

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

ADRIANA KELMER SIANO

**INFLUÊNCIA DE FATORES SÓCIO-DEMOGRÁFICOS, CLÍNICOS E
INSTITUCIONAIS NA CONCESSÃO DE BENEFÍCIOS POR INCAPACIDADE
LABORATIVA PELO SETOR DE PERÍCIAS MÉDICAS DO INSS EM JUIZ DE
FORA – MG EM REQUERIMENTOS DE SEGURADOS COM DIAGNÓSTICO DE
TRANSTORNOS MENTAIS**

JUIZ DE FORA

2009

ADRIANA KELMER SIANO

**INFLUÊNCIA DE FATORES SÓCIO-DEMOGRÁFICOS, CLÍNICOS E
INSTITUCIONAIS NA CONCESSÃO DE BENEFÍCIOS POR INCAPACIDADE
LABORATIVA PELO SETOR DE PERÍCIAS MÉDICAS DO INSS EM JUIZ DE
FORA – MG EM REQUERIMENTOS DE SEGURADOS COM DIAGNÓSTICO DE
TRANSTORNOS MENTAIS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Mestrado — Área de Concentração em Saúde Brasileira — do Programa de Pós-graduação em Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde

Orientador: Prof. Dr. Mário Sérgio Ribeiro

Co-orientador: Prof. Dr. Luiz Cláudio Ribeiro

JUIZ DE FORA

2009

ADRIANA KELMER SIANO

**INFLUÊNCIA DE FATORES SÓCIO-DEMOGRÁFICOS, CLÍNICOS E
INSTITUCIONAIS NA CONCESSÃO DE BENEFÍCIOS POR INCAPACIDADE
LABORATIVA PELO SETOR DE PERÍCIAS MÉDICAS DO INSS EM JUIZ DE
FORA – MG EM REQUERIMENTOS DE SEGURADOS COM DIAGNÓSTICO DE
TRANSTORNOS MENTAIS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Mestrado — Área de Concentração em Saúde Brasileira — do Programa de Pós-graduação em Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde

Aprovada em 13 de fevereiro de 2009

BANCA EXAMINADORA

Presidente: Prof. Dr. Mário Sérgio Ribeiro – Orientador
Universidade Federal de Juiz de Fora

Membro: Prof. Dr. Antônio Carlos Estima Marasciulo
Universidade do Vale do Itajaí

Membro: Prof. Dra. Andréia Aparecida de Miranda Ramos
Universidade Federal de Juiz de Fora

Aos meus pais,

pelas oportunidades proporcionadas;

Aos meus colegas “de luta”,

por acreditaram no meu potencial;

Aos amigos e familiares,

por compreenderem minhas ausências;

OFEREÇO

À minha mãe, pela dedicação, cuidado e atenção, dispensados com amor;

Ao meu co-orientador, pelo carinho, incentivo e leveza;

Ao meu orientador, pelos ensinamentos;

DEDICO

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu orientador, Mário Sérgio, pela confiança em mim depositada, pelo reconhecimento após tantos anos trabalhando juntos, pela dedicação e disponibilidade em compartilhar conhecimentos e descobertas. Ao Luiz Cláudio, pela atenção e compreensão em momentos difíceis e por ter me alertado que “complicar é mais fácil do que simplificar”: continuo tentando! À Aline, por sua participação neste trabalho, ajudando no levantamento bibliográfico e “nas urgências”.

Ao meu amigo, Marcão, pelo apoio e incentivo, pelas discussões e trocas de idéias, pelo companheirismo e pelos ensinamentos. A todos os colegas peritos que reconheceram a validade deste trabalho e incentivaram a sua execução, especialmente ao Rogério, à Norma e à Nelma que estiveram presentes à Qualificação.

Agradeço ainda aos servidores do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) que foram essenciais no processo que tornou real o projeto desta pesquisa: à Gerência Executiva do INSS de Juiz de Fora (Gex/JF) e ao seu Serviço/Seção de Gerenciamento de Benefícios por Incapacidade (SGBENIN), pela permissão para realização deste trabalho; ao Eduardo Curi que, representando a Gex/JF, mostrou-se receptivo e ofereceu o apoio primordial; à Dra. Teresa Maltez, ao Dr. Zeno Cavalcanti e ao Sr. Benedito Brunca, pela aprovação do projeto inicial; à Dra. Maria Lúcia Tavares, pela confiança e atitude determinante para que este trabalho se desenvolvesse; à Márcia Liberal, da DATAPREV, pela montagem do banco de dados e sua constante disponibilidade em dar suporte para a resolução de dúvidas relativas aos dados solicitados; e aos colegas peritos de outras Gex do INSS que também se aventuraram pelos trilhos dos estudos — Dr. Miguel Marcelino e Dr. Antônio Marasciulo, pelas orientações sobre o caminho a seguir.

Por fim, um agradecimento especial aos professores do Programa de Pós-graduação em Saúde da Faculdade de Medicina da UFJF, pelos ensinamentos e pela criação de oportunidades para o crescimento no campo da pesquisa.

A todos os amigos e familiares, agradeço pelo apoio e pela confiança!

A prudência é tão necessária quanto a produção da melhor e mais inspiradora perícia. Jamais se firmar no subjetivismo e na precipitada intuição para concluir sobre fatos que são decisivos para os interesses dos indivíduos e da sociedade.

Genival Veloso de França

RESUMO

OBJETIVOS: Analisar a relevância de transtornos mentais entre os requerimentos de Auxílio-doença e a influência das alterações normativas ocorridas em agosto/2005 (Cobertura Previdenciária Estimada – COPES) e maio/2006 (Pedido de Prorrogação – PP) sobre o perfil de concessão desses benefícios; caracterizar os segurados por meio de variáveis sócio-demográficas, clínicas e previdenciárias e em função de aspectos relacionados ao espaço (local de realização da perícia), ao tempo (quatro períodos) e às categorias de peritos médicos e suas especialidades médicas; correlacionar as variáveis de desfecho (conclusão pericial e tempo de afastamento) a variáveis relativas ao espaço, período de tempo e categorias de peritos médicos e às variáveis clínicas, sócio-demográficas e previdenciárias. **MÉTODO:** Análise retrospectiva de perícias iniciais realizadas em Juiz de Fora (MG) entre julho/2004 e dezembro/2006 nas agências Largo do Riachuelo e São Dimas, por peritos concursados e credenciados. Com base nas mudanças normativas e no quadro de peritos, subdividiu-se o período em: 1º) julho/2004 a julho/2005, antes da COPES; 2º) agosto/2005 a novembro/2005, após a COPES, com credenciados; 3º) dezembro/2005 a abril/2006, sem credenciados; 4º) maio/2006 a dezembro/2006, após o PP. **RESULTADOS:** Transtornos mentais mostraram-se a terceira razão de incapacidade presumida na Gerência do INSS de Juiz de Fora. Segurados com transtornos mentais eram mais frequentemente do sexo feminino (66,8%) e vinculados ao INSS como autônomos (41,2%) ou desempregados (30,7%); tinham, em média, 44,3 anos de idade, 14,4 anos de filiação à Previdência e 7,6 anos de contribuição. Os diagnósticos mais frequentes foram transtornos menores do humor (39,6%) e de ansiedade (34,5%); as comorbidades mais frequentes foram psiquiátricas (33,6%); mudanças no diagnóstico da perícia inicial, em relação ao benefício anterior, aconteceram em mais de 50% dos registros. Reduziram-se a frequência de deferimento (de 81,9% no 1º para 49,5% no 4º período), o número médio de renovações (de 3,5 no 1º para 1,7 vezes no 4º período) e o tempo médio de afastamento (de 397,4 dias no 1º para 247,6 dias no 4º período); e aumentou a reconsideração de conclusões periciais após a COPES (de 52,0% para 75,3%), com posterior redução no 4º período (36,5%). Maior chance de deferimento associou-se a segurados com idade de até 29 anos, empregados e do sexo masculino; maior chance de afastamento prolongado associou-se a idade acima de 50 anos, sexo masculino, longa evolução do transtorno e a mais de 4 renovações do benefício; as chances de deferimento e de afastamento prolongado foram maiores entre segurados com transtornos graves e com comorbidades. Peritos psiquiatras associaram-se a menor chance de deferimento e maior chance de afastamento prolongado. **CONCLUSÃO:** Este estudo sugere que as alterações verificadas no perfil de concessão de Auxílio-doença devem-se mais a mudanças concretas na prática dos peritos que apenas às mudanças normativas e no Quadro de Pessoal. Evidencia que as avaliações periciais, principalmente quando realizadas por psiquiatra, mostraram-se adequadas. Destaca possíveis relações entre requerimentos de Auxílio-doença por transtornos mentais com desemprego e trabalho informal e a necessidade de ações que objetivem resgatar e valorizar a capacidade laborativa dos segurados com esses transtornos através da Reabilitação Profissional.

Palavras-chave: Previdência Social. Transtornos mentais. Seguro por incapacidade.

ABSTRACT

PURPOSES: To analyse the importance of mental disorders among the requirements of sickness benefits and the influences of the government regulations from August/2005 (Estimated Social Welfare Coverage – “COPEs”) and May/2006 (Postponement Petition – “PP”) over the profile of payments of these benefits; to characterize the insured citizens through social and demographic variables, clinics and social-security profiles and in terms of aspects related to space (place of expertise examination), to time (four periods) and to the categories of experts and their medical specific knowledge; to correlate the variables of conclusion (expertise examination conclusion and time of dissociation from work) to variables related to space, period of time, categories of experts and to clinic, social, demographic and social-security profile variables. **METHOD:** Retrospective analysis of initial expertise examinations that have taken place in Juiz de Fora (MG, Brazil) between July/2004 and December/2006 among the agencies “Largo do Riachuelo” and “São Dimas”, by officially registered doctors. Based on changes of government regulations and in the group of skilled doctors, the period was divided into four ones: 1) July/2004 to July/2005, before “COPEs”, 2) August/2005 to November/2005, after “COPEs” and with registered doctors, 3) December/2005 to April/2006, with no registered doctors and 4) May/2006 to December/2006, after “PP”. **RESULTS:** Mental disorders were the third reason of presumed incapacity at the Executive Management of the “INSS” (Brazilian National Social Insurance Institute) in Juiz de Fora. Insured citizens with mental disorder were more frequently females (66,8%) and linked to “INSS” as insured citizens with no connections with firms (41,2%) or unemployed ones (30,7%); they were, on the average, 44,3 years old, they had 14,4 years of affiliation to the “INSS” and 7,6 years of contribution. The more frequent diagnoses from the initial expertise examinations were minor humor disorders (39,6%) and anxiety disorders (34,5%); psychiatric comorbidities were most frequent (33,6%); diagnose changes, in relation to prior examination were identified in over 50% of the registrations. The frequency of acts of granting was reduced (from 81,9% in the first, to 49,5% in the fourth period), the medium number of renovations (from 3,5% in the first, to 1,7 in the fourth one) and the medium time of dissociation from work (from 397,4 days in the first to 247,6 days in the fourth); and it has been increased the reconsideration of health condition examination conclusions after the “COPEs” (from 52,0% to 75,3%), with ulterior reduction in the fourth period (36,5%). Better chances of act of granting were associated to insured citizens up to 29 years old, employed and males; better chance of extended dissociation was associated to ages over 50, males, long evolution of disorder and more than 4 renovations of benefits; the chances of acts of granting and extended dissociation were bigger among insured citizens with serious disorders and with comorbidities. Skillful and registered psychiatrists have associated themselves to lesser chance of acts of granting and bigger chance of extended dissociation. **CONCLUSION:** This study suggests that the transformations verified at the profile of welfare grants in due more to concrete changes in registered doctors practice than only to changes of regulations or to working staff. It makes evident that skillful appraisals, mainly when carried out by psychiatrists, have proved to be suitable. It stands out possible relations between requirements of sickness benefits because of mental disorders in the work, informal or not, and the need of actions whose purposes could be to rescue and to consider valuable the working capacity of insured citizens with these same disorders, through a Professional Rehabilitation.

Keywords: Social Security. Mental Disorders. Disability Insurance.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AADJ	Agência de Atendimento de Demandas Judiciais
ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Agência da Previdência Social
Ax1	Exame pericial inicial
Ax2	Perícia de ordem 2
Axn	Perícias subseqüentes ao Ax1
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAP	Caixa de Aposentadorias e Pensões
CBO-94	edição de 1994 da Classificação Brasileira de Ocupações
CGBENIN	Coordenação Geral de Benefícios por Incapacidade
CID-10	Décima Edição da Classificação Internacional de Doenças
CNPS	Conselho Nacional de Previdência Social
COPEs	Cobertura Previdenciária Estimada
DALY	<i>Disability adjusted life years</i> (incapacidade ajustada para os anos de vida)
DATAPREV	Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social
DCB	Data da Cessação do Benefício
DCI	Data da Comprovação da Incapacidade
DER	Data de Entrada do Requerimento
DID	Data de Início da Doença
DII	Data de Início da Incapacidade
DIRBEN	Diretoria de Benefícios
DRE	Data de Realização do Exame
EUA	Estados Unidos da América
Gex	Gerência Executiva do INSS
Gex/JF	Gerência Executiva do INSS em Juiz de Fora
IAP	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IAPS	Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social
IN	Instrução Normativa
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social

JRPS	Junta de Recursos da Previdência Social
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
OMS	Organização Mundial da Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PP	Pedido de Prorrogação
PR	Pedido de Reconsideração
RGPS	Regime Geral da Previdência Social
SABI	Sistema de Administração de Benefícios por Incapacidade
SABI-Gestão	Módulo Gestão do Sistema de Administração de Benefícios por Incapacidade
SGBENIN	Serviço/Seção de Gerenciamento de Benefícios por Incapacidade
SIMA	Solicitação de Informações ao Médico Assistente
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência
SUB	Sistema Único de Benefício
TUSPA	Transtornos por uso de substâncias psicoativas
YLD	<i>Years lived with disability</i> (anos vividos com incapacitação)

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 HISTÓRICO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL NO BRASIL	17
1.2 BENEFÍCIOS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL	20
1.2.1 AUXÍLIO-DOENÇA	21
1.3 SETOR DE PERÍCIAS MÉDICAS DO INSS	23
1.3.1 ORGANIZAÇÃO DA PERÍCIA MÉDICA.....	23
1.3.2 ATRIBUIÇÕES DA PERÍCIA MÉDICA	24
1.3.3 MÉDICOS CREDENCIADOS.....	25
1.3.4 EXAMES MÉDICO-PERICIAIS	26
1.3.4.1 Conceito de Incapacidade e de Invalidez	26
1.3.4.2 Avaliação Médico-pericial	27
1.4 LEGISLAÇÃO PREVIDENCIÁRIA	29
1.4.1 MUDANÇAS NA LEGISLAÇÃO: REQUERIMENTO E CONCESSÃO DO AUXÍLIO-DOENÇA	30
1.5 CONCESSÕES DE BENEFÍCIO POR INCAPACIDADE LABORATIVA.....	32
1.5.1 NÚMEROS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL DO BRASIL	32
1.5.2 ESTUDOS SOBRE BENEFÍCIOS POR INCAPACIDADE LABORATIVA.....	33
2 OBJETIVOS	35
3 MATERIAL E MÉTODO	36
3.1 DADOS PRELIMINARES	36
3.2 DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	36
3.3 CARACTERIZAÇÃO DAS AGÊNCIAS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL ESTUDADAS	37
3.4 DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS	38
3.5 REGISTROS EXCLUÍDOS DO BANCO DE DADOS.....	47
3.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	47
3.6.1 CONSTRUÇÃO DOS MODELOS DE REGRESSÃO LOGÍSTICA	48
3.6.1.1 Conclusão Pericial	48
3.6.1.2 Tempo de Afastamento.....	51
3.7 FLUXOGRAMA DA PESQUISA	53
4 RESULTADOS	54
4.1 ANÁLISES DESCRITIVAS E EXPLORATÓRIAS	54
4.2 ANÁLISES BIVARIADAS	63

4.3 ANÁLISES ESTRATIFICADAS	94
4.4 MODELOS DE REGRESSÃO LOGÍSTICA	104
4.4.1 CONCLUSÃO PERICIAL.....	104
4.4.2 TEMPO DE AFASTAMENTO	108
5 DISCUSSÃO	113
6 CONCLUSÃO.....	135
REFERÊNCIAS	138
Apêndice A – Resultados do Levantamento Prévio Realizado Através do Módulo Gestão do Sistema de Administração de Benefícios por Incapacidade	148
Apêndice B – Produções Científicas Relacionadas.....	165

1 INTRODUÇÃO

As altas taxas de incapacitação decorrentes destas doenças mostram que estas condições que merecem um tratamento deveriam estar em lugar de destaque nas agendas das políticas de saúde pública.

*Robert Kohn, Marcelo Feijó de Mello e
Andrea de Abreu Feijó de Mello*

Nas últimas décadas, entre os benefícios do Regime Geral da Previdência Social (RGPS), tem se destacado a concessão do chamado Auxílio-doença Previdenciário, devido a segurados do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) que se encontram incapazes para o exercício de suas atividades laborativas em decorrência de algum agravo à saúde. Segundo dados históricos do Anuário Estatístico da Previdência Social (BRASIL, 2005a), o número de benefícios concedidos sob esta rubrica saltou de 575.742 em 1988 para 793.825 em 2001 e daí para 1.725.781 em 2004, chegando a 1.860.695 em 2005.

No processo de concessão do Auxílio-doença destaca-se o papel da perícia médica que, baseada em normas técnicas, administrativas e legais, faz a avaliação da incapacidade laborativa dos requerentes deste benefício. Ao INSS, era facultado o credenciamento de médicos para a prestação de serviços quando os peritos de seu Quadro de Pessoal não fossem suficientes para suprir as demandas dos segurados; uma das atuações dos médicos credenciados referia-se à execução de exames médico-periciais (BRASIL, 2002). Inicialmente, os laudos concluídos pelos credenciados deveriam ser homologados pelos peritos médicos do Quadro de Pessoal do INSS; em novembro de 2000, entretanto, o Governo tornou este procedimento desnecessário através do Decreto 3.668 (BRASIL, 2000). Posteriormente, em 2004, a Lei 10.876 (BRASIL, 2004) — que criou a carreira de Perícia Médica Previdenciária — determinou a realização de concursos públicos para a contratação de 3 mil médicos e fixou em 18 de fevereiro de 2006 a data limite para a conclusão do descredenciamento dos médicos terceirizados.

Além dessas alterações no Quadro de Pessoal da Perícia Médica do INSS, em 2005 também se iniciaram algumas mudanças no processo de concessão de Auxílio-doença: em agosto daquele ano, foi instituída a Cobertura Previdenciária Estimada (COPES), medida que buscou reduzir as longas filas de espera do INSS determinando que a Perícia Médica passasse a estabelecer prazos para a recuperação da capacidade laborativa dos segurados *considerando a previsibilidade de recuperação da capacidade laborativa* (BRASIL, 2005b). Faz-se

importante destacar que o perito médico *não concede altas médicas, mas apenas (...) estima prazos que serão necessários para o restabelecimento do segurado* (GONZAGA, 2006, p. 43).

Antes da COPEs, aquele que tivesse seu requerimento de Auxílio-doença deferido, receberia seu benefício até a Data da Cessação do Benefício (DCB) apenas se o perito médico considerasse desnecessária uma posterior reavaliação, considerando a data provável da recuperação da capacidade laborativa. Em contrapartida, poderia receber o benefício até a Data da Comprovação da Incapacidade (DCI), caso o perito não conseguisse presumir o tempo necessário para essa provável recuperação. Com isso, a grande maioria dos deferimentos era concluída com DCI, o que gerava constantes reavaliações periciais, favorecendo a existência de benefícios prolongados e aumentando as filas de espera do INSS. Com a COPEs, manteve-se apenas a opção de DCB para os requerimentos que, deferidos, não fossem encaminhados para homologação de aposentadoria ou de revisão após dois anos de benefício ou encaminhados ao Setor de Reabilitação Profissional. Segundo avaliação do então Ministro da Previdência Social, Nelson Machado, a implantação da COPEs implicou, ao menos em parte, na redução de 21,66% nas concessões de Auxílio-doença Previdenciário entre outubro de 2005 e maio de 2006 ao conseguir eliminar as perícias intermediárias para reavaliação do segurado antes de seu retorno ao trabalho (AGÊNCIA DE NOTÍCIAS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL, 2006a).

Entre agosto de 2005 e abril de 2006, caso não recuperasse sua capacidade laborativa, o segurado só teria direito a um Pedido de Reconsideração (PR) por benefício e/ou a Recurso junto à Junta de Recursos da Previdência Social (JRPS). Em maio de 2006 (BRASIL, 2006c), entretanto, foi instituído o Pedido de Prorrogação (PP) da DCB, podendo o benefício ser prorrogado quantas vezes fosse constatada a presenç a de incapacidade. De alguma forma, esta Resolução do Conselho Nacional de Previdência Social (CNPS) abriu caminho para que a rotina operacional da Perícia Médica se aproximasse do modelo anterior   COPEs.

Números coletados em outubro de 2006 através do Módulo Gestão do Sistema de Administração de Benefícios por Incapacidade (SABI-Gestão) no Serviç o/Seção de Gerenciamento de Benefícios por Incapacidade (SGBENIN) da Gerência Executiva do INSS em Juiz de Fora (Gex/JF) indicaram que em 22,1% das perícias médicas concluídas em duas Agências da Previdência Social (APS) — a APS Largo do Riachuelo e a APS São Dimas — entre janeiro e setembro de 2006 foi registrada, no diagnóstico principal, uma patologia codificada no capítulo V da Décima Edição da Classificação Internacional de Doenç as (CID-

10) — que engloba os Transtornos Mentais e Comportamentais (F00-F99). Apenas o capítulo XIII da CID-10 — referente às Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo (M00-M99) — superou o capítulo V, contribuindo com 32,8% dos diagnósticos registrados. Neste levantamento, o terceiro grupo mais freqüente foi o das Doenças do Aparelho Circulatório — capítulo IX da CID-10 (I00-I99) — registrado em 21,5% das perícias. Alguns trabalhos têm evidenciado que estas três patologias crônicas não-transmissíveis — doenças musculoesqueléticas, psiquiátricas e cardiovasculares — estão entre as mais freqüentes causas de incapacidade laborativa (BOFF *et al.*, 2002; MONCRIEFF e POMERLEAU, 2000; MOURA *et al.*, 2007; SAMPAIO *et al.*, 2003; SILVEIRA e MONTEIRO, 2004).

