de possibilidades com a lei da terceirização e com a extinção de cargos públicos federais) impossibilita essas atuações, uma vez que elas podem implicar conversas tensas com chefias, discordância quanto a políticas de gestão, entre outras. Se já é difícil para os profissionais concursados atuarem nos casos complexos, sobretudo aqueles que envolvem algum tipo de sofrimento no trabalho oriundo de ambientes onde as relações são difíceis e nocivas, torna-se quase impossível realizar esse trabalho se o profissional de saúde tem um vínculo empregatício frágil e é suscetível a retaliações mais sérias (inclusive de perda do emprego) se der vazão a questões que incomodam gestores e chefias, por exemplo.

Quando lemos alguns textos sobre perícia, quando lemos certas passagens de manuais de perícia e quando ouvimos os profissionais ligados à saúde falar sobre essa prática, encontramos alguns pontos que se repetem e que ganham relevo no que se considera que seja a prática pericial: a crença em sua ligação com a lei e com a justiça e, por conseguinte, seu formato vigilante e policialesco. Não se trata apenas disso, mas esses elementos estão muito presentes. Soma-se a isso o fato de que, assim como um detetive que investiga um crime precisa de evidências, de provas, o perito médico, uma vez que se confunde com a esfera judicial, adquire certo caráter investigativo e também se coloca em busca de provas e evidências. Não apenas da doença alegada, mas até mesmo de um ‘crime’, por assim dizer, que seria a fraude ou a simulação. Ainda que, em nosso material empírico, tenhamos

entendimento, é uma espécie de dispositivo que permite a elaboração psíquica, subjetiva e, por que não?, cognitiva das temáticas que o pesquisador enfrenta. Ajuda a que as ideias se movimentem e ganhem corpo no papel e, neste sentido, podem ser de grande utilidade pragmática também, pois muitas vezes o bloqueio na escrita se relaciona a algum conflito psicológico com o conteúdo que está sendo trabalhado ou com a exigência ferrenha de que o texto saia perfeito de imediato. Além disso, escrever é também pensar, e no momento da escrita, algum novo pensamento pode se desenhar, sendo o diário de ressonâncias uma forma de escrita/pensamento que permite mais leveza, fluidez e criatividade.

encontrado entre os médicos e odontólogos (peritos portariados do SIASS) algumas falas interessantes no sentido de preocupação com a relação entre doença e trabalho, por exemplo, são passagens reduzidas e concentradas nos mesmos sujeitos. Desse modo, essas características de proximidade com a lei e a justiça, de busca de evidências e provas, de atitude policlesca e desconfiada por parte do perito, encontradas no material analisado, constituem o que, por hora, seria a maneira legitimada de realizar a atividade de perícia, o que a ela se atribui e o que se pode falar sobre ela, tudo isso indicando a pertença a um estilo de pensamento (Fleck, 1935/2010) referido à cientificidade e à prática gestora. Segundo Fleck, o estilo de pensamento diz respeito a:

“não (...) apenas esse ou aquele matiz dos conceitos e essa ou aquela maneira de combiná-los. Ele é uma coerção definida de pensamento e mais: a totalidade das disposições mentais, a disposição para uma e não para outra maneira de perceber e agir. Evidencia-se a dependência do fato científico em relação ao estilo de pensamento” (Fleck, 1935/2010, p.110).

Nesse sentido, pode-se afirmar que a disponibilidade mental daqueles que fazem a perícia, quando estão atuando nesse ofício, é diferente daquela de quando estão atuando em outro cenário (como consultório/ambatório). É importante observar que a narrativa própria aos textos que compõem certos manuais cujo objetivo é guiar o trabalho do perito, com suas definições que parecem dadas desde sempre (deslocadas, portanto, de sua historicidade), podem, como já se alertou, ajudar a incrementar uma atitude, por parte do profissional de perícia, que, em geral, inibe qualquer tipo de questionamento mais crítico acerca de sua atuação. Além disso, tal narrativa, somada a outras assertivas sobre o fazer pericial, acaba por formar um estilo de pensamento que tem como um de seus elementos centrais a suspeita, a desconfiança apriorística, a espera pela má fé do trabalhador. De algum modo, a impressão é de que o médico imbuído dos trajes periciais, tem de estar sempre lembrando a si mesmo de que não é todo mundo que é esperto, que muitos trabalhadores estão realmente sofrendo, pois ele pode se esquecer, já que isso vem em segundo plano. Assim, ao compreender sua função, enquanto perito, como ligada à vigilância (no sentido de vigiar e não no sentido epidemiológico), acaba por se afastar de um paradigma clínico, o que considero um paradoxo. Se o médico no consultório ou no ambatório não precisa acionar o botão da desconfiança, se ele está ali para tratar e cuidar do paciente e quer o melhor para ele, como dizem alguns entrevistados, por que isso se desliga na hora da perícia? Ainda que o objetivo não seja o tratamento, por que o perito não pode continuar querendo o melhor para o trabalhador

periciado? Quando o médico perito tem de ficar se preocupando com a lei, com a figura abstrata do Estado, com o conceito - neste contexto, mal ajambrado - de “cofres públicos” e “dinheiro público”, poderá ele ter a real atenção para compreender a queixa do trabalhador? Como isso se resolve? Por outro lado, retomando Dardot e Laval (2016b), a desconfiança passou a ser um princípio na nova arte de governar os homens e, nessa medida, a perícia guiada por esse princípio ajusta-se bem à gestão neoliberal.