Conforme destacado por Gonzaga (2006, p. 35), *a seguradora INSS não concede o benefício pela simples existência da doença, mas se faz necessária a existência da repercussão da doença sobre a capacidade laborativa*, cuja avaliação concerne ao perito médico. Para estar convicto do direito ao benefício, o perito médico da Previdência Social busca encontrar o maior número de dados objetivos que possam comprovar a existência da incapacidade laborativa alegada pelo segurado (MELO e ASSUNÇÃO, 2003). Nesta tarefa, destacam-se os transtornos mentais que, por sua particular subjetividade — passível de acentuar os conflitos decorrentes da diversidade de interpretações —, constituem uma das mais complexas situações a serem avaliadas (GONZAGA, 2006; LEO e DEL REGNO, 2001; MELO e ASSUNÇÃO, 2003; OKPAKU *et al.*, 1994), podendo gerar equívocos na conclusão do perito médico sobre a incapacidade laborativa dos requerentes de Auxílio-doença.

Por muito tempo se subestimou o ônus dos transtornos mentais, ao se considerar apenas seu impacto sobre o número de mortes e não sobre a incapacidade. A Organização Mundial da Saúde (OMS), entretanto, desenvolveu um programa que redefiniu essa avaliação, passando a considerar as medidas de **incapacidade ajustada para os anos de vida** (*disability adjusted life years* — DALY) e de **anos vividos com incapacitação** (*years lived with disability* — YLD). Enquanto os transtornos mentais foram responsáveis por apenas 1% das mortes por doença, representaram 13% do ônus gerado e, em 2002, 28% dos YLD em todo o mundo; no Brasil, contribuem com 22% do índice DALY e, embora não existam registros do índice YLD, a estimativa é de que ele esteja entre 40 e 48% (KOHN *et al.*, 2007).

Segundo a OMS, que destaca a necessidade de mais pesquisas sobre os gastos com transtornos mentais em todos os países do mundo, o impacto econômico desses quadros é *profundo, durável e enorme* (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2001, p. 53), gerando altos custos diretos e indiretos: os custos econômicos decorrentes da queda na produtividade são maiores que os custos diretos, em decorrência da incapacidade prolongada

dos pacientes psiquiátricos. Em 1990, embora os quadros neuropsiquiátricos representassem apenas 0,3% das causas de mortalidade, foram responsáveis por 10,5% dos gastos mundiais em decorrência de agravos à saúde (MURRAY e LOPEZ, 1997). Reportando-se a dados da OMS de 2005, Prince *et al.* (2007), ressaltam que os quadros neuropsiquiátricos responderiam por 31,7% de todos os anos vividos com incapacidade — com destaque para depressão, transtornos por uso de álcool, esquizofrenia, transtorno bipolar do humor e demência —, indicando que os transtornos mentais são uma importante causa de incapacidade prolongada.

Considerando que *o trabalho deve ser usado como mecanismo de reintegração na comunidade das pessoas com distúrbios mentais* (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2001, p. 138), alguns países têm desenvolvido cooperativas de trabalhadores visando o treinamento ou a reabilitação profissional de pacientes psiquiátricos, integrando-os em atividades eficientes para a economia local. Uma alternativa promissora para a saúde pública que depende do investimento conjunto de setores públicos e privados em empresas sociais.

Assim, este trabalho se justificou tanto pela elevada prevalência de diagnósticos de transtornos mentais entre os requerimentos e as concessões de Auxílio-doença Previdenciário, quanto pela escassez de literatura abordando o tema sobre saúde mental e Previdência Social no Brasil e pelas mudanças ocorridas nos últimos anos na rotina da Perícia Médica do INSS.

Ao apresentar o impacto dos transtornos mentais e das mudanças normativas sobre a concessão de benefícios por incapacidade laborativa e colocar em evidência as interações entre as diferentes características previdenciárias, clínicas e sócio-demográficas dos segurados do INSS com determinados aspectos institucionais, incluindo a conclusão pericial e o tempo de afastamento, espera-se levantar novos questionamentos capazes de embasar tanto o trabalho da Previdência Social quanto futuras investigações mais profundas. Espera-se ainda que os resultados deste trabalho possam justificar a proposta de uma assistência direcionada à recuperação clínica e à reabilitação profissional dos segurados do INSS com transtornos mentais, evitando-se, assim, que os benefícios por incapacidade sejam mantidos por longos períodos — o que onera os cofres da Previdência — e que a doença se torne, para o paciente, veículo de ganho secundário — o que contribui negativamente para a resposta terapêutica.

1.1 HISTÓRICO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL NO BRASIL

A análise do percurso histórico do sistema previdenciário revela que este apresentou, desde os seus primórdios, uma tendência progressiva e crescente no sentido da unificação institucional e “universalização” da cobertura.

Cristina Possas

Já no século XIX, começaram a ser criadas legislações referentes aos direitos de alguns grupos de trabalhadores. Exemplos são: o Decreto 9.912-A de 1888, que regulamentou o direito à aposentadoria dos funcionários dos Correios; a Lei 3.397, do mesmo ano, que criou uma Caixa de Socorros das Estradas de Ferro do Império; e o Decreto 10.269 de 1889, que criou o Fundo de Pensões do Pessoal das Oficinas de Imprensa Nacional. Em 1919, como resultado de pressões sociais, a promulgação da Lei 3.724 tornou o seguro contra acidentes de trabalho compulsório para algumas profissões (GONZAGA, 2006). Foi, entretanto, em 1923 que a Previdência Social no Brasil teve seu marco inicial com a publicação do Decreto-Lei 4.682, conhecido como Lei Eloy Chaves (BRASIL, 1923), que criou a Caixa de Aposentadorias e Pensões (CAP). Inicialmente destinada a trabalhadores ferroviários, aos poucos as CAP foram expandidas para outras categorias funcionais (BATICH, 2004; GONZAGA, 2006; SAMPAIO *et al.*, 2003).

No início da década de 30 — período de importante crescimento industrial no Brasil, marcado por reivindicações dos trabalhadores urbanos assalariados por melhores condições de vida —, foi criado o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (BATICH, 2004; GONZAGA, 2006). Neste contexto, o poder público expandiu sua interferência sobre a proteção social dos trabalhadores, transferindo a responsabilidade sobre a administração previdenciária da CAP para o Estado. A partir de 1933, iniciou-se a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP) que, diferentemente das CAP, contavam com a participação do Estado em seu financiamento, além das contribuições dos empregadores. Uma vez que poucos contribuintes haviam atingido o direito à aposentadoria, nesta época a receita previdenciária superava as despesas e o Governo passou a investir os recursos dos IAP em diversos setores da economia, o que se manteve ao longo dos anos, sem que os mesmos retornassem aos cofres da Previdência (BATICH, 2004). Na Década de 60, a Lei Orgânica da Previdência Social (BRASIL, 1960) unificou a legislação do sistema previdenciário brasileiro

do setor privado; unificação consolidada em 1966 através do Decreto-Lei 72 (BRASIL, 1966) que criou o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

Na década de 70, época em que a política privilegiava o crescimento do setor econômico, em detrimento do desenvolvimento social, observou-se o início de uma redução dos recursos previdenciários: foram criadas novas espécies de benefícios, incluídas categorias de segurados que não foram beneficiadas anteriormente e, paralelamente, a Previdência Social assumiu a responsabilidade pela assistência médica (BATICH, 2004). Em 1974 foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e, a partir de 1977, com a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência (SINPAS), o INPS ficou responsável pelo gerenciamento dos benefícios previdenciários e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) foi criado para assumir a área médico-assistencial (AGÊNCIA DE NOTÍCIAS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL, 2006b; BATICH, 2004; GONZAGA, 2006).

Após o término do regime militar em 1984, com o objetivo de resgatar a grande dívida social brasileira, os parlamentares aprovaram o Capítulo sobre a Seguridade Social da Constituição Federal de 1988, visando garantir direito à saúde, assistência social, seguro-desemprego e previdência; embora previstos constitucionalmente, os pilares econômicos destinados à Seguridade Social encontraram inúmeros obstáculos à sua aplicação (BATICH, 2004; MARQUES *et al.*, 2003; MARQUES e MENDES, 2004). Eleito, em 1990, como Presidente da República, Fernando Collor de Mello abriu caminho para a implantação do ideário neoliberal na política econômica brasileira, quebrando barreiras que protegiam o mercado nacional da concorrência estrangeira. Como resultado, instaurou-se uma importante crise em diversos setores da indústria brasileira, reduzindo os postos de trabalho e, conseqüentemente, aumentando o desemprego que já vinha se agravando desde a década de 80 (BATICH, 2004).

A partir deste período, a Previdência Social brasileira foi atingida por fatores de ordem política e econômica que, segundo Batich (2004), gerou uma redução de 4,5% na receita previdenciária e aumento de 24% nas despesas com benefícios no período de 1996 a 2002; entre 1988 e 2000, houve um aumento de 66% em quase todas as espécies de benefícios previdenciários em manutenção — excluindo-se as aposentadorias —, saltando de 5.585.817 para 8.461.016 benefícios. Entre as causas dessas alterações, a mesma autora descreveu: 1- a maturidade do sistema, que passou a ter um maior número de pessoas preenchendo as condições necessárias à concessão de aposentadoria; 2- a redução das contribuições previdenciárias em decorrência das altas taxas de desemprego; 3- o não cumprimento das determinações da Constituição que, se cumpridas, em 2002, quando houve um déficit de

16,21 bilhões, teria havido um saldo de 32,11 bilhões; e 4- as transformações demográficas que vêm culminando com a participação cada vez maior de idosos na população total. Como consequência, observou-se uma progressiva alteração da relação contribuinte/aposentado: 8/1 na década de 50; 4,2/1 na de 70; e 2,3/1 na de 90 (BATICH, 2004).

Em 1990, através do Decreto 99.350 (BRASIL, 1990), foi criado o INSS mediante a fusão do INPS com o Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPS). A finalidade do INSS atualmente está prevista no Decreto 5.870 de agosto de 2006 (BRASIL, 2006b): *promover o reconhecimento, pela Previdência Social, de direito ao recebimento de benefícios por ela administrados, assegurando agilidade, comodidade aos seus usuários e ampliação do controle social.*

1.2 BENEFÍCIOS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL

*O homem se humilha se castram seu sonho
Seu sonho é sua vida e vida é trabalho
E sem o seu trabalho, um homem não tem honra
E sem a sua honra, se morre, se mata.*

Gonzaguinha

A Previdência Social compreende, além do RGPS, o Regime Facultativo Complementar de Previdência Social, regido por lei específica. O RGPS, mediante contribuição, garante cobertura aos seus beneficiários — segurados e dependentes — em situações de incapacidade, idade avançada, tempo de serviço, encargos familiares e prisão ou morte daqueles de quem dependiam economicamente, assegurando-lhes meios indispensáveis à manutenção da subsistência.

Os benefícios do RGPS prestados aos segurados da Previdência Social são as Aposentadorias (por Invalidez, por Idade, por Tempo de Contribuição ou Especial), o Auxílio-doença, o Salário-família, o Salário-maternidade e o Auxílio-acidente. No caso dos dependentes, são a Pensão por Morte e o Auxílio-reclusão. Para todos os beneficiários são oferecidos o Serviço Social e a Reabilitação Profissional (BRASIL, 1991; 1999a).

Para ter direito às prestações previdenciárias, após sua inscrição no RGPS, os segurados devem cumprir um período de carência, que varia conforme o benefício requerido: 1- para o Auxílio-doença e a Aposentadoria por Invalidez, são necessárias 12 contribuições mensais; 2- para as Aposentadorias por Idade, por Tempo de Serviço ou Especial, 180 contribuições mensais; 3- para o Salário-maternidade, 10 contribuições mensais (BRASIL, 1991; 1999a). Algumas prestações, entretanto, independem da carência, entre as quais a Reabilitação Profissional e o Auxílio-doença ou a Aposentadoria por Invalidez nos casos de acidente de qualquer natureza ou quando o segurado, após filiar-se ao RGPS, for acometido de alguma das doenças ou afecções previstas em lei como isentas de carência pelos Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social, de acordo com os critérios de estigma, deformação, mutilação, deficiência ou outro fator que lhe confira especificidade e gravidade que mereçam tratamento particularizado (BRASIL, 1991; 1999a).

Desde que o segurado obrigatório tenha cumprido o período de carência, havendo interrupção das contribuições — voluntária ou por incapacidade laborativa —, a qualidade de segurado é mantida por até doze meses após a cessação das contribuições ou após a cessação

do Auxílio-doença. Para os segurados facultativos, esse prazo é de até 6 meses após a cessação das contribuições. Havendo perda da qualidade de segurado, as contribuições anteriores só serão computadas para efeito de carência — a partir da nova filiação à Previdência Social —, após o segurado contar com pelo menos um terço do número de contribuições exigidas para o cumprimento da carência definida para o benefício a ser requerido (BRASIL, 1991).

1.2.1 AUXÍLIO-DOENÇA

Para o Setor de Perícias Médicas do INSS, dentre os benefícios do RGPS, destaca-se o Auxílio-doença Previdenciário que, com uma *concepção claramente securitária* (MARASCIULO, 2004, p. 71), é devido aos segurados que estejam incapacitados para o exercício de suas atividades laborativas — a contar do décimo sexto dia de afastamento para empregados e desde o início da incapacidade para os demais segurados. Apesar da nomenclatura, não é um benefício cuja prestação dependa exclusivamente da presença de alguma doença; é preciso que o agravo à saúde esteja comprometendo a capacidade laborativa do segurado (GONZAGA, 2006; MARASCIULO, 2004). O Auxílio-doença também não é devido àquele segurado que, ao filiar-se ao RGPS, já portava a doença ou a lesão que alega como motivo para o requerimento do benefício, exceto quando a incapacidade é decorrente de progressão ou agravamento dessa doença ou lesão (BRASIL, 1991; 1999a; 2002).

Quando estiver recebendo Auxílio-doença e for considerado insusceptível de recuperação para sua atividade habitual, o segurado deverá submeter-se ao processo de Reabilitação Profissional, buscando o desenvolvimento de habilidades para o exercício de outra atividade laborativa. O segurado deverá ser mantido em benefício até que seja considerado habilitado para o desempenho de nova função que lhe garanta subsistência. Quando, entretanto, for considerado insusceptível de recuperação, será encaminhado para Aposentadoria por Invalidez. O benefício poderá ser suspenso quando o segurado, em gozo de Auxílio-doença, recusar-se às avaliações médico-periciais, ao processo de Reabilitação Profissional e aos tratamentos dispensados gratuitamente — exceto cirurgias e transfusões sanguíneas, que lhes são facultadas (BRASIL, 1991; 1999a; 2002).

A cessação do Auxílio-doença deve ocorrer após recuperação da capacidade laborativa ou em decorrência de sua transformação em outra espécie de benefício, seja a Aposentadoria por Invalidez, seja o Auxílio-acidente, conforme o caso. Mediante avaliação médico-pericial, o INSS estabelecerá o prazo que considerar suficiente para a recuperação da

capacidade laborativa, sendo assim dispensada a realização de nova perícia. Caso o prazo concedido se revele insuficiente, o segurado poderá solicitar nova avaliação pericial, conforme as normas da Previdência Social (BRASIL, 1991; 1999a; 2002).

1.3 SETOR DE PERÍCIAS MÉDICAS DO INSS

Ao contrário da medicina assistencial, em que o médico está sempre em estreito vínculo profissional com o paciente, o médico-perito é colocado pela instituição seguradora como um juiz.

Paulo Gonzaga

O Setor de Perícias Médicas é aquele que, dentro da área física da APS, destina-se à execução da atividade médico-pericial, englobando as áreas técnica e administrativa. Deve ser organizado de forma a melhorar a qualidade do atendimento e a oferecer conforto e segurança tanto para os servidores quanto para os segurados (BRASIL, 2002).

O Manual de Perícia Médica da Previdência Social (BRASIL, 2002) prevê que todos os setores das APS do INSS estejam dotados de sistemas informatizados, permitindo que se mantenham interligados entre si e com outros setores, tanto da Gerência Executiva (Gex) quanto da Direção Geral do INSS. Assim, os procedimentos administrativos e técnicos podem tornar-se mais ágeis e de mais fácil execução.

A legislação previdenciária prevê o encaminhamento dos segurados do INSS à avaliação da Perícia Médica: 1- quando se faz necessária a verificação da incapacidade laborativa nos requerimentos de Auxílio-doença; 2- para definir a existência de incapacidade decorrente de deficiência nos requerimentos de Benefício de Prestação Continuada regido pela Lei Orgânica da Assistência Social (BPC/LOAS); e 3- para verificação de invalidez em maiores de 18 anos nos requerimentos de Pensão por Morte ou Auxílio-reclusão (BRASIL, 2002). Todas as categorias de segurados do INSS têm o direito de requerer os benefícios previdenciários; no caso do BPC/LOAS — um benefício assistencial — terão direito os idosos com 65 anos ou mais e a pessoa portadora de deficiência que declarar renda familiar *per capita* inferior a um quarto do salário mínimo (BRASIL, 1993; 1999b).

1.3.1 ORGANIZAÇÃO DA PERÍCIA MÉDICA

A Perícia Médica do INSS está organizada, basicamente, em dois níveis: a Direção Geral — que visa a normatização das atividades médico-periciais em âmbito nacional, de acordo com a política e diretrizes do Ministério da Previdência Social — e as Gex, que viabilizam os programas e metas estabelecidas pela Direção Geral. A Gex comporta o

SGBENIN, responsável pela execução e controle das atividades da Perícia Médica e da Reabilitação Profissional, estando subordinado à Coordenação Geral de Benefícios por Incapacidade (CGBENIN), integrante da Diretoria de Benefícios (DIRBEN) da Direção Geral (BRASIL, 2002).

1.3.2 ATRIBUIÇÕES DA PERÍCIA MÉDICA

É competência da Perícia Médica do INSS cumprir os programas e as normas de trabalho definidos pelos órgãos superiores. No exame médico-pericial, cabe ao perito médico a realização do exame clínico do segurado buscando a identificação da incapacidade laborativa. Concluindo pela inaptidão ao trabalho, deverá identificar e fixar no prontuário do segurado as datas de início da doença e da incapacidade. Finalmente, será fixado o prazo de concessão do benefício, baseado no quadro clínico avaliado e em sua evolução natural. Não bastando a comprovação de uma patologia ou lesão, na avaliação da incapacidade laborativa o perito médico considera, além da doença, a idade e a profissão dos segurados; um tripé indispensável à sua conclusão (BRASIL, 2002; GONZAGA, 2006).

As atividades da Perícia Médica do INSS podem envolver ainda: inspeção nas empresas para reconhecimento do nexó técnico; requisição de exames complementares e de pareceres especializados, quando necessários; avaliar a indicação de encaminhamento do segurado em benefício por incapacidade à Reabilitação Profissional; participar de Junta Médica, quando for o caso; emitir parecer técnico em juízo se e quando convocado ou indicado como Assistente Técnico do INSS; participar de revisões de benefícios previdenciários (Auxílio-doença e Aposentadoria por Invalidez) ou do BPC/LOAS; e avaliar a indicação de concessão de Aposentadoria Especial, analisando o laudo técnico e o formulário emitido pela empresa (BRASIL, 2002).

Conforme discutido por Melo e Assunção (2003), a função do perito médico do INSS implica na interpretação de um material impreciso e variável que torna específica cada avaliação, cuja conclusão derivaria de um julgamento sobre os diversos elementos apresentados pelos segurados: aos elementos técnicos e normativos inerentes ao trabalho pericial somam-se aqueles de ordem pessoal, que trazem os princípios apreendidos pelo sujeito. Assim sendo, a subjetividade presente na avaliação realizada por peritos médicos pode levar a diferentes interpretações e, conseqüentemente, a julgamentos e conclusões periciais distintos para as mesmas circunstâncias diagnósticas, ainda que seja o caso de um mesmo segurado. Quando os segurados têm um requerimento de benefício indeferido, cabe-

lhe, todavia, o direito a recurso ao INSS. Melo e Assunção (2003) destacam ainda que a angustiante tarefa desempenhada pelo perito médico — profissional que precisa definir sua conclusão ainda que não tenha solucionado todas as suas dúvidas sobre o caso avaliado — torna-se mais penosa frente à incerteza deixada pelos quadros sem dados objetivos, seja ao exame clínico ou complementar, que o auxiliem em sua decisão.

1.3.3 MÉDICOS CREDENCIADOS

Até 2005, ao INSS esteve facultada a contratação de médicos para prestação de serviços à instituição em quatro situações: 1- quando, esgotada a carga de trabalho dos peritos médicos de seu Quadro de Pessoal, houvesse demanda que a justificasse; 2- quando, na jurisdição de APS onde não houvesse servidor da área médico-pericial, os serviços médicos se mostrassem necessários ao INSS; 3- quando houvesse necessidade de médico especialista para atender às demandas dos peritos médicos do Quadro; e 4- quando fosse necessário prestar atendimento às Varas de Acidentes de Trabalho. Assim, os médicos credenciados poderiam ser categorizados como: 1- médico-especialista, responsável pela realização de exames especializados a pedido da Perícia Médica do INSS, tecnicamente justificados; 2- assistente técnico, cuja atribuição é a realização de exames médico-periciais junto às Varas de Acidente do Trabalho na falta de servidores do Quadro de Pessoal do INSS; e 3- perito médico credenciado, com autorização para realizar exames médico-periciais (BRASIL, 2002).

Em novembro de 2000, durante o Governo de Fernando Henrique Cardoso — quando existiam no país cerca de 3,2 mil médicos credenciados ao INSS (AGÊNCIA DE NOTÍCIAS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL, 2000) —, o Decreto 3.668 (BRASIL, 2000) foi publicado para alterar o Regulamento da Previdência Social, previsto no Decreto 3.048 de maio de 1999. Dentre outras alterações, uma foi responsável pelo fim da necessidade de homologação dos laudos periciais realizados pelos médicos credenciados, até então, a cargo dos peritos do Quadro de Pessoal do INSS. O objetivo foi reduzir a burocracia e, assim, agilizar os atendimentos dos requerentes de Auxílio-doença, uma vez que um quarto de aproximadamente 2,8 mil peritos médicos do INSS passou a atuar diretamente nas perícias, não mais se responsabilizando pela homologação das conclusões dos exames realizados por credenciados (AGÊNCIA DE NOTÍCIAS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL, 2000); um procedimento que, na prática dos últimos anos, já não funcionava como um filtro das decisões dos credenciados e se tornara apenas uma ação burocrática (CECHIN e GIAMBIAGI, 2004).