A questão da cientificidade das perícias baseadas em evidência, do estilo de pensamento que requer os apetrechos cientificistas na prática pericial, é portanto algo que acaba por ficar mais intenso quando afetado pela moção gestora e policialesca. Como apontam Leão e Brant (2015), se no século XIX o diagnóstico de doenças fazia-se a partir de narrativas do paciente, que eram aceitas e possuíam valor, o silenciamento dos sujeitos vai ocupando o lugar das narrativas por intermédio do valor que passa a ser conferido aos sinais e signos de patologias através de instrumentos tecnológicos (op. Cit., pp. 1276-1277). Assim, o cientificismo de uma perícia baseada em evidências unido à vigilância e à suspeita acabam por tornar a narrativa algo de que se deve desconfiar, que se pode desacreditar. A perícia em saúde, ao exigir tais ou quais exames e se basear em um pensamento monocausal e linear, seguindo a lógica da medicina baseada em evidências, acaba por trazer consequências para os trabalhadores. Como avaliava Codo (citado por Athayde, 2011, p. 350), no caso da saúde mental, por exemplo, o modelo de atribuição de causa-efeito é simplista e não dá conta dos fenômenos sobre os quais a saúde do trabalhador deveria intervir.

Em que pese o texto escrito no ano da Constituinte, alguns problemas levantados por Codo mostram-se espantosamente atuais. Mais especificamente, quando Codo defendia a inserção das doenças mentais no conjunto das doenças profissionais (o texto é anterior à lista de doenças relacionadas à saúde, de 1999), ele apresentava duas razões: a primeira, de natureza financeira, uma vez que o acidente de trabalho, no caso de doenças profissionais, alcançava uma percentagem maior da remuneração do trabalhador, à época em que o artigo foi escrito; e a segunda, mais cara a Codo, que dizia respeito ao deslocamento do debate do diagnóstico da esfera privada para a esfera pública, incluindo o ponto de vista do trabalhador, da empresa, do Estado e das profissões de saúde e operando, portanto, distante de uma lógica que individualiza as condições de saúde:

“Do ponto de vista do Trabalhador, deve fazer bem o reconhecimento de que sua loucura não é tão sua como parecia, é produto das condições objetivas de vida, ameaça de sua classe, portanto, pelo menos não haveria mais razões para escondê-la do mundo. Abre-se a possibilidade de reivindicações por um ambiente psicologicamente

sadio, arquitetam-se modos de aferição dos mesmos (...)” (Codo, 1988, p. 22).

Assim, lá em 1988, já havia alguns autores de formação médica, que defendiam o olhar para o adoecimento que incluísse seus aspectos coletivos, sociais, culturais e não individualizantes da doença. Que buscavam enfrentar as dificuldades metodológicas e epistemológicas inerentes às avaliações de situações de adoecimento ligado ao trabalho que sobrepujassem o modelo biomédico. Neste sentido, essa seria uma forma de aproximação da atividade pericial de um objetivo mais clínico e, conseqüentemente, da Saúde do Trabalhador. Quando o médico perito, imbuído do estilo de pensamento pericial, de uma disponibilidade mental vigilante e guardião do Estado, se preocupa com os tais cofres públicos e não se preocupa, na mesma medida, com as perdas financeiras na vida de um trabalhador doente ou acidentado e sua família, estará deixando de levar em conta o sofrimento real de pessoas atingidas muitas vezes pela negligência do próprio Estado ou de uma empresa para priorizar um problema teórico, abstrato e difícil de mensurar. Ora, se este campo de saber requer um agir jurídico-político, como ressaltaram Thedim-Costa e Minayo-Gomez, e um posicionamento político, mudanças na forma de conceituar a função da perícia, de enxergá-la e de efetivá-la na prática dependem necessariamente de uma escolha política. De construir, efetivamente, um trabalho pericial que seja guiado por outro estilo de pensamento, que não transforme o atendimento do trabalhador em uma arguição em que todos os elementos detetivescos estão presentes no comportamento verbal e não-verbal dos profissionais de perícia.

No que se refere a uma prática de perícia diferenciada, é interessante mencionar a contribuição de Ribeiro (2017), que pôde tomar contato com uma experiência que durou ao todo 30 anos (1977-2017), na região de Bouches-du-Rhône (Port-de-Bouc), na França, conduzida pelo economista Marc Andéol e sob orientação de Ivar Oddone. A experiência, chamada *Association pour la Prise en charge des Maladies Eliminables* (APCME) e inspirada no ideário do MOI, era um serviço de saúde pública cujo objetivo era o de construir uma rede de apoio regional que reconhecesse as doenças relacionadas ao trabalho e pudesse, posteriormente, sanear os locais de trabalho, por intermédio de orientação e estímulo de ações de cuidados em saúde e de prevenção. A associação construiu uma matriz de casos de doenças relacionadas ao trabalho (suspeitas ou diagnosticadas). Segundo Ribeiro:

“Tal recurso foi elaborado de modo que todos os médicos generalistas pudessem desenvolver uma outra forma de aprendizagem sobre as

doenças dos trabalhadores, podendo, inclusive, identificar novos outros casos, integrando-se a outros grupos envolvidos na experiência, a saber, empregadores, especialistas em Saúde do Trabalhador, associações, organismos públicos e etc. que podiam sempre utilizar e completar os dados recolhidos” (p. 356).