Criada através da Medida Provisória 166/04 — editada durante uma greve dos

Peritos Médicos do INSS que durou de dezembro de 2003 a fevereiro de 2004 —, a Carreira de Perícia Médica da Previdência Social se associou a mudanças nas concessões de benefícios por incapacidade laborativa. Além da realização de concursos públicos para a contratação de três mil médicos para comporem o Quadro de Pessoal do INSS, a Lei 10.876 de 2004 (BRASIL, 2004) estabeleceu que o descredenciamento de todos os médicos que prestavam serviços à instituição na área de Perícia Médica deveria ser concluído até 20 de fevereiro de 2006. Desde então, os exames médico-periciais do INSS em todo o país vêm sendo realizados apenas por peritos médicos de seu Quadro de Pessoal.

1.3.4 EXAMES MÉDICO-PERICIAIS

Os exames médico-periciais mostram-se necessários principalmente nos requerimentos das espécies de benefício Auxílio-doença Previdenciário ou Acidentário e Aposentadoria por Invalidez, tendo o objetivo de avaliar a existência de incapacidade laborativa (BRASIL, 2002). Fazem-se ainda indispensáveis nos requerimentos do BPC/LOAS, com a finalidade de definir sobre a existência de incapacidade para suprir a própria subsistência através do trabalho remunerado devido à presença de deficiência física e/ou mental (BRASIL, 1993; 1999b).

Os exames médico-periciais são classificados de acordo com a ordem e a fase do exame. Quanto à ordem, poderão ser exames periciais iniciais (Ax1) ou exames subseqüentes (os Ax2, Ax3, Ax4...Axn). De acordo com a fase, na atual prática médico-pericial os exames poderão ser classificados como exame normal (no caso de Ax1), PP, PR ou Recurso junto à JRPS (BRASIL, 2002).

1.3.4.1 Conceito de Incapacidade e de Invalidez

Dois conceitos fundamentais no exercício da função de perito médico são aqueles referentes à incapacidade e à invalidez. De acordo com o Manual de Perícia Médica da Previdência Social (BRASIL, 2002), tais conceitos podem ser assim definidos: incapacidade é a condição que prevê a impossibilidade de desempenho de funções específicas relacionadas à atividade profissional de um determinado trabalhador decorrente de alterações morfofisiológicas devido a acidente ou doença; invalidez é a incapacidade laborativa total, por tempo indefinido, multiprofissional e que não se mostra suscetível de recuperação ou de reabilitação profissional.

Relativamente ao conceito de incapacidade, dois aspectos devem ser ressaltados: 1) a incapacidade deve ser também considerada quando a permanência em determinada atividade puder acarretar agravamento da doença ou lesão apresentada pelo segurado ou trazer risco de morte para si ou para terceiros; 2) a avaliação da incapacidade deve levar em conta o grau de comprometimento pela patologia em questão, sua duração e a profissão desempenhada pelo segurado (BRASIL, 2002).

Quanto ao grau, a incapacidade poderá ser parcial — quando o trabalhador ainda consegue desempenhar atividades sem risco de morte ou de agravamento, não devendo ocorrer alteração salarial em decorrência de mudança de função — ou total — quando o trabalhador está impedido de manter atividades laborativas em decorrência de sua doença ou lesão. Quanto à duração, poderá ser temporária — quando se mostra passível de recuperação dentro de um prazo previsível — ou definitiva — quando é insuscetível de recuperação ou reabilitação através dos meios disponíveis. Quanto à profissão, poderá ser uni, multi ou omni-profissional, conforme a incapacidade atinja uma, diversas ou toda e qualquer atividade laborativa, respectivamente (BRASIL, 2002).

Diferentes autores já discutiram as dificuldades intrínsecas ao conceito de incapacidade (CASSIS *et al.*, 1996; MARASCIULO, 2004; OKPAKU *et al.*, 1994), não se encontrando na literatura uma proposta criteriológica que possa contribuir para superação das mesmas. De acordo com Cassis *et al.* (1996), ainda que a avaliação médica ideal sobre a incapacidade para o trabalho deva ser objetiva, independente de qualquer consideração econômica e baseada estritamente em critérios qualificados como médicos — e mesmo que a legislação exija precisão na análise técnica do perito —, cada profissional atua com um alto grau de liberdade e subjetividade em suas avaliações e a concepção de incapacidade laborativa está sob a influência da cultura e do mercado de trabalho.

1.3.4.2 Avaliação Médico-pericial

O exame médico-pericial, realizado pelos peritos médicos do Setor de Perícias Médicas do INSS, é realizado dentro da seguinte seqüência: 1- identificação do segurado através de documento de identidade original e com foto; 2- anamnese, buscando dados da história clínica do segurado relacionados à doença ou lesão que justifica o requerimento de Auxílio-doença; 3- exame físico dirigido, baseado na anamnese; 4- avaliação de exames complementares (quando presentes) e de documentação médica (declarações dos médicos assistentes e/ou de cópias de prontuários, receitas, sumários de alta hospitalar, etc.); 5-

registro do diagnóstico provável, baseando-se em todas as fases anteriores; 6- conclusão pericial, com parecer baseado nos dados anteriormente colhidos e consubstanciado técnica e legalmente; 7- fixação da Data de Início da Doença (DID) e da Data de Início da Incapacidade (DII); 8- fixação da DCB; 9- justificativa da DCB; 10- para segurados empregados e empregados domésticos, o perito médico deve entregar o resultado do exame pericial. Nos casos de indeferimento, o exame termina com a conclusão pericial, não passando pelas etapas 7, 8 e 9 da seqüência descrita.

Um aspecto essencial da avaliação médico-pericial refere-se à fixação da DID e da DII. A DII deve ser corretamente fixada na data em que as manifestações da doença passaram a impedir o desempenho das atividades laborativas do segurado, justificando seu afastamento do trabalho. Esta análise, para todos os segurados, deverá ser fundamentada a partir de dados clínicos objetivos, exames complementares, comprovante de internação hospitalar, declarações de tratamento ambulatorial, entre outros elementos, conforme o caso (BRASIL, 2002; GONZAGA, 2006; INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL, 2007). Os critérios utilizados pelos peritos médicos para fixação dessas datas — que muito pode influenciar na concessão ou não de benefícios conforme os critérios administrativos — deverão ficar registrados no relatório de conclusão do exame. É função do perito médico a busca por documentos que fundamentem sua conclusão sobre a DII fixada no laudo médico-pericial: se não identificar elementos definidores no Ax1, pode recorrer à Solicitação de Informações ao Médico Assistente (SIMA). Se, ainda assim, não houver dados que justifiquem sua fixação, o SABI permite que a DII seja registrada, alternativamente: na data da declaração ou atestado do médico assistente; na DER, considerando-se que o segurado procurou pelo INSS no momento em que se percebeu incapaz; ou mesmo na DRE, quando se constata a incapacidade laborativa no exame pericial — condutas que, de acordo com orientações institucionais, devem ser evitadas pelos peritos médicos (INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL, 2007).

As avaliações médico-periciais concluirão pela ausência ou existência de incapacidade para o trabalho, que poderá ser temporária ou definitiva. Cabe ao segurado a comprovação da existência da doença ou lesão que alega ser incapacitante para o exercício de suas atividades laborativas, apresentando, entre outros documentos, relatório de seu médico assistente e, quando existentes, os resultados de exames complementares. Na ausência dessa comprovação, o perito médico poderá indeferir o requerimento ou solicitar informações ao médico assistente, conforme o caso (BRASIL, 2002; GONZAGA, 2006; INSS, 2007).

1.4 LEGISLAÇÃO PREVIDENCIÁRIA

Junto com a riqueza deparamo-nos agora com os meios pelos quais a civilização pode ser defendida: medidas de coerção e outras, que se destinam a reconciliar os homens com ela e a recompensá-los por seus sacrifícios.

Sigmund Freud

Sem perder a principal função dos sistemas previdenciários — assistir com recursos financeiros à população adulta que se encontra afastada do mercado de trabalho contra sua vontade, seja por doença, invalidez ou idade avançada (AGÊNCIA DE NOTÍCIAS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL, 2006b) —, ao longo de sua existência, a Previdência Social do Brasil passou por diversas modificações conceituais e estruturais. Atualmente, a Lei 8.213/91 (e alterações) que dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e o Decreto 3.048/99 (e alterações) que aprova o Regulamento da Previdência Social (BRASIL, 1991; 1999a) — complementados pela Instrução Normativa (IN) INSS/PRES nº 20 de 11/10/2007 e suas alterações, que estabelece critérios a serem adotados pela área de Benefícios (BRASIL, 2007b; c; 2008) — são os instrumentos legais de maior interesse para a Perícia Médica. Neles, são encontradas disposições sobre o RGPS, com a caracterização dos segurados do INSS e a regulamentação da concessão dos benefícios previdenciários.

São segurados obrigatórios do RGPS: o empregado, o empregado doméstico, o contribuinte individual (autônomo), o trabalhador avulso e o segurado especial. Há ainda situações especiais relacionadas ao dirigente sindical, aos índios integrados, ao magistrado da Justiça Eleitoral e ao servidor civil ou militar nas quais essas categorias também são consideradas como segurados obrigatórios do RGPS. Entre os segurados facultativos estão: o maior de dezesseis anos que não esteja exercendo atividade remunerada que o enquadre como segurado obrigatório; o síndico de condomínio não remunerado; o beneficiário de auxílio-acidente ou de auxílio suplementar que não esteja exercendo atividade que o filie ao RGPS como segurado obrigatório; o bolsista e o estagiário, inclusive o de advocacia, que prestem serviços a empresas. São beneficiários do RGPS considerados dependentes dos segurados: o cônjuge, a companheira, o companheiro, o filho não emancipado menor de 21 anos ou inválido, os pais e o irmão não emancipado menor de 21 anos ou inválido.

De acordo com o Decreto 3.048/99, a inscrição de segurados — com idade mínima

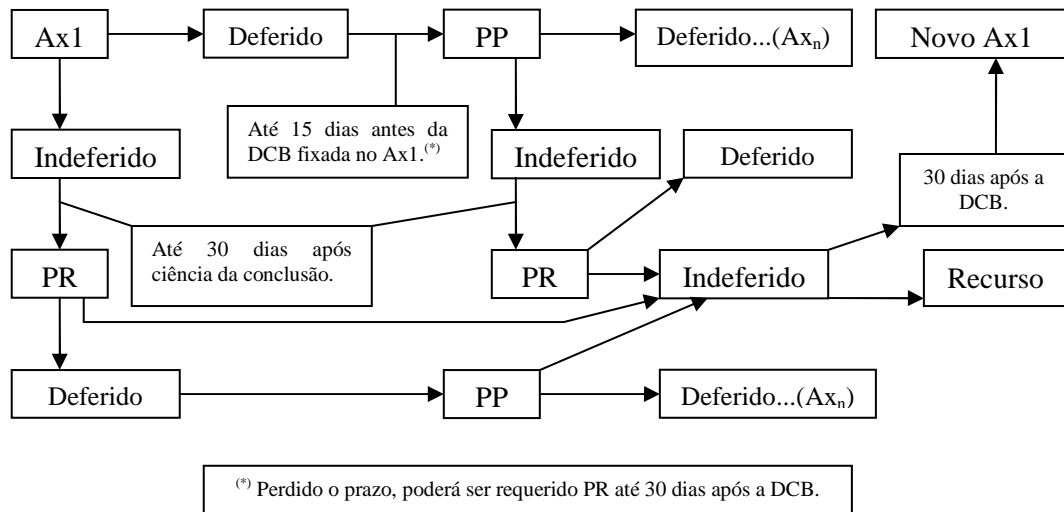
de 16 anos, desde 1998, e sem limite de idade máxima, desde 1991 — se faz através de um cadastrado no RGPS, mediante comprovação dos dados pessoais e de outros elementos necessários e úteis à sua caracterização. A partir da inscrição, estabelece-se a filiação: vínculo entre os contribuintes e a Previdência Social, do qual decorrem direitos e obrigações.

1.4.1 MUDANÇAS NA LEGISLAÇÃO: REQUERIMENTO E CONCESSÃO DO AUXÍLIO-DOENÇA

Nos casos de Auxílio-doença, atualmente os segurados podem requerer seu benefício de qualquer ordem pela Internet ou por telefone, dispensando o comparecimento às APS antes da data do exame pericial. Nesta data, os segurados deverão comparecer munidos de documentos de identificação pessoal e documentação médica que será submetida à apreciação do perito médico (BRASIL, 2002).

Com a implantação da COPES (BRASIL, 2005b), em agosto de 2005, as avaliações periciais favoráveis aos requerimentos de Auxílio-doença passaram a ser concluídas com DCB, utilizando-se a DCI apenas nos casos encaminhados à Reabilitação Profissional. Desde então, após requerer o Auxílio-doença, o segurado é avaliado no Ax1 e, caso seu pedido seja indeferido, tem o direito de requerer outro exame através do PR no prazo de 30 dias a contar da ciência do indeferimento. A partir de maio de 2006 (BRASIL, 2006c), quando foi instituído o PP, tendo seu Ax1 deferido e na eventualidade de não-recuperação de sua capacidade laborativa até a DCB fixada pelo perito médico, o segurado passou a ter o direito de solicitar nova avaliação pericial através do PP que deverá ser requerido dentro dos 15 dias que antecedem a DCB — o segurado só não poderá requerer novo PP se esta modalidade de requerimento já tiver resultado em indeferimento anteriormente. Se o prazo para requerer o PP for perdido ou se o PP for indeferido e o segurado não concordar com a conclusão pericial, tem direito ainda ao PR — desde que ainda não tenha requerido esta modalidade anteriormente, já que o PR é limitado a um por benefício. Caso ocorra indeferimento também do PR, o segurado pode interpor Recurso à JRPS ou requerer outro benefício através de novo Ax1 — neste caso, somente após 30 dias da DCB.

Resumidamente, os segurados têm direito ao requerimento de Ax1, PP, PR e Recurso conforme o seguinte esquema:



Ainda que as considerações apresentadas como justificativa para a elaboração e/ou revisão da legislação previdenciária não destaquem o fator econômico envolvido neste processo, além dos objetivos explícitos na redação destas mudanças normativas, há que se considerar as implicações econômicas das mesmas. Os números registrados nas bases de dados e nos sítios institucionais refletem a importância do Auxílio-doença para a Previdência Social, bem como as conseqüências destas mudanças na legislação previdenciária (EMPRESA DE TECNOLOGIA E INFORMAÇÕES DA PREVIDÊNCIA SOCIAL, 2007). As concessões de benefícios por incapacidade laborativa cresceram 24,0% ao ano no período entre 1999 e 2003 e a tendência ao crescimento se manteve em 2004 e 2005, chegando a representar 0,53% do Produto Interno Bruto (PIB) neste último ano (CECHIN e GIAMBIAGI, 2004; MORA, 2007). Entretanto, conforme referido anteriormente, a partir das mudanças efetivadas em 2005, foi registrada uma redução de 21,66% nas concessões de Auxílio-doença Previdenciário entre outubro de 2005 e maio de 2006 (AGÊNCIA DE NOTÍCIAS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL, 2006a).

1.5 CONCESSÕES DE BENEFÍCIO POR INCAPACIDADE LABORATIVA

É necessário manter a lógica mesmo na fantasia.
Millôr Fernandes

1.5.1 NÚMEROS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL DO BRASIL

Dados do Suplemento Histórico do Anuário Estatístico da Previdência Social revelam que as concessões de Auxílio-doença assumiram um progressivo aumento ao longo dos anos entre 1988 e 2005 (BRASIL, 2005a): em 1988, foram 575.742 concessões de Auxílio-doença; em 2005 esse valor foi de 1.860.695. Observou-se, entretanto, um expressivo salto no número de concessões de 2001 para 2002, quando passou de 793.825 para 1.288.270. O mais recente anuário da Previdência (BRASIL, 2007a) indica que a tendência ao aumento se manteve em 2006, quando foram concedidos 2.188.671 benefícios; a primeira queda foi registrada em 2007, com a concessão de 1.825.508 Auxílios-doença em todo o país.

Os dados de 2008 ainda não foram consolidados; porém, os Boletins Estatísticos mensais disponíveis no sítio da Previdência Social, são sugestivos de que a tendência à redução das concessões deste benefício tenha se mantido: em maio, foram concedidos 151.207 benefícios por incapacidade laborativa; em agosto, foram 150.222; e, em novembro, 142.213 — valores que representaram, respectivamente, 44,13%, 43,77% e 42,09% de todos os benefícios do RGPS concedidos nestes meses de 2008 (MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL, INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL e EMPRESA DE TECNOLOGIA E INFORMAÇÕES DA PREVIDÊNCIA SOCIAL, 2008a; c; b). Ao longo de 2006, a participação do Auxílio-doença entre os benefícios concedidos pelo RGPS superou os 50%, variando de 53,92%, em março, a 57,03%, em outubro (BRASIL, 2006a). Em 2007, esta relação se manteve acima dos 50% até março; de abril a dezembro de 2007, o Auxílio-doença representou de 42,19%, em setembro, a 48,67%, em abril, de todos os benefícios do RGPS concedidos no Brasil (BRASIL, 2007a).

1.5.2 ESTUDOS SOBRE BENEFÍCIOS POR INCAPACIDADE LABORATIVA

De acordo com Trevisol-Bittencourt *et al.* (2001), *nações desenvolvidas têm por praxe investigar quais as condições nosológicas mais freqüentemente associadas com incapacidade laboral [...] um requisito essencial para o desenvolvimento de estratégias visando a prevenção e o controle das mesmas.* Com importantes repercussões sócio-sanitárias e alto custo econômico, a incapacidade temporária mostra-se útil como indicador do estado de saúde de uma população: é importante conhecer as características a ela associadas objetivando a adoção de medidas preventivas de afastamentos desnecessários e a longa duração daqueles que se mostram inevitáveis (GARCÍA-DÍAZ *et al.*, 2006).

Alguns estudos evidenciam que o aumento das concessões e dos gastos com benefício por incapacidade laborativa não é uma realidade exclusivamente brasileira. Na Grã-Bretanha, entre 1985 e 1995, houve um aumento contínuo nas taxas de incapacidade, especialmente em benefícios com maior prazo de duração (MONCRIEFF e POMERLEAU, 2000); no Reino Unido, os benefícios prolongados devidos a incapacidade chegaram a representar cerca de 7% da população em idade produtiva (SHIELS *et al.*, 2004). Nos Países Baixos, os benefícios por incapacidade foram pagos a 13,2% da força de trabalho no ano de 1998 e atingiu 14,7% em 2002; isto significa dizer que um milhão de trabalhadores estava recebendo esse tipo de benefício (ELDERS *et al.*, 2004). De acordo com Mykletun *et al.* (2006), nos Estados Unidos da América (EUA), a concessão de benefícios por incapacidade cresceu 34% entre 1990 e 1995, sendo que 10% dos gastos do Seguro Social daquele país seriam devidos a esse tipo de benefício e apenas 1% dos beneficiários solicitariam interrupção do mesmo em decorrência do retorno ao trabalho; em 1999, eram 3 milhões de americanos incapacitados para o trabalho (FORD e FORD, 2000).

Avaliando as razões deste aumento na concessão de benefícios nos EUA, Quadagno (1997) destaca: a) a superioridade dos desincentivos ao retorno ao trabalho; b) as condições sociais que, somadas ao fator doença, influenciam a concessão de benefícios por incapacidade laborativa, como a idade e o nível educacional; c) a redução do número de cessações destes benefícios; d) o aumento das revisões de decisões iniciais frente a requerimentos melhor organizados; e e) as mudanças na legislação que resultaram em aumento de concessões de benefícios por incapacidade em decorrência de transtornos mentais.

No Brasil, o relevante aumento na concessão de Auxílio-doença chamou a atenção de alguns pesquisadores, que discutiram suas possíveis causas e soluções. Cechin e Giambiagi (2004) destacaram quatro possibilidades: a) as mudanças nos critérios para a concessão de

aposentadorias, que se tornaram mais rígidos a partir das reformas de 1998-1999, especialmente quanto à obtenção da aposentadoria por tempo de contribuição; b) a conjuntura econômica desfavorável, com baixo crescimento econômico, aumento do desemprego e redução da renda dos trabalhadores; c) a modernização da Previdência Social, que facilitou o acesso dos segurados aos benefícios e às informações sobre seus direitos; e d) a capacidade da Perícia Médica do INSS. Sobre este último ponto, os autores indagam a possibilidade de uma maior tolerância na avaliação pericial e destacam a eliminação da etapa de homologação dos laudos dos médicos credenciados a partir de 2001. Além destas, Mora (2007) sugere outras hipóteses: a) a ocorrência de uma deterioração da saúde dos brasileiros; b) os incentivos econômicos decorrentes do cálculo do valor do Auxílio-doença que, em alguns casos, torna o valor do benefício maior que o salário do segurado; c) o aumento da população passível de requerer este benefício; e d) a ocorrência de fraudes em sua concessão. Algumas destas conjecturas reforçam a idéia de que o Auxílio-doença vem sendo reivindicado por pessoas que nem sempre se encontram incapacitadas para o trabalho (MARASCIULO, 2004).

No que concerne às implicações clínicas determinantes de incapacidade laborativa, alguns estudos têm evidenciado a relevância das doenças musculoesqueléticas e cardiovasculares e dos transtornos mentais em nosso meio. Boff *et al.* (2002), avaliando dados do INSS de Porto Alegre — exclusivamente sobre os benefícios do tipo Auxílio-doença concedidos no ano de 1998 —, encontraram que 61% deles eram decorrentes de patologias clínicas (4.119); destes, 24,8% enquadravam-se nas doenças musculoesqueléticas, 18,9% nos transtornos mentais e 16,2% nas doenças cardiovasculares. Outro estudo, que abordou os registros de afastamento do trabalho por motivo de doença em uma instituição pública de saúde em 1999, também encontrou estas três categorias como as mais frequentes — 19% de doenças musculoesqueléticas, 15,5% de transtornos mentais e 13,5% de doenças cardiovasculares; estas condições clínicas foram também responsáveis pelos afastamentos mais prolongados (SILVEIRA e MONTEIRO, 2004). Conforme o estudo de Sampaio *et al.* (2003), essas três categorias foram as maiores responsáveis pela aposentadoria por invalidez de funcionários de uma instituição de ensino no período de 1966 a 1999: 32% de doenças cardiovasculares, 29% de transtornos mentais e 6% de doenças musculoesqueléticas.