Pôde surgir então o Sistema de Informação Concreta (SIC), sendo um registro de informações que continha quatro itens, a saber: identificação do trabalhador, identificação do posto de trabalho, as cargas de desgaste presentes e, por último, a ‘folha de acompanhamento’, que dizia respeito à coleta de informações sobre o trabalhador e as condições de trabalho em que estava inserido. Ouvindo-se as informações que são descritas pelos próprios trabalhadores, nos seus termos e a partir de formas não codificadas previamente, podia-se ter acesso, diretamente do trabalhador, à experiência de trabalhar, que tornava-se protagonista na produção de conhecimento sobre o trabalho. Assim, colhiam-se informações detalhadas sobre o que o trabalhador percebia e sentia em relação a tudo o que vivenciava em seu posto de trabalho, o que era guardado e que, ao fim e ao cabo, acabava por constituir o que Ribeiro chama de uma espécie de ‘galeria de casos’, cuja finalidade era produzir uma medicina "cumulativa", de modo a que o médico pudesse relacionar a sua memória individual, dos casos que foram os seus, àqueles dos colegas, que exercem a sua atividade num mesmo ramo de atividade” (p. 358). Essa forma de conhecer o trabalho a partir do viés do trabalhador e consolidar um registro amplo de casos e situações favoreceria a construção de uma atividade de perícia que pudesse unir as informações e o saber já existentes àquilo que se origina da experiência do trabalhador, o que se configuraria em uma perícia que adota como norte um dos pilares centrais da Saúde do Trabalhador, qual seja, o protagonismo do trabalhador nas políticas públicas de saúde. Essa forma de atuar poderia permitir a integração, cada vez maior, dos determinantes sociais nos processos de saúde-doença.

No mesmo sentido defendido por Ribeiro, considerou-se, inicialmente, a hipótese de uma aproximação da prática de perícia com os princípios da Saúde do Trabalhador, importantes no sentido da defesa de uma vida digna no trabalho. No entanto, o que se pôde perceber da leitura de textos normativos e dos relatos obtidos nas entrevistas é que, de fato, a prática da perícia e o que é proposto em Saúde do Trabalhador são incomensuráveis, no sentido de partirem de princípios diferentes, praticamente sem comunicação um com o outro. Nas entrevistas foram encontradas diversas funções atribuídas às perícias, sendo que a minoria delas aproxima-se das noções centrais referentes à Saúde do Trabalhador, além de haver uma constante referência à relação de suspeita entre perito e servidor. Parece-nos que

uma perícia que se aproximasse das ideias centrais do campo da Saúde do Trabalhador necessariamente iria avaliar os aspectos do adoecimento relacionados ao trabalho, permitiria mais protagonismo do trabalhador nas decisões periciais e não cultivaria uma relação de desconfiança com o servidor/trabalhador. Ademais, saberia que as relações de trabalho, no modo de produção capitalista, são, em geral, relações de poder que tendem ao conflito e que o elo mais fraco, em geral, é o trabalhador – neste caso, o servidor público. Isso não significaria ignorar possíveis falsas queixas por parte do servidor, mas sim não esperar que isso aconteça *a priori*. Os profissionais que trabalham com perícia, guiados pelas contribuições da Saúde do Trabalhador, enfim, poderiam problematizar as definições prontas de quaisquer manuais e livros-texto, no sentido de apontar caminhos novos e diversos. Entretanto, isso não se verifica nos relatos obtidos nesta pesquisa, e o próprio Manual de Perícia em Saúde é dúbio quanto a alguns desses pontos, ao estipular a presença de uma equipe multiprofissional mas conceder primazia ao médico em seu sistema de funcionamento, ao estimular a desconfiança na relação perito/servidor, ao enfatizar que o servidor não é paciente, mas periciado, e ao insistir em uma imparcialidade que julgamos incompatível com a suspeita apriorística do servidor público. A etnografia de congresso de perícias médicas reforça esse estilo de pensamento, enfatizando a soberania médica, trazendo lembretes quanto às intenções reais do trabalhador, ao não mencionar a contento a presença de outros profissionais. Assim, o que se constata, a partir dessa análise de algumas das falas dos profissionais entrevistados, em relação à perícia, é a de que, no âmbito da perícia oficial em saúde, é seu viés legal o que sobressai e que se mostra mais importante em relação ao viés médico ou clínico *per se*. De fato, a prática pericial apresenta-se, a partir das falas dos próprios peritos médicos e da observação de alguns profissionais de saúde que atuam em conjunto, como a negação dos princípios médicos, sendo esta a maneira como a perícia se legitima e afirma. E alguns dos médicos peritos claramente expressam seu sofrimento no exercício dessa função, na adoção desses ritos. Não é estranho observar alguns dos conflitos que são expressados por alguns dos entrevistados, que se sentem mal por se verem em uma função policial, ou que acham que estão “ferrando alguém”, o Estado ou o trabalhador. Aliás, a ideia de “ferrar o Estado”, bastante inverossímil, é um ótimo norte para justificar a atuação arguidora de alguns dos profissionais da perícia, sejam eles de que campo. Talvez o diálogo mais aproximado entre perícias em saúde e saúde do trabalhador seja uma virtualidade, na medida em que há falas que indicam isso, que atuam nas brechas do sistema, que burlam a ordem de ser distantes do trabalhador e inserem a espantosamente temida ‘empatia’ na relação. A perícia que se afasta do viés da gestão adota princípios que norteiem uma prática que poderá construir objetivos relacionados à saúde em parceria com o

servidor (tal qual a experiência francesa), e não que os coloquem – perito e trabalhador – em lados opostos de um cenário de guerra construído antes mesmo da chegada de seus personagens.