2 OBJETIVOS

*Vôo sem asas; estou cego e guio;
E no que valho mais menos mereço.
Calo e dou vozes, falo e emudeço
Nada me contradiz, e eu aporfio.*

Luís Vaz de Camões

O objetivo principal deste trabalho foi analisar a relevância de transtornos mentais como justificativa para o requerimento de Auxílio-doença pelos segurados do INSS e a influência das alterações normativas ocorridas em agosto de 2005 e maio de 2006 sobre o perfil de concessão desses benefícios pelo Setor de Perícias Médicas.

Em especial, três objetivos específicos foram contemplados: a) caracterização dos segurados por meio de variáveis sócio-demográficas, clínicas e previdenciárias; b) caracterização dos segurados em função de aspectos relacionados ao espaço (APS), ao tempo (quatro períodos, de acordo com as mudanças normativas e no quadro de peritos médicos do INSS) e às categorias de peritos médicos (concurados antigos, concurados novos ou credenciados); c) correlação de duas variáveis de desfecho — a conclusão pericial e o tempo de afastamento — a variáveis relativas ao espaço (APS), período de tempo e categorias de peritos médicos e às variáveis clínicas, sócio-demográficas e previdenciárias.

3 MATERIAL E MÉTODO

*Mas comece devagar, porque a direção
é mais importante que a velocidade.*

Edson Marques

3.1 DADOS PRELIMINARES

Prévio ao desenvolvimento desta pesquisa, foi realizado um levantamento de dados por meio do SABI-Gestão com o objetivo de identificar a relevância dos transtornos mentais entre os requerimentos de Auxílio-doença na Gex/JF durante o período de julho de 2004 a dezembro de 2006. A partir dos resultados encontrados¹, verificou-se que, neste período, foram realizadas 301.278 perícias na Gex/JF, das quais 129.373 (42,9%) eram de Ax1. Entre estes Ax1, 21.565 (16,7%) tiveram o registro de algum transtorno mental como diagnóstico principal — o terceiro grupo diagnóstico mais freqüente, seguindo as doenças cardiovasculares (21%) e musculoesqueléticas (33%).

3.2 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Com base na experiência profissional da mestranda como perita médica do INSS, bem como nas evidências da literatura, foi definido um grupo de variáveis sócio-demográficas, clínicas e previdenciárias a serem estudadas. Após confirmar a existência destas variáveis no SABI — o instrumento informatizado utilizado pelo Setor de Perícias Médicas —, solicitou-se à Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social (DATAPREV) a construção de um banco de dados incluindo as seguintes informações: 1- discriminação do local de realização da perícia (APS); 2- se o perito que realizou a perícia pertencia ao Quadro de Pessoal do INSS ou era credenciado; 3- especialidade médica do perito avaliador; 4- data de contratação do perito que realizou a perícia (a fim de definir se o perito médico do Quadro foi efetivado antes ou depois do concurso de 2005); 5- data de nascimento do segurado; 6- sexo do segurado; 7- profissão do segurado; 8- estado, cidade e

¹ Vide TABELA 1 do Apêndice A. A partir destes resultados preliminares, foi elaborado o artigo intitulado “Relevância dos transtornos mentais entre as perícias médicas de requerentes de Auxílio-doença na Gerência Executiva do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) de Juiz de Fora – Minas Gerais”, enviado à HU Revista e aprovado para publicação no Fascículo 4, Volume 34, 2008.

bairro de residência do segurado; 9- diagnóstico principal; 10- diagnóstico secundário; 11- categoria do segurado (vínculo com o INSS); 12- início das contribuições previdenciárias (filiação ao INSS); 13- tempo de contribuição até o requerimento; 14- Data de Entrada do Requerimento (DER); 15- Data de Realização do Exame (DRE); 16- DID; 17- DII; 18- tipo de conclusão da perícia; 19- DCB; 20- existência de perícia de ordem 2; 21- o tipo de requerimento da perícia de ordem 2, quando presente; 22- o tipo de conclusão da perícia de ordem 2, quando presente; 23- o número de renovações do benefício em questão; 24- se houve benefício anterior; e 25- o diagnóstico principal registrado no benefício anterior, quando presente.

O primeiro banco enviado foi constituído por dados oriundos do Sistema Único de Benefícios (SUB) e não se mostrou representativo do trabalho da Perícia Médica Previdenciária, sendo necessária nova solicitação à DATAPREV. O segundo banco foi, então, constituído por dados oriundos do Sistema de Administração de Benefícios por Incapacidade (SABI), representando melhor a atividade pericial; apenas as informações sobre a data de admissão dos peritos do Quadro de Pessoal do INSS e aquelas referentes ao benefício anterior ao que foi encontrado no SABI se originaram do SUB.

Foi, então, realizado um estudo transversal através da análise retrospectiva de variáveis sócio-demográficas, clínicas e previdenciárias relativas ao conjunto de registros de perícias médicas contido no banco de dados fornecido pela DATAPREV, atendendo aos seguintes critérios de inclusão: perícias ambulatoriais de Ax1 concluídas com diagnóstico principal no grupo F da CID-10, realizadas nas APS Largo do Riachuelo e São Dimas da Gex/JF entre julho de 2004 e dezembro de 2006.

3.3 CARACTERIZAÇÃO DAS AGÊNCIAS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL ESTUDADAS

A Gex/JF conta atualmente com 75 peritos médicos no seu Quadro de Pessoal: 11 lotados na SGBENIN, 02 na 9ª JRPS, 05 na Agência de Atendimento de Demandas Judiciais (AADJ) e os demais distribuídos entre suas 09 APS. Destas, duas se localizam na cidade de Juiz de Fora — a APS Largo do Riachuelo e a APS São Dimas —, contando com a lotação de 32 peritos médicos dos quais 26 trabalham direta e diariamente no atendimento ao segurado que requer a concessão de Auxílio-doença, o que implica em avaliação pericial.

Apenas as APS Largo do Riachuelo e São Dimas da Gex/JF foram incluídas na pesquisa porque: 1- nelas, o SABI já estava sendo utilizado há mais de 6 meses do início do período englobado por este estudo — na APS Largo do Riachuelo a implantação foi concluída

em 31/03/2003 e na APS São Dimas em 01/12/2003, enquanto nas demais APS da Gex/JF a implantação se iniciou em março de 2004; 2- estas duas APS realizaram 67,4% (14.523) dos Ax1 com registro de transtornos psiquiátricos como diagnóstico principal da Gex/JF durante o período avaliado, de acordo com dados levantados previamente por meio do SABI-Gestão.

O atendimento da APS Largo do Riachuelo é direcionado a segurados residentes em Juiz de Fora. A APS São Dimas, por sua vez, atende aos segurados residentes em Juiz de Fora — em sua grande maioria na Região Norte da cidade — e em pequenas cidades vizinhas que fazem parte da Gex/JF e não contam com APS própria².

3.4 DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS

As variáveis contidas no banco de dados fornecido pela DATAPREV foram classificadas em: 1- variáveis institucionais, que dizem respeito à categoria de perito médico, à APS, ao período da pesquisa e à especialidade do perito médico avaliador; 2- variáveis sócio-demográficas, referentes à faixa etária, sexo, profissão, estado, cidade e bairro de residência do segurado; 3- variáveis clínicas, relativas ao diagnóstico principal, ao diagnóstico secundário e ao diagnóstico principal do benefício anterior; e 4- variáveis previdenciárias, que incluem categoria de segurado do INSS, tempo de filiação e tempo de contribuição ao INSS, DER, DRE, DID, DII e DCB, conclusão pericial (deferimento ou indeferimento), existência e tipo de perícias de ordem 2, conclusão da perícia de ordem 2, número de renovações do benefício avaliado e existência de benefício anterior (QUADRO 1).

Considerando-se as mudanças na legislação previdenciária e na categoria de peritos médicos conforme o vínculo com o INSS, o período avaliado foi assim subdividido: 1) de julho de 2004 a julho de 2005, englobando os treze meses do estudo que antecederam a implantação da COPES, envolvendo peritos médicos do Quadro de Pessoal do INSS concursados antes de 2005 (“concursados antigos”), concursados após 2005 (“concursados

² Andrelândia, Arantina, Belmiro Braga, Bicas, Bom Jardim de Minas, Chácara, Coronel Pacheco, Goianá, Guarará, Lima Duarte, Mar de Espanha, Maripá de Minas, Matias Barbosa, Olaria, Pedro Teixeira, Pequeri, Piau, Rio Novo, Rio Preto, Santa Bárbara do Monte Verde, Santa Rita do Jacutinga, Santana do Deserto, São Vicente de Minas, Senador Cortes e Simão Pereira. Após o período englobado por este estudo, as cidades de Bicas e Mar de Espanha, passaram a pertencer à área de abrangência da APS São João Nepomuceno. Apesar de pertencerem à área de abrangência de outras APS da Gex/JF, as seguintes cidades também foram registradas entre os atendimentos incluídos neste estudo: Além Paraíba, Argirita, Carangola, Cataguases, Dona Euzébia, Guarani, Itamarati de Minas, Leopoldina, Miradouro, Palma, Recreio e São João Nepomuceno (39 registros).

novos”)³ e peritos médicos “credenciados”; 2) de agosto a novembro de 2005, os quatro primeiros meses após a COPEs, incluindo “concursados antigos”, “concursados novos” e “credenciados”⁴; 3) de dezembro de 2005 a abril de 2006, os cinco meses finais da COPEs, antes da instituição do PP, envolvendo “concursados antigos” e “concursados novos”; e 4) de maio de 2006 a dezembro de 2006, englobando os oito meses do estudo após a instituição do PP, com “concursados antigos” e “concursados novos”.

QUADRO 1 – CLASSIFICAÇÃO DAS VARIÁVEIS CONTIDAS NO BANCO DE DADOS

VARIÁVEIS INSTITUCIONAIS	Categoria de perito médico Local de realização da perícia Período da pesquisa Especialidade do perito médico avaliador
VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS	Faixa etária Sexo Profissão Estado, cidade e bairro de residência
VARIÁVEIS CLÍNICAS	Diagnóstico principal Diagnóstico secundário Diagnóstico principal do benefício anterior
VARIÁVEIS PREVIDENCIÁRIAS	Categoria de segurado do INSS Tempo de filiação ao INSS Tempo de contribuição ao INSS Data de Entrada do Requerimento Data de Realização do Exame Data do Início da Doença Data do Início da Incapacidade Data de Cessação do Benefício Conclusão pericial Existência de perícia de ordem 2 Tipo de perícia de ordem 2 Conclusão da perícia de ordem 2 Número de renovações do benefício avaliado Existência de benefício anterior

Para efeito das comparações realizadas neste estudo, os “concursados antigos” foram considerados como típicos por representarem o único grupo que realizou avaliações periciais ao longo de todo o período avaliado. A tipicidade entre as APS foi atribuída à APS Largo do Riachuelo, por ter seu atendimento direcionado a segurados residentes em Juiz de Fora. Por

³ Parte dos “concursados novos” iniciou suas atividades na Gex/JF em julho de 2005, pouco antes da instituição da COPEs.

⁴ Apesar do prazo final estabelecido pela legislação para a conclusão do descredenciamento ter sido fevereiro de 2006, em Juiz de Fora, os Ax1 com registro de transtornos mentais como diagnóstico principal foram realizados pelos médicos credenciados apenas até novembro de 2005.

anteceder às mudanças na legislação e no quadro de peritos médicos do INSS, o primeiro período estudado — anterior à instituição da COPEs — foi considerado o período típico para efeitos comparativos.

A variável “especialidade do perito médico avaliador” foi agrupada em três categorias: 1) “psiquiatria”; 2) “outras especialidades médicas”; e 3) “sem registro sobre a especialidade médica”. Esta última categoria refere-se aos casos em que a especialidade do perito médico não foi especificada no SABI, representando os registros sob a rubrica “perícia médica”.

A idade⁵ dos segurados à época do requerimento do benefício foi considerada de acordo com as seguintes faixas etárias: 1) “até 29 anos” de idade; 2) “de 30 a 39 anos”; 3) “de 40 a 49 anos”; 4) “de 50 a 59 anos”; e 5) “60 ou mais anos” de idade.

As profissões dos segurados, apresentadas no banco de dados fornecido pela DATAPREV sob códigos da edição de 1994 da Classificação Brasileira de Ocupações, a CBO-94 (BRASIL, 1994), foram analisadas de acordo com seus grandes grupos: 1) “trabalhadores das profissões científicas, técnicas, artísticas e trabalhadores assemelhados”; 2) “membros dos poderes legislativo, executivo e judiciário, funcionários públicos superiores, diretores de empresas e trabalhadores assemelhados”; 3) “trabalhadores de serviços administrativos e trabalhadores assemelhados”; 4) “trabalhadores do comércio e trabalhadores assemelhados”; 5) “trabalhadores de serviços de turismo, hospedagem, serventia, higiene e embelezamento, segurança, auxiliares de saúde e trabalhadores assemelhados”; 6) “trabalhadores agropecuários, florestais, da pesca e trabalhadores assemelhados”; 7) “trabalhadores da produção industrial, operadores de máquinas, condutores de veículos e trabalhadores assemelhados”. Pelo elevado número de registros, a categoria “outros trabalhadores das profissões científicas, técnicas, artísticas e trabalhadores assemelhados” — que, pela CBO-94, seria parte do grupo 1 — foi aqui mantida como um oitavo grupo, em separado (grifo nosso).

As cidades de residência dos segurados foram agrupadas em: 1) Juiz de Fora; 2) “outras cidades da Gex/JF”; e 3) “cidades de outras Gerências do INSS”. Os bairros dos segurados residentes em Juiz de Fora foram reagrupados com base nos Setores Censitários (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2000), no agrupamento de regiões urbanas realizado pelo Laboratório de Estudos Estatísticos na Saúde (LEES) da

⁵ Todos os dados relativos à idade e demais datas foram registrados e/ou calculados considerando-se o total de anos, meses e dias.

Universidade Federal de Juiz de Fora (LABORATÓRIO DE ESTUDOS ESTATÍSTICOS NA SAÚDE, 2007) e na Regionalização da Rede Assistencial de Juiz de Fora em 2006 (PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA, 2006) nas seguintes regiões: Norte, Nordeste, Sul, Sudeste, Centro, Oeste, Leste e Zona Rural. Alguns bairros não registrados nestes agrupamentos foram identificados por meio de busca no sítio da Prefeitura Municipal de Juiz de Fora na Internet (CENTRO DE PESQUISAS SOCIAIS e UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, 2007) e/ou na lista telefônica da cidade (GUIATEL, 2007). Bairros que, ainda assim, não puderam ser vinculados a uma destas regiões, foram incluídos na categoria “não-identificados”.

Para a especificação do diagnóstico psiquiátrico, os registros foram agrupados nas seguintes categorias de transtornos mentais: 1) transtornos por uso de substâncias psicoativas (“TUSPA”: F10 a F19); 2) “psicoses” (F20 a F29); 3) “transtornos maiores do humor” (transtorno bipolar e depressão grave: F30, F31, F32.2, F32.3, F33.2 e F33.3); 4) “transtornos menores do humor” (depressão leve ou moderada e quadros crônicos do humor: demais F32 e F33, F34 a F39); 5) “transtornos de ansiedade” (F40 a F48); e 6) “outros transtornos mentais” (demais categorias do grupo F da CID-10) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993). Para a avaliação do diagnóstico secundário, representativo de uma comorbidade clínica ou psiquiátrica, os registros foram agrupados de acordo com os capítulos da Lista de Categorias de Três Caracteres da CID-10 e, para a apresentação dos dados, reagrupados em apenas quatro categorias: “psiquiátricos”, “cardiovasculares”, “musculoesqueléticos” e “outros diagnósticos”.

O vínculo previdenciário estabelecido pelos segurados com o INSS (categoria de segurado) foi agrupado em: 1) desempregado; 2) empregado; 3) empregado doméstico; 4) autônomo (contribuinte individual); e 5) “outras categorias de segurados” (segurados especiais, facultativos e optantes pela Lei 6.184/74). O tempo de filiação — calculado pela diferença entre a DER e a data da inscrição no INSS como contribuinte da Previdência Social — foi discriminado nas seguintes faixas: 1) “até 1 ano” de filiação; 2) “mais de 1 até 5 anos”; 3) “mais de 5 até 10 anos”; 4) “mais de 10 até 15 anos”; 5) “mais de 15 até 20 anos”; e 6) “mais que 20 anos” de filiação. O tempo de contribuição ao INSS na data do requerimento foi informado no banco de dados fornecido pela DATAPREV e agrupado nas faixas de: 1) “até 1 ano” de contribuição; 2) “mais de 1 até 2 anos”; 3) “mais de 2 até 5 anos”; 4) “mais de 5 até 10 anos”; 5) “mais de 10 até 15 anos”; e 6) “mais que 15 anos” de contribuição.

O tempo de espera pelo exame — calculado pela diferença entre a DRE e a DER — foi avaliado de acordo com as seguintes faixas: 1) “até 10 dias”; 2) “de 11 a 15 dias”; 3) “de 16 a 30 dias”; 4) “de 31 a 60 dias”; e 5) “mais de 60 dias” após o requerimento.

O tempo de início da doença na data do requerimento do benefício foi calculado pela diferença entre a DER e a DID e foi categorizado em: 1) DID “fixada na DER ou após esta data”; 2) “até 30 dias antes da DER”; 3) “de 31 a 180 dias antes da DER”; 4) “de 181 a 365 dias antes da DER”; e 5) “há mais de 365 dias antes da DER”. O tempo de início da incapacidade na data do requerimento foi calculado pela diferença entre a DER e a DII e agrupado em: 1) “DII fixada na DER ou após esta data”; 2) “até 30 dias antes da DER”; 3) “de 31 a 180 dias antes da DER”; 4) “de 181 a 365 dias antes da DER”; e 5) “há mais de 365 dias antes da DER”.

O tempo de afastamento durante a vigência do benefício desde a perícia inicial até a construção do banco de dados pela DATAPREV — calculado pela diferença entre a DCB e a DRE — foi agrupado em: 1) “DCB fixada na DRE”; 2) DCB “até 90 dias” após a DRE; 3) “de 91 a 180 dias”; 4) “de 181 a 365 dias”; 5) “de 366 a 730 dias”; e 6) DCB “superior a 730 dias” após a DRE. O “tempo de afastamento” e a “conclusão pericial” representaram as duas variáveis de desfecho avaliadas neste estudo.

O número de renovações do benefício foi avaliado de acordo com as seguintes faixas: 1) “1 a 3” renovações; 2) “4 a 6” renovações; 3) “7 a 9” renovações; e 4) “mais de 10” renovações.

As categorias das diversas variáveis institucionais, clínicas, sócio-demográficas e previdenciárias descritas acima e incluídas nas análises deste estudo estão resumidas nos quadros que se seguem (QUADRO 2 a 5).

QUADRO 2 – AGRUPAMENTOS DAS VARIÁVEIS INSTITUCIONAIS

VARIÁVEIS INSTITUCIONAIS	CATEGORIAS
CATEGORIA DE PERITO MÉDICO	1- “concursado antigo” 2- “concursado novo” 3- “credenciado”
LOCAL DE REALIZAÇÃO DA PERÍCIA	1- APS Largo do Riachuelo 2- APS São Dimas
PERÍODO DA PESQUISA	1- “primeiro período” – anterior à COPES 2- “segundo período” – após instituição da COPES, com peritos credenciados 3- “terceiro período” – entre a COPES e o PP, sem peritos credenciados 4- “quarto período” – após a instituição do PP
ESPECIALIDADE MÉDICA DO PERITO AVALIADOR	1- “psiquiatria” 2- “outras especialidades médicas” 3- “sem registro sobre a especialidade médica”

QUADRO 3 – AGRUPAMENTOS DAS VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS	CATEGORIAS
IDADE – FAIXA ETÁRIA	1- “até 29 anos” de idade 2- “de 30 a 39 anos” 3- “de 40 a 49 anos” 4- “de 50 a 59 anos” 5- “60 ou mais anos” de idade
SEXO	1- masculino 2- feminino
PROFISSÃO	1- “trabalhadores das profissões científicas, técnicas, artísticas e trabalhadores assemelhados” 2- “membros dos poderes legislativo, executivo e judiciário, funcionários públicos superiores, diretores de empresas e trabalhadores assemelhados” 3- “trabalhadores de serviços administrativos e trabalhadores assemelhados” 4- “trabalhadores do comércio e trabalhadores assemelhados” 5- “trabalhadores de serviços de turismo, hospedagem, serventia, higiene e embelezamento, segurança, auxiliares de saúde e trabalhadores assemelhados” 6- “trabalhadores agropecuários, florestais, da pesca e trabalhadores assemelhados” 7- “trabalhadores da produção industrial, operadores de máquinas, condutores de veículos e trabalhadores assemelhados” 8- “ <u>outros</u> trabalhadores das profissões científicas, técnicas, artísticas e trabalhadores assemelhados”
CIDADE DE RESIDÊNCIA	1- Juiz de Fora 2- “outras cidades da Gex/JF” 3- “cidades de outras Gerências do INSS”
REGIÃO DE RESIDÊNCIA EM JUIZ DE FORA	1- Norte 2- Nordeste 3- Sul 4- Sudeste 5- Centro 6- Oeste 7- Leste 8- Zona Rural 9- “não-identificados”

QUADRO 4 – AGRUPAMENTOS DAS VARIÁVEIS CLÍNICAS

VARIÁVEIS CLÍNICAS	CATEGORIAS
DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO – PRINCIPAL	1- transtornos por uso de substâncias psicoativas (“TUSPA”: F10 a F19) 2- “psicoses” (F20 a F29) 3- “transtornos maiores do humor” (transtorno bipolar e depressão grave: F30, F31, F32.2, F32.3, F33.2 e F33.3) 4- “transtornos menores do humor” (depressão leve ou moderada e quadros crônicos do humor: demais F32 e F33, F34 a F39) 5- “transtornos de ansiedade” (F40 a F48) 6- “outros transtornos mentais” (demais categorias do grupo F da CID-10)
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO E DIAGNÓSTICO DO BENEFÍCIO ANTERIOR	1- “psiquiátricos” 2- “cardiovasculares” 3- “musculoesqueléticos” 4- “outros diagnósticos”

QUADRO 5 – AGRUPAMENTOS DAS VARIÁVEIS PREVIDENCIÁRIAS

VARIÁVEIS PREVIDENCIÁRIAS	CATEGORIAS
VÍNCULO COM O INSS – CATEGORIA DE SEGURADO	1- desempregado 2- empregado 3- empregado doméstico 4- autônomo (contribuinte individual) 5- “outras categorias de segurados” (segurados especiais, facultativos e optantes pela Lei 6.184/74)
TEMPO DE FILIAÇÃO – FAIXAS	1- “até 1 ano” de filiação 2- “mais de 1 até 5 anos” 3- “mais de 5 até 10 anos” 4- “mais de 10 até 15 anos” 5- “mais de 15 até 20 anos” 6- “mais que 20 anos” de filiação
TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO – FAIXAS	1- “até 1 ano” de contribuição 2- “mais de 1 até 2 anos” 3- “mais de 2 até 5 anos” 4- “mais de 5 até 10 anos” 5- “mais de 10 até 15 anos” 6- “mais que 15 anos” de contribuição
TEMPO DE ESPERA PELO EXAME – FAIXAS	1- “até 10 dias” 2- “de 11 a 15 dias” 3- “de 16 a 30 dias” 4- “de 31 a 60 dias” 5- “mais de 60 dias” após o requerimento
TEMPO DE INÍCIO DA DOENÇA – FAIXAS	1- DID “fixada na DER ou após esta data” 2- “até 30 dias antes da DER” 3- “de 31 a 180 dias antes da DER” 4- “de 181 a 365 dias antes da DER” 5- “há mais de 365 dias antes da DER”
TEMPO DE INÍCIO DA INCAPACIDADE – FAIXAS	1- DII “fixada na DER ou após esta data” 2- “até 30 dias antes da DER” 3- “de 31 a 180 dias antes da DER” 4- “de 181 a 365 dias antes da DER” 5- “há mais de 365 dias antes da DER”
TEMPO DE AFASTAMENTO – FAIXAS	1- “DCB fixada na DRE” 2- DCB “até 90 dias” após a DRE 3- “de 91 a 180 dias” 4- “de 181 a 365 dias” 5- “de 366 a 730 dias” 6- DCB “superior a 730 dias” após a DRE
CONCLUSÃO PERICIAL E DA PERÍCIA DE ORDEM 2	1- deferimento (incapaz) 2- indeferimento (capaz)
TIPO DE PERÍCIA DE ORDEM 2	1- PR; 2- Recurso; 3- Revisão; 4- Revisão analítica
NÚMERO DE RENOVAÇÕES DO BENEFÍCIO – FAIXAS	1- “1 a 3” renovações 2- “4 a 6” renovações 3- “7 a 9” renovações 4- “mais de 10” renovações

3.5 REGISTROS EXCLUÍDOS DO BANCO DE DADOS

O banco de dados fornecido pela DATAPREV — formado por dados do SABI e do SUB — continha 11.321 registros de Ax1 com diagnóstico principal de transtornos mentais. Destes, 85 foram excluídos por conterem informações em desacordo com o devido: a) 04 casos em que a DER era igual a 01/01/1900; b) 15 casos em que a data de nascimento do segurado era igual a 01/01/2000; c) 29 casos em que o tempo de contribuição total ultrapassava o limite para aposentadoria (mais de 35 anos de contribuição); d) 03 casos em que a DER era anterior à data de filiação do segurado, uma vez que não é possível requerer um Auxílio-doença sem ser filiado ao INSS; e) 04 casos em que a DRE era anterior à DER, já que não é possível a realização de exame pericial sem requerimento prévio; f) 01 caso em que a DID era posterior à DII, o que indicaria incapacidade anterior à doença; e g) 29 casos em que a DCB era anterior à DRE, indicando que o benefício teria cessado antes mesmo do exame pericial.

3.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Sobre o banco de dados constituído, finalmente, por 11.236 registros foram realizadas as análises estatísticas por meio do *software* SPSS 14.0 (número de série 9656438). Com o objetivo de caracterizar o conjunto de registros estudado, realizaram-se análises descritivas e exploratórias. Em seguida, foram efetuadas análises bivariadas para avaliar como as variáveis sócio-demográficas, clínicas e previdenciárias se associavam às três variáveis centrais deste estudo: a categoria do perito médico examinador, a APS e o período em que a avaliação foi concluída.

Para as análises bivariadas com as variáveis de desfecho, algumas variáveis independentes foram re-categorizadas. A “faixa etária” passou a ter apenas três categorias: “até 29 anos”, “de 30 a 49 anos” e “mais de 50 anos” de idade. A variável “profissão” foi avaliada sem a categoria inespecífica — referente a “outros trabalhadores das profissões científicas, técnicas, artísticas e trabalhadores assemelhados” — e a “região de residência em Juiz de Fora”, sem a categoria de bairros “não-identificados”. A variável “categoria de segurado” foi re-categorizada como desempregado, empregado, empregado doméstico e “autônomo e outras categorias de segurado”. As variáveis “tempo de filiação”, “tempo de contribuição” e “tempo de início da doença” foram categorizadas como “até a mediana” e

“acima da mediana” correspondente; já o “tempo de início da incapacidade” apresentou um registro tendencioso que inviabilizou sua análise. A variável “número de renovações do benefício” foi re-categorizada em “até 3” e “mais de 4” renovações.

Em seguida, as tendências de distribuição das variáveis de desfecho — conclusão pericial e tempo de afastamento — em relação às variáveis institucionais centrais deste estudo foram avaliadas por procedimentos de estratificação dos resultados. A significância estatística foi verificada pelo Teste do Qui-quadrado de Pearson, considerando-se significantes valores de $p \leq 0,05$.

3.6.1 CONSTRUÇÃO DOS MODELOS DE REGRESSÃO LOGÍSTICA

A regressão logística foi utilizada para caracterizar o peso relativo das diversas variáveis institucionais, sócio-demográficas, clínicas e previdenciárias aqui estudadas sobre cada uma das duas variáveis de desfecho: a conclusão pericial e o tempo de afastamento. Uma vez que os peritos credenciados só estiveram presentes no primeiro e segundo períodos, foram construídos dois modelos, para representar cada uma das duas realidades identificadas.

3.6.1.1 Conclusão Pericial

Na constituição dos modelos de regressão logística foram seguidos os seguintes passos:

- 1º- Definiu-se que seriam rodados dois modelos: o MODELO 1, referente aos dois primeiros períodos da pesquisa e às três categorias de peritos médicos; e o MODELO 2, referente aos quatro períodos da pesquisa e aos peritos do Quadro de Pessoal do INSS, “concursados antigos” e “concursados novos”.
- 2º- Foram, então, realizadas as análises bivariadas com a variável de desfecho “conclusão pericial” e todas as demais variáveis que poderiam estar a ela relacionadas: 1) as variáveis institucionais centrais do estudo (categoria de perito médico, APS e período da pesquisa); 2) a especialidade do perito médico avaliador; 3) as variáveis sócio-demográficas (faixa etária, sexo, profissão, estado e cidade de residência e região de residência em Juiz de Fora); 4) as variáveis clínicas (diagnóstico principal e secundário); e 5) as variáveis previdenciárias (categoria de segurado do INSS,

- existência de benefício anterior, tempo de filiação e de contribuição de acordo com os valores de suas medianas⁶).
- 3º- Foi previamente definido que as variáveis institucionais seriam incluídas nos modelos, independente da significância estatística nas análises bivariadas. Todavia, apesar do local de realização da perícia não ter resultado em diferença significativa na análise bivariada, observamos resultados com significância estatística nas estratificações.
 - 4º- Para as demais variáveis, utilizou-se como critério para entrada nos modelos apenas aquelas que resultaram em diferença estatisticamente significativa ($p \leq 0,05$) nas análises bivariadas.
 - 5º- Embora encontrada significância estatística na análise bivariada em relação à variável “profissão”, de grande importância na análise pericial, peculiaridades de seu registro dificultaram sua análise e levaram à sua não-inclusão nos modelos: a classificação da CBO-94 contém um grande número de agrupamentos heterogêneos de profissões (sete grupos) que inviabiliza sua análise ou reagrupamento; observou-se ainda um elevado percentual de registro em uma categoria inespecífica (22,2% de “outros trabalhadores das profissões científicas, técnicas e artísticas e trabalhadores assemelhados”, o terceiro grupo mais freqüente entre os registros sobre a profissão).
 - 6º- Apesar da significância estatística na análise bivariada encontrada para as variáveis “cidade de residência” e “região de residência em Juiz de Fora”, as duas não foram incluídas nos modelos. No caso da primeira, não houve diferença significativa quando mantidas apenas as cidades da Gex/JF; a segunda, por referir-se apenas aos segurados residentes em Juiz de Fora, limitaria os modelos.
 - 7º- A variável “existência de benefício anterior” não foi incluída nos modelos pelo fato do registro estar ausente no SUB para 40,2% dos casos (4.517).
 - 8º- Para as variáveis institucionais, foram tomadas como categorias de referência nos modelos aquelas consideradas típicas: os peritos médicos “concursados antigos”, a APS Largo do Riachuelo e o “primeiro período”.
 - 9º- Para a variável “especialidade do perito médico avaliador”, a categoria de referência foi “psiquiatria”, definida *a priori*. Para as demais variáveis, a categoria de referência foi considerada como aquela que apresentou a maior freqüência de deferimento na análise bivariada, quais sejam: 1) o diagnóstico principal de “psicoses”; 2) a faixa

⁶ Uma vez que a análise dessas variáveis demonstrou uma distribuição assimétrica positiva de seus valores, optou-se pela utilização da mediana como referência por se mostrar mais representativa da tendência do tempo de filiação e do tempo de contribuição.

- etária de “até 29 anos” de idade; 3) o diagnóstico secundário de “outros quadros clínicos”; 4) a categoria de segurado empregado; 5) o sexo masculino; 6) o tempo de contribuição “acima da mediana”; e 7) o tempo de filiação “acima da mediana”.
- 10º- A ordem de inclusão de cada variável utilizada nos modelos deveu-se a uma consideração apriorística — baseada nas observações da autora sobre a prática da Perícia Médica Previdenciária — acerca do peso de sua influência sobre a decisão pericial: categoria de perito médico → APS → período da pesquisa → especialidade do perito médico avaliador → diagnóstico principal → faixa etária → diagnóstico secundário → categoria de segurado → sexo → tempo de contribuição → tempo de filiação⁷.
- 11º- Na tentativa de representar a realidade observada nos resultados das análises estratificadas relativas à conclusão pericial com as diversas variáveis, foram incluídas nos modelos três interações entre as variáveis institucionais: “categoria de perito *versus* APS”, “categoria de perito *versus* período” e “APS *versus* período”. Estas interações foram incluídas nos modelos logo após as variáveis institucionais isoladas, com a seguinte ordem: categoria de perito médico → APS → período da pesquisa → categoria de perito *versus* APS → categoria de perito *versus* período → APS *versus* período → demais variáveis na ordem acima já descrita⁸.
- 12º- Foi previamente definido que, exceto no caso das variáveis institucionais e suas interações, não seria apresentada nos modelos a variável que, ao ser neles incluída, não resultasse em diferença significativa entre suas categorias ($p \leq 0,05$).
- 13º- A inclusão de cada variável (e sua subsequente exclusão no caso de não-significância estatística) foi realizada acrescentando-se uma variável por vez, seguindo-se a ordem já descrita.

⁷ As variáveis “tempo de filiação” e “tempo de contribuição” só foram incluídas no MODELO 2. Nas análises bivariadas dentro dos parâmetros do MODELO 1 (primeiro e segundo períodos da pesquisa com as três categorias de peritos médicos), não resultaram em significância estatística ($p > 0,05$).

⁸ Se estas interações entre as variáveis institucionais não fossem acrescentadas aos modelos, perder-se-ia a possibilidade de avaliar o peso de resultados observados nas estratificações. Por exemplo: tomando-se as variáveis “categoria de perito médico” e “local de realização da perícia”, seria possível avaliar apenas a interação da APS São Dimas com os “concursados antigos” (categoria de referência) e não com os demais peritos, que estariam sendo avaliados apenas em sua interação com a APS Largo do Riachuelo (categoria de referência).

3.6.1.2 Tempo de Afastamento

Na constituição dos modelos que avaliaram a influência das diversas variáveis estudadas sobre o tempo de afastamento, a segunda variável de desfecho estudada, foram seguidos os mesmos passos descritos para os modelos referentes à conclusão pericial. Destacam-se as seguintes especificidades:

- 1º- Foram também definidos dois modelos: o MODELO 3, para os dois primeiros períodos da pesquisa com as três categorias de peritos médicos; e o MODELO 4, para os quatro períodos da pesquisa contendo apenas os peritos “concursados antigos” e “concursados novos”.
- 2º- A variável “tempo de afastamento” apresentou uma distribuição assimétrica positiva de seus valores e, por conseguinte, o valor de sua mediana foi utilizado como referência, por ser mais representativo da tendência do tempo de afastamento. Para as análises bivariadas, esta variável de desfecho foi, então, re-categorizada como “até a mediana” e “acima da mediana”. Para esta análise, os afastamentos por períodos “acima da mediana” foram considerados como “afastamento prolongado”.
- 3º- Foram realizadas as análises bivariadas com a variável “tempo de afastamento” e todas as demais variáveis que poderiam estar a ela relacionadas: 1) as variáveis institucionais comparativas (categoria de perito médico, APS e período da pesquisa); 2) a especialidade do perito médico avaliador; 3) as variáveis sócio-demográficas (faixa etária, sexo, profissão, estado e cidade de residência e região de residência em Juiz de Fora); 4) as variáveis clínicas (diagnóstico principal e secundário); e 5) as variáveis previdenciárias (categoria de segurado do INSS, tempo de filiação e de contribuição de acordo com os valores de suas medianas, existência de benefício anterior e diagnóstico principal deste benefício, tempo de início da doença de acordo com o valor de sua mediana⁹, realização de perícias de ordem 2 e número de renovações).
- 4º- As variáveis “profissão”, “existência de benefício anterior” e “região de residência em Juiz de Fora” foram excluídas dos modelos pelos mesmos motivos que o foram dos modelos referentes à conclusão pericial. As demais variáveis que não entraram nos

⁹ A análise desta variável também resultou numa distribuição assimétrica positiva de seus valores e, assim, a mediana foi utilizada como referência por se mostrar mais representativa da tendência do tempo de início da doença.

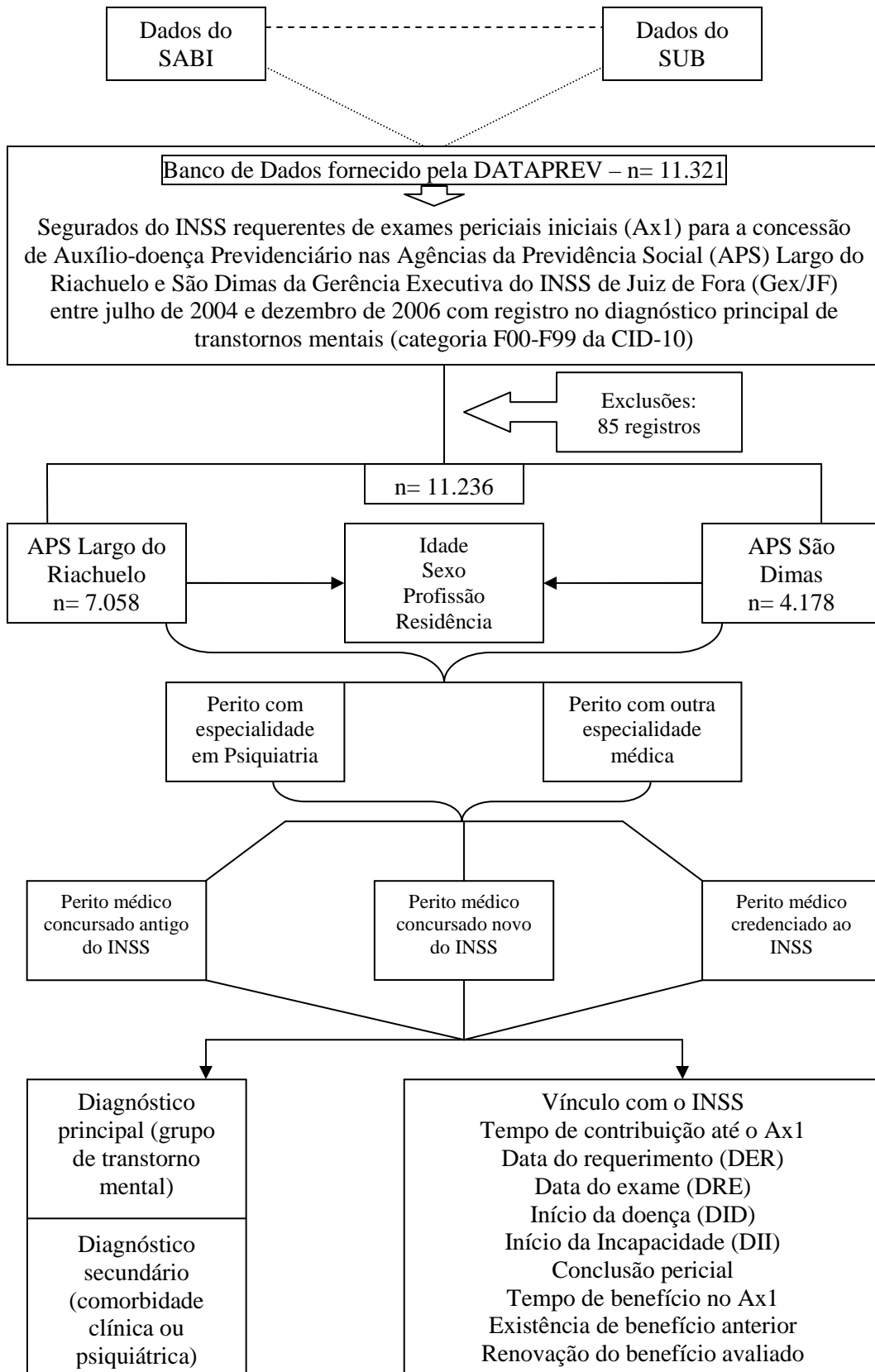
modelos 3 e 4 foram excluídas por não apresentarem resultados com diferença significativa nas análises bivariadas ($p > 0,05$).

- 5º- Foram mantidas as mesmas categorias de referência das variáveis institucionais — incluindo a especialidade do perito médico avaliador — utilizadas nos modelos referentes à conclusão pericial. Para as demais variáveis, a categoria de referência foi considerada como aquela que apresentou a maior frequência de afastamento prolongado na análise bivariada, quais sejam: 1) o diagnóstico principal de “psicoses”; 2) a faixa etária “acima de 50 anos” de idade; 3) o diagnóstico secundário de “outros quadros clínicos”¹⁰; 4) a categoria de segurado desempregado; 5) o sexo masculino; 6) o tempo de início da doença “acima da mediana”; 7) a “não” realização de perícia de ordem 2; 8) “mais de 4” renovações do benefício; 9) o tempo de filiação “acima da mediana”; e 10) a cidade de Juiz de Fora como residência.
- 6º- Assim, considerando sua possível influência sobre o tempo de afastamento, as variáveis e interações foram incluídas nos modelos a partir da seguinte ordem: categoria de perito médico → APS → período da pesquisa → categoria de perito *versus* APS → categoria de perito *versus* período → APS *versus* período → especialidade do perito médico avaliador → diagnóstico principal → faixa etária → diagnóstico secundário → categoria de segurado → sexo → tempo de início da doença → realização de perícia de ordem 2 → número de renovações do benefício → tempo de filiação → cidade de residência¹¹.

¹⁰ Nas análises bivariadas com a variável “diagnóstico secundário”, as frequências do tempo de afastamento “acima da mediana” foram praticamente idênticas para as categorias “psiquiátricos” (56,1%) e “outros quadros clínicos” (56,0%). Assim, manteve-se a categoria utilizada no modelo da variável “conclusão pericial”: “outros quadros clínicos”.

¹¹ As variáveis “cidade de residência” e “realização de perícia de ordem 2” só foram incluídas no MODELO 4. Na análise bivariada dentro dos parâmetros do MODELO 3 (primeiro e segundo períodos da pesquisa com as três categorias de peritos médicos), não resultaram em significância estatística ($p > 0,05$).

3.7 FLUXOGRAMA DA PESQUISA



4 RESULTADOS

4.1 ANÁLISES DESCRITIVAS E EXPLORATÓRIAS¹²

(...) mas cumpre levar em conta que é mais cômodo girar sobre o próprio eixo do que andar com um pé depois do outro.

Voltaire

Conforme apresentado na TABELA 1, os Ax1 com diagnóstico principal de transtornos mentais concluídos entre julho de 2004 e dezembro de 2006 foram realizados, com maior frequência, por peritos concursados novos (46,8%), na APS Largo do Riachuelo (62,8%) e após a instituição do PP (41,2%).

A especialidade do perito médico avaliador não estava especificada em 60,2% dos registros, nos quais constava apenas a rubrica Perícia Médica (dados não apresentados nas tabelas). Peritos com especialidade em psiquiatria realizaram 5,9% de todos os registros; os demais foram realizados por peritos com outras especialidades médicas (33,9%).

A maioria dos segurados era do sexo feminino (66,8%), com predomínio da faixa etária de 40 a 49 anos (38,7%) e residentes em Juiz de Fora (83,9%), principalmente nas regiões Norte (26,6%) e Leste (21,4%) da cidade (TABELA 2). A idade média foi de 44,3 anos, com mínima de 17,2 anos e máxima de 81,6 anos; 52,8% dos segurados tinham idade acima da média (dados não apresentados nas tabelas).

Além de segurados residentes no estado de Minas Gerais (98,8%), foram encontrados 02 registros de residência no Espírito Santo, 05 na Bahia, 11 em São Paulo e 116 no Rio de Janeiro (dados não apresentados nas tabelas).

¹² A partir dos resultados destas análises, elaborou-se um manuscrito — intitulado “Análise descritiva de exames periciais iniciais de segurados do Instituto Nacional do Seguro Social apresentando transtornos mentais” — que foi encaminhado à HU Revista para publicação e está sendo avaliado após correções sugeridas pelos avaliadores.