Diários não são apenas lugares de queixas, mas também de objetivos, de metas pessoais e coletivas. Se enfim esta Tese fosse um diário de notícias sobre trabalho e mudanças efetivas nessa esfera, com suas repercussões para uma servidora pública da área de saúde que acompanha trabalhadores em grande sofrimento, e que muitas vezes veem suas vidas absolutamente devastadas por questões relacionadas a processos de saúde/doença no trabalho, sua última página seria então dedicada a essa vontade, a esse ideal, a esse caminho que aponta para um outro lugar do perito, da perícia, do trabalhador: um território onde perito e trabalhador sejam efetivamente parceiros, em que trabalhem em prol da redução da nocividade do trabalho, em que as intervenções sejam de fato interdisciplinares e intersetoriais e que os personagens desse enredo não sejam lutadores de uma arena pericial em prévio e inegável desacordo com os princípios de saúde.

REFERÊNCIAS

- ALVES, Giovanni. Trabalho e subjetividade: o espírito do toyotismo na era do capitalismo manipulatório. São Paulo: Boitempo, 2011.
- ABRAMIDES, Maria Beatriz Costa, e CABRAL, Maria do Socorro Reis. Regime de Acumulação Flexível e Saúde do Trabalhador. *Saúde em Perspectiva*, 17(1): 3-10, 2003.
- ALMEIDA, Eduardo Henrique Rodrigues de. Aspectos bioéticos da perícia médica previdenciária. *Ver. Bioét* 2011; 19(1): 277-98.
- ANTUNES, R. O caracol e sua concha: ensaios sobre a nova morfologia do trabalho. São Paulo: Boitempo, 2005.
- ARAUJO, Adriane Reis. O resgate da cidadania na empresa: reflexões sobre o sistema de metas e assédio moral. In: Bruno Leal Farah (org.) *Assédio moral e organizacional: novas modulações do sofrimento psíquico nas empresas contemporâneas*. São Paulo: LTr, 2016, pp. 33-42.
- ARENDT, H. A condição humana. (1958). Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007.
- ATHAYDE, M. Saúde 'Mental' e Trabalho: questões para discussão no campo da saúde do trabalhador. In: In: Minayo-Gomes, C. (Org.). *Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.
- AZIZE, R. A nova ordem cerebral: a concepção de 'pessoa' na difusão neurocientífica. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro, UFRJ, Museu Nacional, 2010.
- BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Rio de Janeiro: Livraria Martins Fontes Editora, 1979.
- BARRETO, M. Assédio moral: risco não visível no ambiente de trabalho. <http://www.assediomoral.org/spip.php?article372>. Acessado em 19 de março de 2018.
- BARSKY, Arthur J., BORUS, Jonathan F. *Functional Somatic Syndromes. Annals of Internal Medicine Volume* 130, n. 11, *June*, 1999.
- BATISTA, Jaqueline Brito Vidal, CARLOTTO, Mary Sandra, COUTINHO, Antonio Souto, AUGUSTO, Lia Giraldo da Silva. Síndrome de *Burnout*: confronto entre conhecimento médico e a realidade das fichas médicas. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 16, n. 3, p. 429-435, jul./set. 2011.

BATISTA, Alfredo. Reforma do Estado: uma prática histórica de controle social. *Serviço Social e Sociedade*, ano 20, n. 61, pp. 63-90, 1999.

BARUKI, Luciana Veloso. Riscos psicossociais e Saúde Mental do Trabalhador: por um regime jurídico preventivo. São Paulo: LTr, 2018.

BENDASSOLLI, P. F. e SOBOLL, L. A. P. Introdução às clínicas do trabalho: aportes teóricos, pressupostos e aplicações. In: Bendassolli, P. F. e Soboll, L. A. P. (orgs.). *Clínicas do trabalho: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade*. São Paulo: Atlas, 2011.

BERARDI, F. *Depois do futuro*. São Paulo: Ubu Editora, 2019.

BERLINGUER, Giovanni. *A saúde nas fábricas*. São Paulo: CEBES-HUCITEC, 1983.

BEZERRA JR, Benilton. A psiquiatria contemporânea e seus desafios. In: Zorzaneli, R.; Bezerra Jr, B., Costa, Jurandir Freire (orgs.) *A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea*. Rio de Janeiro: Garamond, 2014.

BEHRING, Elaine Rossetti. *Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos*. São Paulo: Cortez, 2008.

BERTOLLI FILHO, Claudio. Medicina e trabalho: as “ciências do comportamento” na década de 40. In: *R. História*, São Paulo, n. 127-128, p. 37-51, 1993.

BOLTANSKI, L., e CHIAPELLO, E. *O novo espírito do capitalismo*. São Paulo: Martins Fontes, 2009.

BRAGA, R. Precariado e sindicalismo no Brasil contemporâneo: um olhar a partir da indústria de *call center*. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 103, Maio 2014: 25-52.

BRAGA, R., MARQUES, J. Trabalho, globalização e contramovimentos: dinâmicas da ação coletiva do precariado artístico no Brasil e em Portugal. *Sociologias*, Porto Alego, ano 19, n. 45, mai/ago 2017, pp. 52-80.b

BRASIL. Decreto 9554 de 3 de fevereiro de 1886. Disponível em <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-9554-3-fevereiro-1886-543197-publicacaooriginal-53270-pe.html>. Acessado em 8 de julho de 2019.

_____. Lista de doenças relacionadas ao trabalho. Portaria 1339/GM, de 18 de novembro de 1999. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_relacionadas_trabalho_2ed_p1.pdf.

Acessado em 5 de abril de 2019.

_____. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Assessoria de Comunicação Social do Ministério da Saúde, 1990.