TABELA 1 – AGÊNCIA DE REALIZAÇÃO DA PERÍCIA MÉDICA, PERITO MÉDICO AVALIADOR E PERÍODO DA PESQUISA EM QUE FOI CONCLUÍDO O EXAME (n=11.236)

VARIÁVEL	FREQÜÊNCIA	%
PERITO MÉDICO AVALIADOR		
CONCURSADO ANTIGO	5.014	44,6
CONCURSADO NOVO	5.264	46,8
CREDENCIADO	958	8,5
AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL		
LARGO DO RIACHUELO	7.058	62,8
SÃO DIMAS	4.178	37,3
PERÍODO DA PESQUISA		
PRIMEIRO PERÍODO	2.961	26,4
SEGUNDO PERÍODO	1.421	12,6
TERCEIRO PERÍODO	2.229	19,8
QUARTO PERÍODO	4.625	41,2

TABELA 2 – SEXO, IDADE E RESIDÊNCIA DOS SEGURADOS

VARIÁVEL	FREQÜÊNCIA	%
SEXO (n=11.236)		
FEMININO	7.501	66,8
MASCULINO	3.735	33,2
IDADE (n=11.236)		
ATÉ 29 ANOS	1.111	9,9
DE 30 A 39 ANOS	2.436	21,7
DE 40 A 49 ANOS	4.344	38,7
DE 50 A 59 ANOS	2.880	25,6
60 OU MAIS ANOS	465	4,1
CIDADE DE RESIDÊNCIA (n=11.236)		
JUIZ DE FORA (JF)	9.431	83,9
OUTRAS CIDADES DA GEX/JF	1.547	13,8
CIDADES DE OUTRAS GERÊNCIAS DO INSS	258	2,3
REGIÃO DE RESIDÊNCIA EM JF (N=9.426¹)		
NORTE	2.511	26,6
NORDESTE	996	10,6
SUL	863	9,2
SUDESTE	1.018	10,8
CENTRO	1.371	14,5
OESTE	445	4,7
LESTE	2.021	21,4
ZONA RURAL	134	1,4
BAIRROS NÃO-IDENTIFICADOS NAS REGIÕES	67	0,7

¹ Em 05 registros não havia informação sobre o bairro de residência dos segurados em Juiz de Fora (*missing*).

Os grupos de profissões mais frequentemente registrados foram “trabalhadores de serviços de turismo, hospedagem, serventia, higiene e embelezamento, segurança, auxiliares de saúde e trabalhadores assemelhados” (27,6%) e “trabalhadores da produção industrial, operadores de máquinas, condutores de veículos e trabalhadores assemelhados” (26,4%). Chama atenção a elevada frequência de registros na categoria “outros trabalhadores das profissões científicas, técnicas e artísticas e trabalhadores assemelhados” (22,2%, grifo nosso), que não especifica a atividade laborativa (TABELA 3).

TABELA 3 – PROFISSÃO DOS SEGURADOS

PROFISSÃO (n=10.786) – TRABALHADORES:	FREQÜÊNCIA	%
DAS PROFISSÕES CIENTÍFICAS, TÉCNICAS E ARTÍSTICAS	341	3,2
MEMBROS DOS TRÊS PODERES, FUNCIONÁRIOS PÚBLICOS SUPERIORES E DIRETORES DE EMPRESAS	108	1,0
DE SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS	953	8,8
DO COMÉRCIO	991	9,2
DE SERVIÇOS DE TURISMO, HOSPEDAGEM, SERVENTIA, HIGIENE E EMBELEZAMENTO, SEGURANÇA, AUXILIARES DE SAÚDE	2.979	27,6
AGROPECUÁRIOS, FLORESTAIS E DA PESCA	174	1,6
DA PRODUÇÃO INDUSTRIAL, OPERADORES DE MÁQUINAS, CONDUTORES DE VEÍCULOS	2.850	26,4
OUTROS TRABALHADORES DAS PROFISSÕES CIENTÍFICAS, TÉCNICAS, ARTÍSTICAS	2.390	22,2

Os subgrupos de profissões mais frequentemente registradas em cada um dos grandes grupos da CBO-94 foram (dados não apresentados nas tabelas): 1) entre os “trabalhadores das profissões científicas, técnicas, artísticas e trabalhadores assemelhados”, os subgrupos de “professores” (43,1%) e de “médicos, cirurgiões-dentistas, médicos veterinários, enfermeiros e trabalhadores assemelhados” (17,9%); 2) entre os “membros dos poderes legislativo, executivo e judiciário, funcionários públicos superiores, diretores de empresas e trabalhadores assemelhados”, o subgrupo de “gerentes de empresas” (94,4%); 3) entre os “trabalhadores de serviços administrativos e trabalhadores assemelhados”¹³, os subgrupos de “trabalhadores de serviços de contabilidade, caixas e trabalhadores assemelhados” (23,2%) e de “secretários, datilógrafos, estenógrafos e trabalhadores assemelhados” (10,0%); 4) entre os “trabalhadores

¹³ Um registro inespecífico foi encontrado em 42,3% dos casos: “outros trabalhadores de serviços administrativos e trabalhadores assemelhados”.

do comércio e trabalhadores assemelhados”, o subgrupo de “vendedores, empregados de comércio e trabalhadores assemelhados” (70,1%); 5) entre os “trabalhadores de serviços de turismo, hospedagem, serventia, higiene e embelezamento, segurança, auxiliares de saúde e trabalhadores assemelhados”, os subgrupos de “trabalhadores de serviços de administração, conservação, manutenção, limpeza de edifícios, empresas comerciais, indústrias, áreas verdes, logradouros públicos e trabalhadores assemelhados” (40,8%) e de “trabalhadores de serventia e comissários (serviço de transporte de passageiros)” (28,8%); 6) entre os “trabalhadores agropecuários, florestais, da pesca e trabalhadores assemelhados”, o subgrupo de “trabalhadores agropecuários polivalentes e trabalhadores assemelhados” (67,2%); 7) entre os “trabalhadores da produção industrial, operadores de máquinas, condutores de veículos e trabalhadores assemelhados”, os subgrupos de “trabalhadores de costura, estofadores e trabalhadores assemelhados” (28,3%), de “trabalhadores da construção civil e trabalhadores assemelhados” (17,6%) e de “condutores de veículos de transporte e trabalhadores assemelhados” (16,1%).

Os registros avaliados indicaram que, no requerimento do Ax1, 41,2% dos segurados estavam vinculados ao INSS como autônomos e 30,7% estavam desempregados (TABELA 4). Na DER, o tempo médio de filiação ao INSS foi de 14,4 anos, com predomínio das faixas de mais de 10 até 15 anos (26,7%) e mais que 20 anos (25,7%); 56,3% dos segurados tinham um tempo de filiação menor que a média. O tempo médio de contribuição foi de 7,6 anos, sendo mais freqüentes aqueles que contribuíram nas faixas de mais de 2 até 5 anos (25,0%) e mais de 5 até 10 anos (27,7%); resalte-se que 59,2% dos segurados contribuíram por um tempo inferior à média (médias não apresentadas nas tabelas).

TABELA 4 – VÍNCULO COM O INSS, TEMPO DE FILIAÇÃO E TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO PREVIDENCIÁRIA NA DATA DO REQUERIMENTO (DER)

VARIÁVEL	FREQÜÊNCIA	%
VÍNCULO DOS SEGURADOS COM O INSS (n=11.236)		
EMPREGADO DOMÉSTICO	1.106	9,8
DESEMPREGADO	3.455	30,7
EMPREGADO	1.616	14,4
AUTÔNOMO	4.629	41,2
OUTROS	430	3,8
TEMPO DE FILIAÇÃO AO INSS NA DER (n=11.110)		
ATÉ 1 ANO	161	1,4
MAIS DE 1 ATÉ 5 ANOS	1.531	13,8
MAIS DE 5 ATÉ 10 ANOS	1.825	16,4
MAIS DE 10 ATÉ 15 ANOS	2.967	26,7
MAIS DE 15 ATÉ 20 ANOS	1.775	16,0
MAIS DE 20 ANOS	2.851	25,7
TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO NA DER (n=11.236)		
ATÉ 1 ANO	649	5,8
MAIS DE 1 ATÉ 2 ANOS	1.318	11,7
MAIS DE 2 ATÉ 5 ANOS	2.809	25,0
MAIS DE 5 ATÉ 10 ANOS	3.116	27,7
MAIS DE 10 ATÉ 15 ANOS	1.893	16,8
MAIS DE 15 ANOS	1.451	12,9

Como diagnóstico principal foram registrados, predominantemente, os transtornos menores do humor (39,6%) e os transtornos de ansiedade (34,5%). Dentre os 2.709 segurados que receberam o registro de algum diagnóstico secundário, as comorbidades psiquiátricas foram mais frequentes (33,6%) — dentre elas, destacaram-se os transtornos de ansiedade (49,0%) —, seguidas pelos quadros cardiovasculares (29,8%) e musculoesqueléticos (18,9%), conforme apresentado na TABELA 5.

TABELA 5 – DIAGNÓSTICO PRINCIPAL E SECUNDÁRIO

VARIÁVEL	FREQÜÊNCIA	%
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL (n=11.236)		
TUSPA	675	6,0
PSICOSES	479	4,3
TRANSTORNOS MAIORES DO HUMOR	1.417	12,6
TRANSTORNOS MENORES DO HUMOR	4.444	39,6
TRANSTORNO DE ANSIEDADE	3.877	34,5
OUTROS TRANSTORNOS MENTAIS	344	3,1
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO (N=2.709)		
PSIQUIÁTRICOS	910	33,6
CARDIOVASCULARES	808	29,8
MUSCULOESQUELÉTICOS	511	18,9
OUTRAS PATOLOGIAS	480	17,7
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO PSIQUIÁTRICO (n=910)		
TUSPA	93	10,2
PSICOSES	21	2,3
TRANSTORNOS MAIORES DO HUMOR	71	7,8
TRANSTORNOS MENORES DO HUMOR	179	19,7
TRANSTORNO DE ANSIEDADE	446	49,0
OUTROS TRANSTORNOS MENTAIS	100	11,0

Dos 11.236 registros retirados do SABI para constituição do banco de dados fornecido pela DATAPREV, 6.719 (59,8%) foram também encontrados no SUB e puderam ser avaliados quanto à existência de benefício anterior, presente em 28,5% dos casos. Nos benefícios anteriores, as patologias mais registradas como diagnóstico principal foram os quadros psiquiátricos (59,3%), musculoesqueléticos (17,3%) e cardiovasculares (9,9%; dados não apresentados nas tabelas).

A TABELA 6 evidencia as elevadas taxas de mudança do grupo diagnóstico registrado no Ax1, em relação ao benefício anterior, quando este também foi devido a algum transtorno mental. Na diagonal principal observa-se a concordância entre os diagnósticos registrados nos dois benefícios; os demais valores representam os diferentes diagnósticos indicados, com alterações observáveis em mais de 50% dos registros, para todas as categorias.

TABELA 6 – DIAGNÓSTICOS CONCORDANTES ENTRE O BENEFÍCIO ANTERIOR E O Ax1 (FREQUÊNCIAS)

		DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO PRINCIPAL DO BENEFÍCIO ANTERIOR						
		TUSPA	Psicoses	Transtornos maiores do humor	Transtornos menores do humor	Transtornos de ansiedade	Outros transtornos mentais	TOTAL
DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO PRINCIPAL DO Ax1	TUSPA	39 (48,1%)	3	5	12	7	1	67
	Psicoses	5	22 (40,7%)	8	13	11	1	60
	Transtornos maiores do humor	8	8	67 (45,0%)	60	81	4	228
	Transtornos menores do humor	19	10	34	193 (45,2%)	143	5	404
	Transtornos de ansiedade	6	6	31	139	144 (35,9%)	5	331
	Outros transtornos mentais	4	5	4	10	15	7 (30,4%)	45
	TOTAL	81	54	149	427	401	23	1.135

Conforme apresentado na TABELA 7, 63,8% dos segurados foram considerados incapazes pelos peritos médicos, que realizaram os exames periciais dentro de um período médio de 12,8 dias após o requerimento do benefício, mais frequentemente em até 10 dias após a DER (61,4%) — 65,4% dos segurados foram periciados dentro de um período inferior à média de espera pelo exame após o requerimento (média não apresentada nas tabelas). De acordo com o registro da DID e da DII, ao requererem o benefício os segurados, em média, já estariam doentes há 1,9 anos e incapazes há 37,6 dias antes da DER; a doença e a incapacidade se iniciaram num prazo inferior à média em 73,1% e 93,0% dos registros, respectivamente (médias não apresentadas nas tabelas). A DID foi registrada como tendo ocorrido há mais de 365 dias antes da DER em 40,9% e de 31 a 180 dias antes da DER em 30,9% dos casos; na maioria dos registros, a DII foi fixada na DER ou após esta data (72,7%). O tempo médio de afastamento dos segurados foi de 307,8 dias, sendo que 27,3% ficaram afastados de 366 a 730 dias e 25,7% de 181 a 365 dias — 58,3% dos segurados ficaram afastados por um período inferior à média de dias de afastamento (média não apresentada nas tabelas). Em 70,5% dos registros não foram encontradas perícias de ordem 2; nos 3.319 registros com perícia de ordem 2 — das quais 95,1% foram requerimentos de PR —, a conclusão pericial mais freqüente foi pela existência de incapacidade (59,2%). Os benefícios foram renovados em média 2,6 vezes, sendo mais freqüente a ocorrência da faixa de 1 a 3 renovações (75,6%) — 61,5% dos registros tiveram um número de renovações abaixo da média (média não apresentada nas tabelas).

TABELA 7 – CONCLUSÃO PERICIAL, TEMPO DE ESPERA PELO EXAME PERICIAL, INÍCIO DA DOENÇA (DID), INÍCIO DA INCAPACIDADE (DII), TEMPO DE AFASTAMENTO, PERÍCIAS DE ORDEM 2 E NÚMERO DE RENOVAÇÕES DO BENEFÍCIO

VARIÁVEL	FREQÜÊNCIA	%
CONCLUSÃO PERICIAL (n=11.236)		
CAPAZ	4.069	36,2
INCAPAZ	7.167	63,8
TEMPO DE ESPERA PELO EXAME PERICIAL (n=11.236)		
ATÉ 10 DIAS	6.893	61,4
DE 11 A 15 DIAS	1.180	10,5
DE 16 A 30 DIAS	1.794	16,0
DE 31 A 60 DIAS	1.233	11,0
MAIS DE 60 DIAS	136	1,2
INÍCIO DA DOENÇA EM RELAÇÃO À DER¹ (n=7.453)		
DID FIXADA NA DER OU APÓS ESTA DATA	275	3,7
ATÉ 30 DIAS ANTES DA DER	502	6,7
DE 31 A 180 DIAS ANTES DA DER	2.298	30,9
DE 181 A 365 DIAS ANTES DA DER	1.331	17,9
HÁ MAIS DE 365 DIAS ANTES DA DER	3.047	40,9
INÍCIO DA INCAPACIDADE EM RELAÇÃO À DER (n=7.167)		
DII FIXADA NA DER OU APÓS ESTA DATA	5.212	72,7
ATÉ 30 DIAS ANTES DA DER	1.361	19,0
DE 31 A 180 DIAS ANTES DA DER	339	4,7
DE 181 A 365 DIAS ANTES DA DER	74	1,0
HÁ MAIS DE 365 DIAS ANTES DA DER	181	2,5
TEMPO DE AFASTAMENTO A PARTIR DA DRE² (n=6.446)		
DCB ³ FIXADA NA DRE	34	0,5
ATÉ 90 DIAS DE AFASTAMENTO	1.359	21,1
DE 91 A 180 DIAS DE AFASTAMENTO	1.196	18,6
DE 181 A 365 DIAS DE AFASTAMENTO	1.654	25,7
DE 366 A 730 DIAS DE AFASTAMENTO	1.758	27,3
SUPERIOR A 730 DIAS DE AFASTAMENTO	445	6,9
EXISTÊNCIA DE PERÍCIA DE ORDEM 2 (n=11.236)		
NÃO	7.917	70,5
SIM	3.319	29,5
CONCLUSÃO DA PERÍCIA DE ORDEM 2 (n=3.319)		
CAPAZ	1.354	40,8
INCAPAZ	1.965	59,2
NÚMERO DE RENOVAÇÕES DO BENEFÍCIO (n=7.602)		
1 A 3 RENOVAÇÕES	5.744	75,6
4 A 6 RENOVAÇÕES	1.493	19,6
7 A 9 RENOVAÇÕES	340	4,5
MAIS DE 10 RENOVAÇÕES	25	0,3

¹ Data da Entrada do Requerimento.

² Data da Realização do Exame.

³ Data da Cessação do Benefício.

4.2 ANÁLISES BIVARIADAS

*E assim tecendo argumentos
mantenho a minha razão...*

Paula Toller

Inicialmente foram feitas análises bivariadas entre todas as variáveis sócio-demográficas, clínicas e previdenciárias e as variáveis institucionais centrais do estudo¹⁴. Em seguida, as análises bivariadas foram realizadas com as duas variáveis de desfecho: a conclusão pericial e o tempo de afastamento.

Cerca de 2/3 dos Ax1 (62,8%) foram concluídos na APS Largo do Riachuelo; esta relação se manteve ao longo dos períodos da pesquisa, aproximou-se de 3:1 entre os peritos concursados novos e foi praticamente 1:1 entre os concursados antigos. Os concursados novos concluíram o maior número relativo de Ax1 (46,8%), enquanto os credenciados foram responsáveis por apenas 8,5% das perícias avaliadas neste estudo. A distribuição ao longo dos períodos e entre as APS foi heterogênea para concursados antigos e concursados novos. No quarto período da pesquisa, foi concluída a maior parte das perícias, tanto em termos relativos (41,2%) quanto absolutos (4.625). Ao longo dos 4 períodos estudados, o percentual de perícias concluídas foi bastante semelhante nas duas APS. Conforme esperado, os resultados relativos aos períodos refletem a progressiva entrada em atividade dos concursados novos e a saída dos credenciados, evidenciando-se ainda que, desde o segundo período, os concursados novos já se responsabilizaram pela conclusão da maioria das perícias (TABELA 8).

¹⁴ Com parte dos resultados destas análises, foi elaborado um manuscrito — intitulado “Influência de alterações normativas da Previdência Social sobre o perfil de concessão de Auxílio-doença relativo a transtornos mentais” — que, encaminhado à Revista Ciência & Saúde Coletiva, foi aprovado para publicação e já pode ser acessado em <http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=2878>.

TABELA 8 – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS PERÍCIAS MÉDICAS REALIZADAS ENTRE JULHO/2004 E DEZEMBRO/2006 (EM PERCENTAGEM)

VARIÁVEL	AGÊNCIAS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL – APS		CATEGORIAS DE PERITOS MÉDICOS CONFORME O VÍNCULO COM O INSS			PERÍODOS DA PESQUISA DE ACORDO COM AS MUDANÇAS NA LEGISLAÇÃO PREVIDENCIÁRIA E NAS CATEGORIAS DE PERITOS MÉDICOS				TOTAL
	APS-R	APS-SD	PM-CA	PM-CN	PM-CR	1º	2º	3º	4º	
APS:										
LARGO DO RIACHUELO (APS-R)	-	-	51,3	72,6	68,9	64,6	63,9	61,8	61,8	62,8
SÃO DIMAS (APS-SD)	-	-	48,7	27,4	31,1	35,4	36,1	38,2	38,2	37,2
PERITO MÉDICO:										
CONCURSADO ANTIGO (PM-CA)	36,5	58,4	-	-	-	65,2	36,1	42,3	35,2	44,6
CONCURSADO NOVO (PM-CN)	54,2	34,5	-	-	-	6,5	55,4	57,7	64,8	46,8
CREDENCIADO (PM-CR)	9,4	7,1	-	-	-	28,3	8,5	0	0	8,5
PERÍODO DA PESQUISA:										
1º- ANTES DA COPES ²	27,1	25,1	38,5	3,7	87,4	-	-	-	-	26,4
2º- ENTRE COPES E PP ³ COM PM-CR	12,9	12,3	10,2	15,0	12,6	-	-	-	-	12,6
3º- ENTRE COPES E PP SEM PM-CR	19,5	20,4	18,8	24,4	0	-	-	-	-	19,8
4º- APÓS INSTITUIÇÃO DO PP	40,5	42,3	32,4	57,0	0	-	-	-	-	41,2
TOTAL DE REGISTROS (n)	7.058	4.178	5.014	5.264	958	2.961	1.421	2.229	4.625	11.236

* Desta tabela até aquela de nº 26, os p-valores apresentados indicam a significância da diferença das distribuições entre as categorias das variáveis em cada análise bivariada.

Na TABELA 9, observa-se que aproximadamente 2/3 (dois terços) dos segurados avaliados eram do sexo feminino e que a faixa etária de 40 a 49 anos prevaleceu nas duas APS, entre as três categorias de peritos médicos e nos quatro períodos deste estudo. Residentes em Juiz de Fora representaram 95,3% dos segurados avaliados na APS Largo do Riachuelo e 64,7% na APS São Dimas; os peritos concursados antigos avaliaram menos segurados residentes em Juiz de Fora (79,9%) que os concursados novos (87,8%) e os credenciados (83,6%). Com relação à região de moradia em Juiz de Fora, a APS Largo do Riachuelo teve um atendimento mais abrangente — com segurados residentes na região Leste representando 28,3% dos registros —, enquanto a APS São Dimas concentrou seu atendimento à região Norte (76,7%). Entre os segurados avaliados pelos concursados antigos foram mais freqüentes os residentes na região Norte (33,1%) e entre aqueles avaliados pelos credenciados a maior freqüência foi de residentes na região Leste (23,5%). A freqüência de perícias de segurados residentes na região Norte — que já era a mais freqüente no primeiro período (23,0%) — aumentou ao longo do tempo, chegando a 29,4% no quarto período; para segurados da região Leste observou-se uma pequena redução ao longo do tempo: de cerca de 23% nos dois primeiros períodos para 20% nos dois últimos.

O grupo de profissões dos “trabalhadores de serviços de turismo, hospedagem, serventia, higiene e embelezamento, segurança, auxiliares de saúde e trabalhadores assemelhados” foi o mais freqüente na APS Largo do Riachuelo (30,1%), entre os concursados novos (29,0%) e nos três últimos períodos. A freqüência do grupo de “trabalhadores da produção industrial, operadores de máquinas, condutores de veículos e trabalhadores assemelhados” foi maior na APS Largo do Riachuelo (26,8%), entre os credenciados (30,0%) e no primeiro período (31,4%), tornando-se menos freqüente que o grupo dos “trabalhadores de serviços de turismo, hospedagem, serventia, higiene e embelezamento, segurança, auxiliares de saúde e trabalhadores assemelhados” ao longo dos três períodos seguintes, conforme apresentado na TABELA 10. O registro do grupo de “outros trabalhadores das profissões científicas, técnicas, artísticas” — uma categoria que não especifica a profissão do segurado — foi mais freqüente na APS São Dimas (30,2%) que na APS Largo do Riachuelo (17,4%) e entre os concursados antigos (23,7%) e concursados novos (22,1%) que entre os credenciados (13,7%), aumentando ao longo dos períodos estudados: 12,8% no primeiro, 21,6% no segundo, 23,4% no terceiro e 27,0% no quarto.