_____. *Lei nº 8.112 de 11 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. Brasília: Casa Civil, 1990.

_____. *Lei 8213 de 24 de julho de 1991*. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Brasília: Casa Civil, 1991.

_____. *Lei 13.467 de 13 de julho de 2017*. Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e as Leis nº 6.019, de 3 de janeiro de 1974, 8.036, de 11 de maio de 1990, e 8.212, de 24 de julho de 1991, a fim de adequar a legislação às novas relações de trabalho. Brasília: Secretaria Geral, 2017.

_____. *Cadernos de Atenção Básica, n41*. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

_____. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. *Manual de perícia oficial em saúde do servidor público federal*. 3.ed. / Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, Secretaria de Gestão de Pessoas e Relações de Trabalho no Serviço Público. Brasília: MP, 2017.

BRESSER-PEREIRA, L. C. A crise da América Latina: consenso de Washington ou crise fiscal. In: *Pesquisa e Planejamento Econômico*, 21 910, abril 1991, p. 3-23. Disponível em <http://www.bresserpereira.org.br/papers/1991/91-acriseamericalatina.pdf>. Acessado em 5 de maio de 2019.

BRITO, J. A ergologia como perspectiva de análise: a saúde do trabalhador e o trabalho em saúde. In: Minayo-Gomes, C. (Org.). *Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

BROWN, Phil. *Naming and framing: the social constructon of diagnosis and ill*. *Journal of Social Behavior*, vol. 35, 1995, pp.34-52.

BRUM, Eliane. Doente de Brasil: Como resistir ao adoecimento num país (des)controlado pelo perverso da autoverdade”. *El País*. 2019

https://brasil.elpais.com/brasil/2019/08/01/opinion/1564661044_448590.html. Acessado em 7 de agosto de 2019.

CANGUILHEM, G. O normal e o patológico. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1978.

CASTEL, R. As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário. Petrópolis: Vozes, 2013.

CASTRO, Fernando Gastal de, ZANELLI, José Carlos. Síndrome de *burnout* e projeto de ser. In: Cadernos de Psicologia Social do Trabalho, 2007, vol. 10, n. 2, pp. 17-33.

CHANLAT, Jean-François. *VII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública*, Lisboa, Portugal, 8-11 Oct. 2002.

_____. O desafio social da gestão: a contribuição das ciências sociais. In: Bendassolli, P. F. e Soboll, L. A. P. (orgs.). *Clínicas do trabalho: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade*. São Paulo: Atlas, 2011.

CLOT, Yves. Entrevista. Cadernos de Psicologia Social do Trabalho, 2006, vol. 9, n. 2, pp. 99-107. Cadernos de Psicologia Social do Trabalho, 2006, vol. 9, n. 2, pp. 99-107

CLOT, Yves. O início de uma história? In: Bendassolli, P. F. e Soboll, L. A. P. (orgs.). *Clínicas do trabalho: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade*. São Paulo: Atlas, 2011.

Código de Ética Médica: Resolução CFM no 2.217, de 27 de setembro de 2018. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019.

CODO, W. Saúde mental e trabalho: uma urgência prática. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 8 (2): 20-24, 1988.

_____. O trabalho do perito. In: Wanderley Codo (org.) *Julgar e cuidar (saúde mental do perito médico)*. São Paulo: LTr, 2013.

CONRAD, P. *The medicalization of society: on the transformation of human conditions in treatable disorders*. Baltimore: The John Hopkins University Press, 2007.

Conselho Federal de Medicina. Resolução no 1.931, de 17 de setembro de 2009. [internet]. *Aprova o Código de Ética Médica e revoga a Resolução CFM no 1.246/1998*. [acesso 13 out. 2010].

CRARY, J. 24/7. *Capitalismo tardio e os fins do sono*. São Paulo: Cosac Naify, 2014.

DANIELLOU, François, LAVILLE, Antoine, TEIGER, Catherine. Ficção e realidade do trabalho operário. In. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, n.68, vol.17,p.7-13, 1989.

DARDOT, P., LAVAL, C. Neoliberalismo e subjetivação capitalista. Revista O olho da História, n. 2, abril (2016).

_____. A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal. São Paulo: Boitempo, 2016b.

DAVIS, A. Mulheres, Classe e Raça. São Paulo: Boitempo, 2016.

DEJOURS, C. Subjetividade, trabalho e ação. Revista Produção, v.14, n.3, p.27-34, set/dez 2004.

_____. A banalização da injustiça social. Fundação Getúlio Vargas Editora. 2007.

_____. Um suicídio no trabalho é uma mensagem brutal (Entrevista). <https://www.publico.pt/2010/02/01/sociedade/noticia/um-suicidio-no-trabalho-e-uma-mensagem-brutal-1420732>. Acessado em 03 de junho de 2018.

DRUCK, Graça. Trabalho, Precarização e Resistências. Conferência de abertura do VI Congresso Brasileiro de Psicodinâmica e Clínica do Trabalho e VII Simpósio Brasileiro de Psicodinâmica do Trabalho. São Luís, UFMA, 22 de outubro de 2019.

DUMIT, Joseph. *Illnesses you have to fight to get: facts as forces in uncertain, emergente illnesses*. Social Science & Medicine 62 (2006) 577–590.

EHRENBERG, Alain. O culto da performance: da aventura empreendedora à depressão nervosa. Organização e tradução Pedro Bendassolli. Aparecida, SP: Ideias Et Letras, 2010.

FALCÃO, Maurin Almeida. A teoria do fato social em Durkheim e os elementos de conexão para uma análise sociológica do tributo. In. Revista de Informação Legislativa. Brasília a. 49, n. 196 out./dez., p. 39-51, 2012

FASSIN, Didier, RECHTMAN, Richard. *The empire of trauma. An inquiry into the condition of victimhood*. Princeton and Oxford: Princeton University Press, 2009.