TABELA 9 – CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS DOS SEGURADOS (EM PERCENTAGEM)

VARIÁVEL	AGÊNCIAS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL (APS)		CATEGORIAS DE PERITOS MÉDICOS CONFORME O VÍNCULO COM O INSS			PERÍODOS DA PESQUISA DE ACORDO COM AS MUDANÇAS NA LEGISLAÇÃO PREVIDENCIÁRIA E NAS CATEGORIAS DE PERITOS MÉDICOS				TOTAL
	APS-R ¹	APS-SD ²	PM-CA ³	PM-CN ⁴	PM-CR ⁵	1º	2º	3º	4º	
SEXO:										
FEMININO	65,8	68,5	66,2	67,7	64,6	65,1	66,6	68,4	67,0	66,8
MASCULINO	34,2	31,5	33,8	32,3	35,4	34,9	33,4	31,6	33,0	33,2
IDADE:										
ATÉ 29 ANOS	9,6	10,3	9,3	10,2	11,5	10,4	10,9	10,3	9,0	9,9
DE 30 A 39 ANOS	21,4	22,1	21,5	21,4	24,1	23,2	24,2	20,6	20,5	21,7
DE 40 A 49 ANOS	38,7	38,6	39,6	38,4	35,4	38,6	39,2	36,9	39,4	38,7
DE 50 A 59 ANOS	26,0	25,0	25,2	26,0	26,0	24,1	22,6	27,7	26,5	25,6
ACIMA DE 59 ANOS	4,2	4,1	4,4	4,0	3,0	3,6	3,1	4,5	4,6	4,1
CIDADE:										
JUIZ DE FORA (JF)	95,3	64,7	79,9	87,8	83,6	83,4	84,2	84,6	83,8	83,9
OUTRAS CIDADES DA GEX/JF	2,0	33,7	17,6	10,2	13,5	14,0	13,2	13,4	14,0	13,8
CIDADES DE OUTRAS GEX	2,7	1,5	2,6	1,9	2,9	2,6	2,6	2,0	2,1	2,3
TOTAL DE REGISTROS (n)	7.058	4.178	5.014	5.264	958	2.961	1.421	2.229	4.625	11.236
REGIÃO DE RESIDÊNCIA EM JF:										
NORTE	6,5	76,7	33,1	22,3	19,5	23,0	24,8	26,9	29,4	26,6
NORDESTE	13,8	2,5	9,4	11,4	11,5	11,1	9,4	11,1	10,4	10,6
SUL	12,1	1,9	7,3	10,7	9,2	9,0	8,1	9,2	9,6	9,2
SUDESTE	14,2	2,4	9,7	11,3	13,1	12,1	10,6	11,5	9,7	10,8
CENTRO	19,0	3,5	13,5	15,2	15,9	15,5	16,1	13,9	13,8	14,5
OESTE	5,3	3,4	4,5	4,7	5,9	4,7	5,3	4,2	4,8	4,7
LESTE	28,3	4,3	19,7	22,6	23,5	22,9	23,2	20,4	20,5	21,4
ZONA RURAL	0,4	3,9	1,9	1,1	1,0	1,3	1,6	2,0	1,2	1,4
NÃO IDENTIFICADOS	0,5	1,3	0,7	0,7	0,5	0,5	0,9	0,8	0,7	0,7
TOTAL DE REGISTROS (n)	6.722	2.704	4.003	4.622	801	2.469	1.197	1.885	3.875	9.426

¹ APS Largo do Riachuelo / ² APS São Dimas / ³ Peritos médicos concursados antigos / ⁴ Peritos médicos concursados novos / ⁵ Peritos médicos credenciados.

TABELA 10 – PROFISSÃO DOS SEGURADOS CONFORME GRANDES GRUPOS DA CBO-94 (EM PORCENTAGEM)

VARIÁVEL	AGÊNCIAS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL (APS)		CATEGORIAS DE PERITOS MÉDICOS CONFORME O VÍNCULO COM O INSS			PERÍODOS DA PESQUISA DE ACORDO COM AS MUDANÇAS NA LEGISLAÇÃO PREVIDENCIÁRIA E NAS CATEGORIAS DE PERITOS MÉDICOS				TOTAL
	APS-R ¹	APS-SD ²	PM-CA ³	PM-CN ⁴	PM-CR ⁵	1º	2º	3º	4º	
TRABALHADORES:	p<0,001		p<0,001			p<0,001				
DAS PROFISSÕES CIENTÍFICAS, TÉCNICAS E ARTÍSTICAS	3,4	2,8	2,9	3,3	3,9	3,9	3,4	2,3	3,1	3,2
MEMBROS DOS TRÊS PODERES, FUNCIONÁRIOS PÚBLICOS SUPERIORES E DIRETORES DE EMPRESAS	1,1	0,8	0,9	1,1	0,9	1,0	1,1	0,9	1,0	1,0
DE SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS	9,6	7,5	8,7	8,8	9,9	9,3	10,9	9,2	7,7	8,8
DO COMÉRCIO	10,8	6,5	8,9	9,1	11,3	11,4	9,5	8,1	8,3	9,2
DE SERVIÇOS DE TURISMO, HOSPEDAGEM, SERVENTIA, HIGIENE E EMBELEZAMENTO, SEGURANÇA, AUXILIARES DE SAÚDE	30,1	23,5	26,0	29,0	28,0	27,9	28,2	29,1	26,5	27,6
AGROPECUÁRIOS, FLORESTAIS E DA PESCA	0,8	3,1	1,7	1,4	2,2	2,1	1,4	1,6	1,4	1,6
DA PRODUÇÃO INDUSTRIAL, OPERADORES DE MÁQUINAS, CONDUTORES DE VEÍCULOS	26,8	25,8	27,2	25,1	30,0	31,4	24,0	25,3	24,9	26,4
OUTROS TRABALHADORES DAS PROFISSÕES CIENTÍFICAS, TÉCNICAS, ARTÍSTICAS	17,4	30,2	23,7	22,1	13,7	12,8	21,6	23,4	27,0	22,2
TOTAL DE REGISTROS (n)	6.786	4.000	4.745	5.185	856	2.582	1.418	2.224	4.562	10.786

¹ APS Largo do Riachuelo / ² APS São Dimas / ³ Peritos médicos concursados antigos / ⁴ Peritos médicos concursados novos / ⁵ Peritos médicos credenciados.

Segurados vinculados ao INSS como contribuintes autônomos foram os mais freqüentemente periciados, com percentuais não-discrepantes entre as APS, entre as categorias de peritos e entre os períodos estudados; entre as sub-amostras avaliadas, os empregados representaram de 11,4% a 18,2% dos segurados com transtornos mentais e os empregados domésticos de 7,4% a 11,7%. Para as três variáveis institucionais, o tempo de contribuição registrado na DER foi mais freqüente na faixa de mais de 05 até 10 anos, sem relevantes variações percentuais. Quanto ao tempo de filiação dos segurados, as faixas de mais de 10 até 15 anos e mais que 20 anos de filiação foram as mais freqüentes nas duas APS, com percentuais mais elevados na APS Largo do Riachuelo; entre os peritos concursados novos, segurados com tempo de filiação na faixa de mais de 10 até 15 anos foram mais freqüentes (30,5%), enquanto que segurados com mais que 20 anos de filiação representaram 31,5% dos registros entre os credenciados e 27,5% entre concursados antigos; observa-se uma progressão inversa do percentual de segurados nas duas faixas ao longo dos períodos estudados (TABELA 11).

O tempo médio de contribuição encontrado foi de, aproximadamente, metade do tempo médio de filiação dos segurados avaliados: respectivamente, 7,9 e 14,8 anos na APS Largo do Riachuelo e 7,2 e 13,7 anos na APS São Dimas; 7,9 e 14,7 anos entre os concursados antigos, 7,2 e 13,9 anos entre os concursados novos e 8,8 e 15,6 anos entre os credenciados; 8,8 e 15,7 anos no primeiro período, 7,7 e 13,8 anos no segundo, 7,4 e 14,1 anos no terceiro e 6,9 e 13,9 anos no quarto período (médias não apresentadas nas tabelas).

TABELA 11 – CARACTERÍSTICAS PREVIDENCIÁRIAS DOS SEGURADOS (EM PORCENTAGEM)

VARIÁVEL	AGÊNCIAS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL (APS)		CATEGORIAS DE PERITOS MÉDICOS CONFORME O VÍNCULO COM O INSS			PERÍODOS DA PESQUISA DE ACORDO COM AS MUDANÇAS NA LEGISLAÇÃO PREVIDENCIÁRIA E NAS CATEGORIAS DE PERITOS MÉDICOS				TOTAL
	APS-R ¹	APS-SD ²	PM-CA ³	PM-CN ⁴	PM-CR ⁵	1º	2º	3º	4º	
VÍNCULO COM O INSS:	p<0,001		p<0,001			p<0,001				
DESEMPREGADO	32,7	27,5	30,2	31,7	28,6	30,0	29,1	30,3	32,0	30,7
EMPREGADO	13,8	15,4	14,4	13,6	18,2	17,6	18,2	14,0	11,4	14,4
EMPREGADO DOMÉSTICO	9,7	10,1	9,3	10,6	8,4	7,4	10,4	11,7	10,3	9,8
AUTÔNOMO	40,3	42,8	42,3	40,0	42,5	42,4	39,1	40,6	41,4	41,2
OUTRAS CATEGORIAS	3,6	4,3	3,8	4,1	2,4	2,6	3,3	3,4	5,0	3,8
TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO:	p<0,001		p<0,001			p<0,001				
ATÉ 1 ANO	5,5	6,3	5,3	6,6	4,2	3,8	5,2	4,9	7,7	5,8
MAIS DE 1 ATÉ 2 ANOS	11,0	13,0	11,5	12,2	10,2	10,2	11,6	12,4	12,4	11,7
MAIS DE 2 ATÉ 5 ANOS	24,6	25,6	24,8	26,0	20,3	21,8	22,5	25,9	27,4	25,0
MAIS DE 05 ATÉ 10 ANOS	27,7	27,9	27,1	28,4	27,1	27,0	30,4	28,8	26,9	27,7
MAIS DE 10 ATÉ 15 ANOS	17,6	15,5	16,8	16,1	21,1	18,9	18,2	16,2	15,5	16,8
MAIS QUE 15 ANOS	13,7	11,7	14,4	10,7	17,1	18,3	12,1	11,8	10,2	12,9
TOTAL DE REGISTROS (n)	7.058	4.178	5.014	5.264	958	2.961	1.421	2.229	4.625	11.236
TEMPO DE FILIAÇÃO:	p<0,001		p<0,001			p<0,001				
ATÉ 1 ANO	1,5	1,4	1,5	1,5	1,4	1,6	1,4	1,0	1,6	1,4
MAIS DE 1 ATÉ 5 ANOS	12,7	15,6	13,8	14,1	11,8	11,8	14,6	13,7	14,8	13,8
MAIS DE 5 ATÉ 10 ANOS	15,1	18,7	16,6	16,2	16,3	16,3	17,6	16,9	15,9	16,7
MAIS DE 10 ATÉ 15 ANOS	28,0	24,6	24,0	30,5	20,0	19,0	27,0	30,2	29,9	26,7
MAIS DE 15 ATÉ 20 ANOS	15,6	16,7	16,6	14,8	19,1	19,1	16,3	14,5	14,6	16,0
MAIS QUE 20 ANOS	27,2	23,0	27,5	22,9	31,5	32,3	23,0	23,7	23,2	25,7
TOTAL DE REGISTROS (n)	6.977	4.133	4.963	5.194	953	2.943	1.413	2.206	4.548	11.110

¹ APS Largo do Riachuelo / ² APS São Dimas / ³ Peritos médicos concursados antigos / ⁴ Peritos médicos concursados novos / ⁵ Peritos médicos credenciados.

Conforme pode ser visto na TABELA 12, o tempo de espera pela realização do exame pericial foi mais freqüente na faixa de até 10 dias, exceto entre os peritos credenciados e no primeiro período, entre os quais a faixa mais freqüente foi a de 16 a 30 dias de espera. O tempo médio de espera pela perícia foi maior na APS Largo do Riachuelo (13,5 dias) que na APS São Dimas (11,6 dias); maior entre credenciados (22,8 dias) que entre concursados antigos (15,3 dias) e concursados novos (8,6 dias); e sofreu redução de 22,9 dias no primeiro período para 4,0 dias no terceiro, aumentando para 8,2 dias no quarto período (médias não apresentadas nas tabelas). Não houve diferença entre as duas APS quanto ao tipo de conclusão pericial sobre a existência de incapacidade laborativa: aproximadamente 64% dos segurados foram considerados incapazes. Os deferimentos foram mais freqüentes entre os Ax1 concluídos pelos concursados antigos e credenciados (71,8% e 77,1%, respectivamente) que entre os concursados novos (53,8%), com redução gradual ao longo dos períodos (de 81,9% no primeiro para 49,5% no quarto período). As perícias de ordem 2 não foram realizadas em 70,5% dos registros; este percentual foi mais elevado entre os credenciados (77,5%); sofreu relevante redução entre os dois primeiros períodos (81,1% para 32,7%) e voltou a crescer nos dois últimos períodos (56,2% e 82,2%). O número relativo de deferimentos nestas perícias foi muito próximo entre as duas APS e entre as três categorias de peritos; e sofreu aumento entre o primeiro e o segundo períodos (de 52,0% para 75,3%), com redução no terceiro e quarto períodos (respectivamente, 66,7% e 36,5%). Os benefícios foram renovados mais freqüentemente na faixa de 1 a 3 renovações (em média, 75,6%); o menor percentual desta faixa foi encontrado entre os credenciados (55,4%) e no primeiro período (55,4%); e atingiu 95,7% no quarto período. Conforme seria de se esperar, o número médio de renovações foi, progressivamente, menor: média de 3,5 renovações no primeiro período, 2,5 no segundo e terceiro períodos e 1,7 renovações no quarto período (médias não apresentadas nas tabelas). Os Ax1 sem registro de benefício anterior foram mais freqüentes na APS Largo do Riachuelo (72,7%), entre os credenciados (77,1%) e no segundo período (80,2%).

Na TABELA 13, nota-se que, mais freqüentemente, a DID foi fixada pelos peritos médicos há mais de 365 dias antes da DER na APS Largo do Riachuelo (43,1%), entre os concursados novos (47,5%) e no terceiro período (48,8%). A faixa de 31 a 180 dias antes da DER foi mais freqüente entre os concursados antigos (38,2%) e no primeiro período (35,7%); houve redução progressiva da freqüência de registro da DID nesta faixa ao longo dos períodos seguintes e, no quarto período, os percentuais para as faixas de 31 a 180 dias antes da DER e há mais de 365 dias antes da DER foram de, respectivamente, 26,6% e 45,6%. O tempo médio de início da doença dos segurados foi de 2,1 anos na APS Largo do Riachuelo e de 1,6 ano na

APS São Dimas; de 1,4 ano entre os concursados antigos, 2,1 anos entre os credenciados e 2,4 anos entre os concursados novos; e de 1,6 ano no primeiro período, 1,8 ano no segundo e 2,1 anos nos dois últimos períodos (médias não apresentadas nas tabelas). Na grande maioria dos casos a DII foi fixada no mesmo dia da DER ou após esta data (mais de 70% dos registros), independente da APS, da categoria do perito médico avaliador e do período da pesquisa¹⁵. Quanto ao tempo de afastamento durante o benefício avaliado, a faixa de 366 a 730 dias foi a mais freqüentemente encontrada (em média 27,3%); entre os períodos estudados, o percentual desta faixa mostrou-se mais elevado no terceiro período (33,4%) e mais baixo no segundo (22,4%). O tempo médio em benefício foi maior na APS Largo do Riachuelo (317 dias) que na APS São Dimas (293 dias); entre os credenciados (395 dias) que entre os concursados antigos (315 dias) e concursados novos (276 dias); e variou ao longo do tempo: 397 dias no primeiro, 271 dias no segundo, 285 dias no terceiro e 248 dias no quarto períodos (médias não apresentadas nas tabelas).

¹⁵ Uma discussão sobre este assunto — intitulada “A importância da correta fixação da Data do Início da Incapacidade” — foi publicada no nº 06 da Revista ANMP em Foco.

TABELA 12 – CARACTERÍSTICAS RELATIVAS À AVALIAÇÃO PERICIAL DOS SEGURADOS (EM PORCENTAGEM)

VARIÁVEL	AGÊNCIAS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL (APS)		CATEGORIAS DE PERITOS MÉDICOS CONFORME O VÍNCULO COM O INSS			PERÍODOS DA PESQUISA DE ACORDO COM AS MUDANÇAS NA LEGISLAÇÃO PREVIDENCIÁRIA E NAS CATEGORIAS DE PERITOS MÉDICOS				TOTAL
	APS-R ¹	APS-SD ²	PM-CA ³	PM-CN ⁴	PM-CR ⁵	1º	2º	3º	4º	
TEMPO DE ESPERA PELO EXAME:	p<0,001		p<0,001			p<0,001				
ATÉ 10 DIAS	56,4	69,7	54,5	74,8	23,1	20,3	52,0	90,2	76,6	61,4
DE 11 A 15 DIAS	13,0	6,3	10,3	10,2	13,3	12,9	8,4	6,2	11,7	10,5
DE 16 A 30 DIAS	18,6	11,4	16,6	11,2	39,2	35,9	13,4	3,1	10,2	16,0
DE 31 A 60 DIAS	11,1	10,7	17,0	3,5	21,0	28,4	22,4	0,6	1,3	11,0
MAIS DE 60 DIAS	0,9	1,8	1,7	0,4	3,4	2,5	3,8	0	0,2	1,2
CONCLUSÃO PERICIAL (Ax1):	p=0,7		p<0,001			p<0,001				
INCAPAZ	63,9	63,6	71,8	53,8	77,1	81,9	76,6	61,2	49,5	63,8
CAPAZ	36,1	36,4	28,2	46,2	22,9	18,1	23,4	38,8	50,5	36,2
REALIZAÇÃO DE PERÍCIA DE ORDEM 2:	p=0,1		p<0,001			p<0,001				
NÃO	70,0	71,3	70,8	68,9	77,5	81,1	32,7	56,2	82,2	70,5
SIM	30,0	28,7	29,2	31,1	22,5	18,9	67,3	43,8	17,8	29,5
TOTAL DE REGISTROS (n)	7.058	4.178	5.014	5.264	958	2.961	1.421	2.229	4.625	11.236
CONCLUSÃO DA PERÍCIA DE ORDEM 2:	p=0,2		p=0,5			p<0,001				
INCAPAZ	60,0	57,7	59,3	59,6	55,6	52,0	75,3	66,7	36,5	59,2
CAPAZ	40,0	42,3	40,7	40,4	44,4	48,0	24,7	33,3	63,5	40,8
TOTAL DE REGISTROS (n)	2.120	1.199	1.466	1.637	216	561	957	976	825	3.319
NÚMERO DE RENOVAÇÕES DO BENEFÍCIO:	p=0,9		p<0,001			p<0,001				
1 A 3 RENOVAÇÕES	75,7	75,3	72,9	83,7	55,4	55,4	76,2	75,7	95,7	75,6
4 A 6 RENOVAÇÕES	19,6	19,7	21,3	14,8	31,4	30,9	22,8	23,6	4,3	19,6
7 A 9 RENOVAÇÕES	4,4	4,6	5,4	1,6	11,6	12,8	1,0	0,7	0	4,5
MAIS DE 10 RENOVAÇÕES	0,3	0,4	0,3	0	1,6	1,0	0	0	0	0,3
TOTAL DE REGISTROS (n)	4.779	2.823	3.752	3.090	760	2.491	1.150	1.507	2.454	7.602
EXISTÊNCIA DE BENEFÍCIO ANTERIOR:	P=0,004		p=0,002			p<0,001				
NÃO	72,7	69,4	69,7	2,4	77,1	78,8	80,2	57,6	71,7	71,5
SIM	27,3	30,6	30,3	27,6	22,9	21,2	19,8	42,4	28,3	28,5
TOTAL DE REGISTROS (n)	4.213	2.506	2.995	3.261	433	1.181	1.008	1.290	3.240	6.719

¹ APS Largo do Riachuelo / ² APS São Dimas / ³ Peritos médicos concursados antigos / ⁴ Peritos médicos concursados novos / ⁵ Peritos médicos credenciados.