FAVRET-SAADRA, Jeanne. Ser afetado. Cadernos de Campo n.13, 2005, pp. 155-163.

FEDERECI, S. Calibã e as bruxas: mulher, corpo e acumulação primitiva. São Paulo: Elefante, 2017.

FERRAZ, D. L. da S. e DIAS, P. Discutindo autogestão: um diálogo entre os pensamentos clássico e contemporâneo e as influências nas práticas gestionárias da economia popular solidária. *Organ. Soc.* vol.15 no.46 Salvador July/Sept. 2008, pp. 99-117.

FERREIRA, João Batista de Oliveira, MARTINS, Soraya Rodrigues, VIEIRA, Fernando de Oliveira. Trabalho vivo como apropriação do inapropriável e criação de formas de vida. In: *Trabalho (En)Cena*, vo. 01, n. 1, janeiro a junho de 2016, pp. 29-49.

FLECK, L. [1935]. *Gênese e Desenvolvimento de um fato científico*. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010.

FREIRE, Martha, e PACHECO, Marcia. Saúde do Trabalhador: Um Desafio para a Política de Atenção à Saúde e Segurança do Servidor Público Federal (PASS). *Intervozes: Trabalho, Saúde e Cultura*. Petrópolis, v. 1, n. 2, pp. 34-51, novembro/2006.

FOUCAULT, M. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2003.

_____. *A verdade e as formas jurídicas*. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003.

_____. (1979). *O nascimento da biopolítica*. Rio de Janeiro: Martins Fontes, 2008.

_____. (1975). *Vigiar e Punir*. Petrópolis: Vozes, 2010.

_____. (1969) Médicos, juízes e bruxos no século XVII. In: *Ditos e Escritos 7. Arte, epistemologia, filosofia e história da Medicina*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

_____. (1976). A política de saúde no século XVIII. *Ditos e Escritos 7. Arte, epistemologia, filosofia e história da Medicina*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

_____. (1976). A extensão social da norma. *Ditos e Escritos 7. Arte, epistemologia, filosofia e história da Medicina*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

_____. (1980) *O nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2015.

FRANCO, Tânia; DRUCK, Graça; SELIGMANN-SILVA, Edith. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. In: *Rev. Bras. Saúde Ocup.* São Paulo, 35 (122): 229-248, 2010.

GAULEJAC, V. de. *Gestão como doença social: ideologia, poder gerencialista e fragmentação social*. Aparecida-SP: Ideias e Letras, 2007.

_____. A NGP: a Nova Gestão Paradoxal. In: Bendassolli, P. F. e Soboll, L. A. P. (orgs.). Clínicas do trabalho: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade. São Paulo: Atlas, 2011.

_____. A neurose de classe: trajetória social e conflitos de identidade. São Paulo: Via Lettera, 2014.

GERNET, Isabelle, e DEJOURS, Christophe. Avaliação do trabalho e reconhecimento. In: Bendassolli, P. F. e Soboll, L. A. P. (orgs.). Clínicas do trabalho: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade. São Paulo: Atlas, 2011.

GOLDMAN, Marcio. Os tambores dos mortos e os tambores dos vivos. Etnografia, antropologia e política em Ilhéus, Bahia. Revista de Antropologia, São Paulo, USP, 2003, v. 46 n° 2.

GRECCO, Monica. *Psychosomatic subjects and the 'duty do be well': personal agency within medical rationality*. In: *Economy and Society*. Vol. 22, number 3, August, 1993.

HARVEY, David. A condição pós-moderna. São Paulo: Loyola, 1995.

_____. 17 contradições e o fim do capitalismo. São Paulo: Boitempo, 2016.

ILLICH, I. A Expropriação da saúde: Nêmesis da Medicina. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1975.

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL. Manual Técnico de Perícia Médica Previdenciária/Instituto Nacional do Seguro Social. Brasília, 2018.

JARDIM, S. Perícia, trabalho e doença mental. In: Cadernos do IPUB, n. 2. Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, 2000.

_____. Ética e saúde mental do trabalhador: a legitimidade do transtorno de Estresse Pós-Traumático relacionado ao trabalho. In: Ética e psiquiatria forense. Talvane de Moraes (org.) Rio de Janeiro: Edições IPUB/CUCA, 2001.

KILOMBA, Grada. Memórias da plantação. Episódios de racismo cotidiano. Rio de Janeiro: Cobogó, 2019.

KUHN, T. S. A estrutura das revoluções científicas. São Paulo: Editora Perspectiva, 1998.

KURZ, R. A crise do valor de troca. Rio de Janeiro: Consequência Editora, 2018.

LACAZ, F. Saúde do trabalhador: um estudo sobre as formações discursivas da academia, dos serviços e do movimento sindical. Tese de Doutorado, campina: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de campinas. 1996

_____. Saúde dos Trabalhadores: Cenários e Desafios. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 13 (Supl. 2): 7-19, 1997.

_____. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. In: Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23 (4): 757-766, abr, 2007.

LAURELL, Asa Cristina, NORIEGA, Mariano. Processo de produção de saúde: trabalho e desgaste operário. São Paulo: Editora Hucitec, 1989.

LEÃO, Luís Henrique da Costa; BRANT, Luiz Carlos. Manifestações do sofrimento: dilemas e desafios para a vigilância em saúde do trabalhador. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 25 [4]: 1271-1292, 2015.

LHUILIER, D. Filiações teóricas das clínicas do trabalho. In: Bendassolli, P. F. e Soboll, L. A. P. (orgs.). Clínicas do trabalho: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade. São Paulo: Atlas, 2011.

_____. A invisibilidade do trabalho real e a opacidade das relações saúde trabalho. In: Trabalho e educação, Belo Horizonte, v. 21, n.1, p.13-38, jan./abr. 2012.

MACHADO, J. P. Saúde do servidor público federal: política, discursos e práticas prescritas. In: Coutinho, Maria Shelfim; Furtado, Odair; Raitz, Tânia Regina. Psicologia Social e Trabalho [Recurso Eletrônico]: perspectivas críticas. Florianópolis: ABRAPSO Editora: Edições do Bosque CFH/UFSC, 2015, pp. 64-91.

MAENO, M. Perícia ou imperícia. Laudos da Justiça do Trabalho sobre LER/Dort. Tese (Doutorado). Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo: São Paulo, 2018.

MANICA, D. T. A vida social dos medicamentos: etnografias e escolhas. *Revista de Antropologia Social dos Alunos do PPGAS-UFSCar*, v. 4, n.1, jan-jun, p. 176-188, 2012.

MARTIN, Emily. *Flexible bodies. Tracking Imune in American Culture. From the days of pólio to the age of AIDS*. Boston: Beacon Press, 1994.

MEIRELLES, G. A. L. Reestruturação produtiva do capital, pauperização e desigualdade na América Latina. *Serv. Soc. Ver.*, Londrina, v.18, n.2, pp.52-72, jan./jun. 2016.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 25 (5), 341-9, 1991.

MENDES, R. Aspectos históricos da Patologia do Trabalho. In: *Patologia do Trabalho*. Rio de Janeiro: Ed. Atheneu, 1995.

_____. Aspectos conceituais da Patologia do Trabalho. In: *Patologia do Trabalho*. Rio de Janeiro: Ed. Atheneu, 1995.

MENDES, A. M. A pesquisa em psicodinâmica: a clínica do trabalho. In: MENDES, A. M. (Org.). *Psicodinâmica do trabalho: teoria, métodos e pesquisas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007, p. 65-87.

MELO, Maria da Penha Pereira de; ASSUNÇÃO, Ada Ávila. A decisão pericial no âmbito da Previdência Social. *PHYSIS: Ver. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 13(2): 105-127, 2003.

MELO, M. P. P. Governo da população: relação médico-paciente na perícia médica da Previdência Social. In: *Interface. Comunicação, saúde e educação*. 2014; 18(48): 23-35.

MINAYO-GOMEZ, C., THEDIM-COSTA, S. M. F. A construção do campo de saúde do trabalhador: percurso e dilemas. *Cad. Saúde Públ.* Rio de Janeiro, 13 (Supl.2): 21-32, 1997.

MINAYO GOMEZ, C. Campo de Saúde do Trabalhador: Trajetória, configuração e transformações. In: Minayo-Gomes, C. (Org.). *Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

MUÑOZ, D., & GIANVECCHIO, V. (2012). Especialidades Médicas - Medicina Legal e Perícias Médicas. *Revista De Medicina*, 91, 45-47. <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v91i0p45-47>. Acessado em 8 de julho de 2019.

ODDONE, Ivar; MARRI, Gastone; GLORIA, Sandra; BRIANTE, Gianni; CHIATTELLA, Mariolina; RE, Alessandra. *Ambiente de trabalho: a luta dos trabalhadores pela saúde*. São Paulo: Editora Hucitec, 1986.

OIT. C121. *Employment Injury Benefits Convention*, 1964. https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID:312266. Acessado em 5 de abril de 2019.

ORTEGA, F. *O corpo incerto: corporeidade, tecnologias médicas e cultura contemporânea*. Rio de Janeiro: Garamond, 2008.

PAIVA, C.; OLIVAR, M. Breves Reflexões sobre a saúde do trabalhador no serviço público e a recente política de atenção à saúde do servidor do SIASS. In: XII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, 2010, RJ.

POCHMANN, M. Brasil sem industrialização: a herança renunciada [online]. Ponta Grossa: Editora UEPG, 2016. <http://books.scielo.org>. Acesso em 20 de abril de 2019.

RABINOW, P. Antropologia da razão: Ensaios de Paul Rabinow. João Guilherme Biehl (org.). Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1999.

RAMAZZINI, B. As doenças dos trabalhadores. São Paulo: Fundacentro, 2016.

REIS, Tiago Siqueira. Expropriação do Funcionalismo Público: o Gerencialismo como Projeto. R. Katál., Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 80-89, jan./abr. 2019.

RIBEIRO, B. C. O panorama atual das perícias em trabalho-saúde no Brasil: a construção das perícias em saúde do trabalhador. Tese de Doutorado. Campinas, SP: 2018.

RIBEIRO, C, V, S; MANCEBO, D. O servidor público no mundo do trabalho do século XXI. Psicologia: Ciência e Profissão, p. 192-207, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932013000100015. Acesso em: 10 jan. 2017.

RIBEIRO, Djamila. Quem tem medo do feminismo negro. São Paulo: Companhia das Letras, 2018.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Administração. Coordenadoria de Valorização do Servidor. Gerência de Perícias Médicas Manual de Perícia Médica (procedimentos e legislação pertinente). 2013.

ROSENBERG, C. R. *The Tyranny of Diagnosis: Specific Entities and Individual Experience*. *The Milbank Quarterly*, vol. 80, no 2, Oxford: Blackwell Publishing, 2002.

_____. *Contested Boundaries: psychiatry, disease, and diagnosis*. *Perspectives in Biology and Medicine*, volume 49, number 3 (summer 2006):407–24.

RUSSO, Jane, VENÂNCIO, Ana Teresa A. Classificando as pessoas e suas perturbações: a “revolução terminológica” do DSM-III. In: Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, ano IX, n. 3, set./2006, p. 460-483.

SAFATLE, Vladimir. O que é uma normatividade vital? Saúde e doença a partir de Georges Canguilhem. In: *Scientle Studia*, São Paulo, v. 9, n. 1. P.11-27, 2011.

SANTOS, Ana Paula L. dos, e LACAZ, F. Saúde do Trabalhador no SUS: contexto, estratégias e desafios. In: Minayo-Gomes, C. (Org.). Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

SANTOS, Josiane Soares. Particularidades da “questão social” no capitalismo brasileiro. Rio de Janeiro: UFRJ, 2018. Tese de Doutorado.

São Paulo (Estado). Secretaria da Educação. Centro de Qualidade de Vida. Manual de procedimentos em perícia médica / Secretaria da Educação, Centro de Qualidade de Vida – São Paulo: SE, 2013.

SARTI, Cynthia. A vítima como figura contemporânea. In: Cadernos CRH, Salvador, v. 24, n. 61, p.51-61, Jan./Abr. 2011.

SATO, Leny. LER: objeto e pretexto para a construção do campo trabalho e saúde. In: Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 17(1): 147-152, jan-fev, 2001.

SCHWARTZ, Yves. Conceituando o trabalho, o visível e o invisível. In: Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 9, supl. 1, pp. 19-45, 2011.

SELIGMANN-SILVA, Edith. Desgaste mental no trabalho dominado. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, Cortez Editora, 1994.

_____. Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo. São Paulo: Cortez, 2011.

SENNETT, R. A corrosão do caráter: as consequências pessoais do trabalho no novo capitalismo. Rio de Janeiro: Record, 2005.

SINGER, Paul. Economia solidária: um modo de distribuição e distribuição. In: SINGER, Paul; SOUZA, André Ricardo de. A economia solidária no Brasil: a autogestão como resposta ao desemprego. São Paulo: Contexto, 2000. p. 11-30.

SOBOLL, Lis Andrea Pereira; HORST, Ana Carolina. Ideologia da Excelência. In: Vieira, Fernando de Oliveira; Mendes, Ana Magnólia; Mero, Álvaro Roberto Crespo (orgs.) Dicionário crítico de Gestão e Psicodinâmica do Trabalho. Curitiba: Juruá, 2013.

SODRÉ, F. O trabalho e as redes. In: Minayo-Gomes, C. (Org.). Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

SOUZA, J. Os batalhadores brasileiros: nova classe média ou nova classe trabalhadora? Belo Horizonte: Editora UFMG, 2012.

SOUZA, Sheila Ataíde Domingues de Souza, e MOULIN, Maria das Graças Barbosa. Serviço público: significados e sentidos de um trabalho em mutação. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 2014, vol. 17, n. 1, p.49-65

STIGLITZ, J. E. *Rewriting the rules of the American Economy. An agenda for growth and shared prosperity*. Nova Iorque e Londres: W.W.Norton & Company, 2016.

SZASZ, T. *Malingering: 'Diagnosis' or Social Condemnation? Analysis of the Meaning of 'diagnosis' in the light of some interrelations of social structure, value judgment and the physician's role*. In: *AMA Arch NeurPsych*. 1956, 76 (4): 432-443.

TRAESEL, Elisete Soares, MERLO, Álvaro Roberto Crespo. “Somos sobreviventes”: vivências de servidores públicos de uma instituição de seguridade social diante dos novos modelos de gestão e a precarização do trabalho na reforma gerencial do serviço público. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 2014, vol. 17, n. 2, pp. 224-238.

VALENCIA, Adrián Sotelo. Dependência, precariedade laboral e fratura social. *Argum.* (Vitória), v. 8, n. 2, p. 140-152, maio./ago. 2016.

VASCONCELLOS, Luiz Philippe Westin Cabral de. *A simulação na perícia médica: a arte e a ciência de investigar a verdade pericial*. São Paulo: LTr, 2011.

VERTHEIN, Marilene Affonso Romualdo, GOMEZ, Carlos Minayo. O Território da doença relacionado ao trabalho: o corpo e a medicina nas LER. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 10 (2): 101-127, 2000.

_____. As armadilhas: bases discursivas da neuropsiquiatrização das LER. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2): 457-470, 2001.

VIEIRA, I. M. M. M. *Construção social do burnout no Brasil: medicalização da fadiga no trabalho se seus efeitos*. Tese de Doutorado. Instituto de Medicina Social, UERJ: Rio de Janeiro, 2017.

WATZLAWICK, P.; BEAVIN, J.H., JACKSON, D.D. *Pragmática da Comunicação Humana*. São Paulo: Cultrix, 1973.

ZORZANELLI, R. T. Sobre os diagnósticos das doenças sem explicação médica. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 16, n. 1, p. 25-31, jan./mar. 2011.

ZORZANELLI, R., VIEIRA, I., RUSSO, J. Diversos nomes para o cansaço: categorias emergentes e sua relação com o mundo do trabalho. *Interface. Comunicação Saúde Educação*, 2016; 20(56): 77-88.

ZORZANELLI, R, CRUZ, M. G. A. O conceito de medicalização em Foucault na década de 1970. *Interface: comunicação, saúde e educação*. 2018, 22(66), pp. 721-731.