TABELA 13 – TEMPO DE INÍCIO DA DOENÇA E DA INCAPACIDADE E TEMPO DE AFASTAMENTO DOS SEGURADOS (EM PORCENTAGEM)

VARIÁVEL	AGÊNCIAS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL (APS)		CATEGORIAS DE PERITOS MÉDICOS CONFORME O VÍNCULO COM O INSS			PERÍODOS DA PESQUISA DE ACORDO COM AS MUDANÇAS NA LEGISLAÇÃO PREVIDENCIÁRIA E NAS CATEGORIAS DE PERITOS MÉDICOS				TOTAL
	APS-R ¹	APS-SD ²	PM-CA ³	PM-CN ⁴	PM-CR ⁵	1º	2º	3º	4º	
INÍCIO DA DOENÇA (DID):	p<0,001		p<0,001			p<0,001				
DID FIXADA NA DER OU APÓS	2,9	5,1	2,6	5,5	2,1	2,9	3,9	1,2	6,0	3,7
ATÉ 30 DIAS ANTES DA DER	6,6	7,0	6,7	6,4	8,2	8,3	8,1	6,0	4,8	6,7
DE 31 A 180 DIAS	29,7	32,6	38,2	22,4	28,6	35,7	31,0	29,0	26,6	30,9
DE 181 A 365 DIAS	17,7	18,1	18,1	18,2	15,8	17,6	23,5	15,0	17,1	17,9
HÁ MAIS DE 365 DIAS	43,1	37,2	34,5	47,5	45,3	35,5	33,5	48,8	45,6	40,9
TOTAL DE REGISTROS (n)	4.674	2.779	3.668	2.980	805	2.540	1.155	1.391	2.367	7.453
INÍCIO DA INCAPACIDADE (DII):	p=0,001		p<0,001			p<0,001				
DII FIXADA NA DER OU APÓS	73,3	71,6	74,6	70,9	70,5	75,9	71,7	71,1	70,8	72,7
ATÉ 30 DIAS ANTES DA DER	17,7	21,2	19,2	17,6	23,5	19,1	20,2	19,3	18,1	19,0
DE 31 A 180 DIAS	4,9	4,4	4,5	4,9	5,1	4,2	5,1	5,1	4,9	4,7
DE 181 A 365 DIAS	1,1	0,9	0,6	1,7	0,5	0,4	0,4	1,1	2,0	1,0
HÁ MAIS DE 365 DIAS	2,9	1,9	1,1	4,9	0,3	0,3	2,5	3,5	4,3	2,5
TOTAL DE REGISTROS (n)	4.511	2.656	3.598	2.830	739	2.426	1.088	1.365	2.288	7.167
TEMPO DE AFASTAMENTO (DCB):	p<0,001		p<0,001			p<0,001				
DCB FIXADA NA DRE	0,8	0,1	0,6	0,4	0,5	0,9	0,5	0,1	0,4	0,5
DCB ATÉ 90 DIAS APÓS DRE	20,0	22,8	21,8	21,1	17,2	20,6	22,6	22,2	20,2	21,1
DE 91 A 180 DIAS	17,9	19,6	17,5	21,2	13,5	10,2	29,9	21,0	20,2	18,6
DE 181 A 365 DIAS	25,2	26,4	25,5	26,4	23,4	22,4	18,1	22,7	34,5	25,7
DE 366 A 730 DIAS	28,6	25,0	26,2	28,4	27,9	28,3	22,4	33,4	24,7	27,3
SUPERIOR A 730 DIAS	7,4	6,1	8,3	2,4	17,5	17,6	6,4	0,5	0	6,9
TOTAL DE REGISTROS (n)	4.029	2.417	3.216	2.573	657	2.119	994	1.284	2.049	6.446

¹ APS Largo do Riachuelo / ² APS São Dimas / ³ Peritos médicos concursados antigos / ⁴ Peritos médicos concursados novos / ⁵ Peritos médicos credenciados.

Quanto ao diagnóstico principal, os transtornos menores de humor (39,6%) e os transtornos de ansiedade (34,5%) foram os mais freqüentemente encontrados em todas as circunstâncias (TABELA 14). Entre os Ax1 com diagnóstico secundário, as comorbidades psiquiátricas foram as mais freqüentes (33,6%), com percentuais mais elevados na APS Largo do Riachuelo (36,4%), entre os peritos concursados novos (46,8%) e no quarto período (40,0%). As comorbidades cardiovasculares (29,8% do total) foram registradas com menor freqüência pelos concursados novos e com maior freqüência pelos credenciados: respectivamente, 25,6% e 35,1%. Nos casos em que foram registradas comorbidades psiquiátricas, o registro de transtornos de ansiedade prevaleceu em todas as situações (49,0% do total); TUSPA e transtornos maiores de humor foram mais freqüentemente registrados na APS Largo do Riachuelo (11,0% e 8,6%, respectivamente) e pelos credenciados (17,6% e 10,8%, respectivamente); e as psicoses receberam 4,1% de registros entre os concursados antigos (percentual equivalente ao de registros de psicoses como diagnóstico principal por esta categoria de peritos).

TABELA 14 – DIAGNÓSTICOS DOS SEGURADOS REGISTRADOS PELOS PERITOS MÉDICOS (EM PORCENTAGEM)

VARIÁVEL	AGÊNCIAS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL (APS)		CATEGORIAS DE PERITOS MÉDICOS CONFORME O VÍNCULO COM O INSS			PERÍODOS DA PESQUISA DE ACORDO COM AS MUDANÇAS NA LEGISLAÇÃO PREVIDENCIÁRIA E NAS CATEGORIAS DE PERITOS MÉDICOS				TOTAL
	APS-R ¹	APS-SD ²	PM-CA ³	PM-CN ⁴	PM-CR ⁵	1º	2º	3º	4º	
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:	p<0,001		p<0,001			p<0,001				
TUSPA	6,1	5,9	6,3	5,5	7,6	6,6	6,0	5,2	6,0	6,0
PSICOSES	4,6	3,6	4,0	4,0	7,2	5,8	4,5	3,4	3,6	4,3
TRANST. MAIORES DO HUMOR	15,1	8,4	11,3	13,4	15,2	11,7	13,6	13,4	12,5	12,6
TRANST. MENORES DO HUMOR	38,1	41,9	42,9	37,3	34,6	37,7	43,1	41,3	38,8	39,6
TRANSTORNOS DE ANSIEDADE	33,1	36,9	33,2	36,1	32,5	35,4	30,8	34,0	35,4	34,5
OUTROS TRANST. MENTAIS	2,9	3,3	2,3	3,8	2,9	2,9	2,0	2,7	3,6	3,1
TOTAL DE REGISTROS (n)	7.058	4.178	5.014	5.264	958	2.961	1.421	2.229	4.625	11.236
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:	p<0,001		p<0,001			p<0,001				
PSIQUIÁTRICO	36,4	28,5	24,1	46,8	25,7	24,5	37,3	35,1	40,0	33,6
MUSCULOESQUELÉTICOS	17,7	21,0	23,7	13,5	17,7	21,1	17,8	20,3	16,3	18,9
CARDIOVASCULAR	29,5	30,5	32,3	25,6	35,1	32,6	27,8	29,6	28,2	29,8
OUTROS DIAGNÓSTICOS	16,4	20,0	19,9	14,1	21,5	21,8	17,2	15,0	15,5	17,7
TOTAL DE REGISTROS (n)	1.755	954	1.307	1.114	288	857	400	533	901	2.709
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO	p=0,5		p=0,08			p=0,5				
PSIQUIÁTRICO: TUSPA	11,0	8,5	11,1	8,6	17,6	10,7	9,4	8,0	11,4	10,2
PSICOSES	2,2	2,6	4,1	1,3	1,4	4,2	2,0	1,6	1,7	2,3
TRANST. MAIORES DO HUMOR	8,6	5,9	8,6	6,9	10,8	11,2	8,1	7,0	6,1	7,8
TRANST. MENORES DO HUMOR	19,9	19,1	18,1	21,3	14,9	17,8	20,1	18,2	21,4	19,7
TRANSTORNOS DE ANSIEDADE	47,2	53,3	47,6	50,3	45,9	45,3	50,3	54,5	47,8	49,0
OUTROS TRANST. MENTAIS	11,1	10,7	10,5	11,5	9,5	10,7	10,1	10,7	11,7	11,0
TOTAL DE REGISTROS (n)	638	272	315	521	74	214	149	187	360	910

¹ APS Largo do Riachuelo / ² APS São Dimas / ³ Peritos médicos concursados antigos / ⁴ Peritos médicos concursados novos / ⁵ Peritos médicos credenciados.

Entre os Ax1 com transtornos mentais que possuíam registro de benefício anterior, estes foram devidos, mais freqüentemente, a um diagnóstico psiquiátrico, principalmente na APS Largo do Riachuelo (62,2%), entre os peritos concursados novos (61,6%) e no quarto período da pesquisa (63,9%); os quadros musculoesqueléticos foram o segundo grupo mais freqüente (17,3% do total). Enquanto a freqüência relativa do registro de doenças cardiovasculares não sofreu grande variação percentual (máximo de 3,3% entre os dois primeiros períodos), os percentuais relativos aos quadros musculoesqueléticos e psiquiátricos sofreram variações mais acentuadas e sempre em sentido contrário. Entre os benefícios anteriores com registro de transtornos mentais, os diagnósticos mais freqüentemente encontrados foram, assim como nos Ax1 avaliados, os transtornos menores do humor (37,6%) e os transtornos de ansiedade (35,3%) nas duas APS, entre as três categorias de peritos e ao longo dos períodos da pesquisa (TABELA 15).

Conforme demonstrado anteriormente, quando se compara o transtorno mental registrado como diagnóstico principal no Ax1 avaliado àquele encontrado no benefício anterior, observa-se que a percentagem de concordância entre os dois registros foi pequena, inferior a 50% na maioria dos casos (TABELA 16). Para a totalidade dos registros, a maior concordância ocorreu para o grupo diagnóstico de TUSPA (48,1%), seguida pelos transtornos do humor, psicoses, transtornos de ansiedade e outros transtornos mentais. A mais alta taxa de concordância ocorreu para os diagnósticos de TUSPA entre os peritos credenciados (66,7%) e a menor foi encontrada, também entre os credenciados, para o grupo das psicoses (0%).

TABELA 15 – DIAGNÓSTICO PRINCIPAL DO BENEFÍCIO ANTERIOR (EM PERCENTAGEM)

VARIÁVEL	AGÊNCIAS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL (APS)		CATEGORIAS DE PERITOS MÉDICOS CONFORME O VÍNCULO COM O INSS			PERÍODOS DA PESQUISA DE ACORDO COM AS MUDANÇAS NA LEGISLAÇÃO PREVIDENCIÁRIA E NAS CATEGORIAS DE PERITOS MÉDICOS				TOTAL
	APS-R ¹	APS-SD ²	PM-CA ³	PM-CN ⁴	PM-CR ⁵	1º	2º	3º	4º	
DIAGNÓSTICO:	p=0,02		p=0,03			p=0,01				
PSIQUIÁTRICO	62,2	55,0	58,1	61,6	49,5	50,2	51,0	58,7	63,9	59,3
OSTEOMUSCULAR	15,8	19,6	17,2	16,3	27,3	24,1	22,5	17,6	14,2	17,3
CARDIOVASCULAR	9,8	10,1	9,8	10,0	10,1	9,2	12,5	9,9	9,6	9,9
OUTROS DIAGNÓSTICOS	12,2	15,3	14,9	12,1	13,1	16,5	14,0	13,8	12,3	13,5
TOTAL DE REGISTROS (n)	1.148	766	907	908	99	249	200	547	918	1.914
DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO:	p=0,1		p=0,2			p<0,001				
TUSPA	7,7	6,2	6,8	7,5	6,1	4,8	5,9	5,9	8,5	7,1
PSICOSES	4,9	4,5	4,2	5,0	8,2	5,6	3,9	5,3	4,4	4,8
TRANST. MAIORES DO HUMOR	15,0	10,0	11,0	15,7	6,1	10,4	6,9	6,9	18,2	13,1
TRANST. MENORES DO HUMOR	37,4	38,0	37,4	38,1	34,7	33,6	43,1	42,1	35,1	37,6
TRANSTORNOS DE ANSIEDADE	33,1	39,2	38,1	32,2	40,8	40,8	38,2	38,6	31,9	35,3
OUTROS TRANST. MENTAIS	2,0	2,1	2,5	1,4	4,1	4,8	2,0	1,2	1,9	2,0
TOTAL DE REGISTROS (n)	714	421	527	559	49	125	102	321	587	1.135

¹ APS Largo do Riachuelo / ² APS São Dimas / ³ Peritos médicos concursados antigos / ⁴ Peritos médicos concursados novos / ⁵ Peritos médicos credenciados.

TABELA 16 – PERCENTAGEM DE DIAGNÓSTICOS CONCORDANTES ENTRE O BENEFÍCIO ANTERIOR E O AX1

VARIÁVEL	AGÊNCIAS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL (APS)		CATEGORIAS DE PERITOS MÉDICOS CONFORME O VÍNCULO COM O INSS			PERÍODOS DA PESQUISA DE ACORDO COM AS MUDANÇAS NA LEGISLAÇÃO PREVIDENCIÁRIA E NAS CATEGORIAS DE PERITOS MÉDICOS				TOTAL
	APS-R ¹	APS-SD ²	PM-CA ³	PM-CN ⁴	PM-CR ⁵	1º	2º	3º	4º	
CONCORDÂNCIA:										
TUSPA	45,5 ⁶	53,8	55,6	40,5	66,7	33,3	33,3	47,8	52,0	48,1
PSICOSES	42,9	36,8	40,9	46,4	0	28,6	50,0	35,3	46,2	40,7
TRANST. MAIORES DO HUMOR	44,9	45,2	50,0	42,0	33,3	61,5	57,1	31,8	44,9	45,0
TRANST. MENORES DO HUMOR	41,9	50,6	52,8	39,4	29,4	45,2	47,7	45,2	44,7	45,2
TRANSTORNOS DE ANSIEDADE	36,9	34,5	36,3	35,6	35,0	49,0	43,6	28,2	35,8	35,9
OUTROS TRANST. MENTAIS	21,4	44,4	30,8	25,0	50,0	33,3	50,0	25,0	27,3	30,4

¹ APS Largo do Riachuelo / ² APS São Dimas / ³ Peritos médicos concursados antigos / ⁴ Peritos médicos concursados novos / ⁵ Peritos médicos credenciados / ⁶ Os percentuais apresentados referem-se à frequência relativa de grupos diagnósticos concordantes entre linha (Ax1 avaliado) e coluna (benefício anterior), com somatório por coluna.

De acordo com a TABELA-17, os peritos concursados novos deferiram menos requerimentos (53,8%) que os concursados antigos (71,8%) e os credenciados (77,1%); esta diferença foi menor quando se avaliou apenas os dois primeiros períodos da pesquisa. Apenas nestes dois períodos foi encontrada diferença entre as APS: a APS São Dimas deferiu mais que a APS Largo do Riachuelo (83,6% e 78,3%, respectivamente). Observou-se uma redução progressiva na frequência de deferimentos entre o primeiro e o quarto períodos da pesquisa (de 81,9% para 49,5%). Os peritos médicos com especialidade em psiquiatria deferiram menos (46,7%) que os peritos com registro de outras especialidades médicas (67,4%) ou sem registro sobre a especialidade médica (63,4%).

TABELA 17 – CONCLUSÃO PERICIAL CONFORME VARIÁVEIS INSTITUCIONAIS (EM PERCENTAGEM)

VARIÁVEL	TODOS OS PERITOS / NOS QUATRO PERÍODOS			TODOS OS PERITOS / NO 1º E 2º PERÍODOS			PERITOS CONCURSADOS / NOS QUATRO PERÍODOS		
	CAPAZ ¹	INCAPAZ ²	TOTAL ³	CAPAZ	INCAPAZ	TOTAL	CAPAZ	INCAPAZ	TOTAL
CATEGORIA DE PERITO MÉDICO	p<0,001			p<0,001			p<0,001		
CONCURSADO ANTIGO	28,2	71,8	5.014	15,6	84,4	2.444	28,2	71,8	5.014
CONCURSADO NOVO	46,2	53,8	5.264	27,2	72,8	980	46,2	53,8	5.264
CREDENCIADO	22,9	77,1	958	22,9	77,1	958	-	-	-
APS	p=0,7			p<0,001			p=0,9		
LARGO DO RIACHUELO	36,1	63,9	7.058	21,7	78,3	2.821	37,4	62,6	6.398
SÃO DIMAS	36,4	63,6	4.178	16,4	83,6	1.561	37,5	62,5	3.880
PERÍODO DA PESQUISA	p<0,001			p<0,001			p<0,001		
PRIMEIRO	18,1	81,9	2.961	18,1	81,9	2.961	15,5	84,5	2.124
SEGUNDO	23,4	76,6	1.421	23,4	76,6	1.088	24,6	75,4	1.300
TERCEIRO	38,8	61,2	2.229	-	-	-	38,8	61,2	2.229
QUARTO	50,5	49,5	4.625	-	-	-	50,5	49,5	4.625
ESPECIALIDADE MÉDICA	p<0,001			p<0,001			p<0,001		
PSIQUIATRIA	53,3	46,7	660	34,5	65,5	200	53,3	46,7	660
OUTRAS ESPECIALIDADES	32,6	67,4	3.808	24,3	75,7	1.716	32,2	67,8	3.538
SEM REGISTRO	36,6	63,4	6.768	15,5	84,5	2.466	38,8	61,2	6.080
TOTAL	4.069	7.167	11.236	868	3.514	4.382	3.850	6.428	10.278
	36,1%	63,8%	100%	19,8%	80,2%	100%	37,5%	62,5%	100%

¹ Requerimento indeferido pelo perito médico. / ² Requerimento deferido pelo perito médico. / ³ Desta tabela até aquela de nº 36, o total refere-se à frequência de cada categoria das variáveis.

Na TABELA 18, observa-se que a frequência de deferimentos foi maior quanto menor a faixa etária e entre segurados do sexo masculino (73,6%). Com relação ao estado e à cidade de residência — quando avaliadas apenas as cidades da Gex/JF —, não foi encontrada diferença significativa quanto à conclusão pericial; a maior frequência de deferimentos ocorreu entre segurados residentes no Centro da cidade de Juiz de Fora (71,0%).

A frequência de deferimentos foi maior entre o grupo dos “trabalhadores das profissões científicas, técnicas, artísticas e trabalhadores assemelhados” (80,9%) e menor entre os “trabalhadores de serviços de turismo, hospedagem, serventia, higiene e embelezamento, segurança, auxiliares de saúde e trabalhadores assemelhados” (60,0%) e os “trabalhadores agropecuários, florestais, da pesca e trabalhadores assemelhados” (64,9%), conforme apresentado na TABELA 19.

A frequência de deferimentos foi maior entre segurados que receberam o registro de psicoses (90,4%) como diagnóstico principal e de quadros psiquiátricos (75,2%) e outros quadros clínicos (80,6%) como diagnóstico secundário (TABELA 20). As menores frequências de deferimentos foram encontradas entre segurados com diagnóstico principal de transtornos menores do humor (61,5%) e transtornos de ansiedade (52,1%).

Na TABELA 21, nota-se que as maiores frequências de deferimentos foram encontradas entre os segurados empregados (84,6%), com tempo de filiação e de contribuição superiores a, respectivamente, 12,6 anos (65,1%) e 6,1 anos (66,0%). A frequência de deferimentos foi maior entre os segurados que tinham registro de benefício anterior no SUB (92,7%) que entre aqueles que não tiveram benefício anterior (74,2%). Com relação a estas três últimas variáveis, não houve diferença estatisticamente significativa quanto à conclusão pericial quando avaliados apenas os dois primeiros períodos da pesquisa.

TABELA 18 – CONCLUSÃO PERICIAL CONFORME VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS (EM PORCENTAGEM)

VARIÁVEL	TODOS OS PERITOS / NOS QUATRO PERÍODOS			TODOS OS PERITOS / NO 1º E 2º PERÍODOS			PERITOS CONCURSADOS / NOS QUATRO PERÍODOS		
	CAPAZ	INCAPAZ	TOTAL	CAPAZ	INCAPAZ	TOTAL	CAPAZ	INCAPAZ	TOTAL
FAIXA ETÁRIA	p<0,001			p<0,001			p<0,001		
ATÉ 29 ANOS	25,0	75,0	1.111	10,1	89,9	464	26,5	73,5	1.001
DE 30 A 49 ANOS	35,1	64,9	6.780	19,1	80,9	2.731	36,4	63,6	6.210
ACIMA DE 50 ANOS	42,1	57,9	3.345	25,3	74,7	1.187	43,2	56,8	3.067
SEXO	p<0,001			p<0,001			p<0,001		
FEMININO	41,1	58,9	7.501	23,7	76,3	2.876	42,4	57,6	6.882
MASCULINO	26,4	73,6	3.735	12,4	87,6	1.506	27,5	72,5	3.396
ESTADO DE RESIDÊNCIA	p=0,06			p=0,3			p=0,08		
MINAS GERAIS	36,3	63,7	11.102	19,9	80,1	4.304	37,5	62,5	10.163
OUTROS ESTADOS	28,4	71,6	134	15,4	84,6	78	29,6	70,4	115
CIDADE DE RESIDÊNCIA	p=0,01¹			p=0,07²			p=0,02³		
JUIZ DE FORA (JF)	36,3	63,7	9.431	20,3	79,7	3.667	37,5	62,5	8.630
OUTRAS CIDADES DA GEX/JF	37,2	62,8	1.547	17,8	82,2	601	38,9	61,1	1.418
CIDADES DE OUTRAS GEX	27,5	72,5	258	13,2	86,8	114	29,1	70,9	230
TOTAL	4.069	7.167	11.236	868	3.514	4.382	3.850	6.428	10.278
	36,1%	63,8%	100%	19,8%	80,2%	100%	37,5%	62,5%	100%
REGIÃO DE RESIDÊNCIA EM JF	p<0,001			p<0,001			p<0,001		
NORTE	37,6	62,4	2.511	16,4	83,6	865	38,6	61,4	2.355
NORDESTE	34,7	65,3	996	20,5	79,5	385	35,8	64,2	904
SUL	40,9	59,1	863	26,7	73,3	318	42,3	57,7	789
SUDESTE	35,6	64,4	1.018	25,2	74,8	425	36,6	63,4	913
CENTRO	29,0	71,0	1.371	14,9	85,1	576	30,5	69,5	1.244
OESTE	39,6	60,4	445	22,8	77,2	180	41,0	59,0	398
LESTE	37,9	62,1	2.021	22,7	77,3	844	38,9	61,1	1.833
ZONA RURAL	40,3	59,7	134	16,0	84,0	50	41,3	58,7	126
TOTAL	3.397	5.962	9.359	740	2.903	3.643	3.208	5.354	8.562
	36,3%	63,7%	100%	20,3%	79,7%	100%	37,5%	62,5%	100%

¹ Quando avaliadas apenas as cidades da Gex/JF, o p-valor foi de 0,5. / ² Quando avaliadas apenas as cidades da Gex/JF, o p-valor foi de 0,2. / ³ Quando avaliadas apenas as cidades da Gex/JF, o p-valor foi de 0,3.

TABELA 19 – CONCLUSÃO PERICIAL CONFORME CATEGORIA DE PROFISSÃO (EM PORCENTAGEM)

VARIÁVEL	TODOS OS PERITOS / NOS QUATRO PERÍODOS			TODOS OS PERITOS / NO 1º E 2º PERÍODOS			PERITOS CONCURSADOS / NOS QUATRO PERÍODOS		
	CAPAZ	INCAPAZ	TOTAL	CAPAZ	INCAPAZ	TOTAL	CAPAZ	INCAPAZ	TOTAL
TRABALHADORES:	p<0,001			p<0,001			p<0,001		
DAS PROFISSÕES CIENTÍFICAS, TÉCNICAS E ARTÍSTICAS	19,1	80,9	341	4,7	95,3	149	20,8	79,2	308
MEMBROS DOS TRÊS PODERES, FUNCIONÁRIOS PÚBLICOS SUPERIORES E DIRETORES DE EMPRESAS	23,1	76,9	108	4,8	95,2	42	25,0	75,0	100
DE SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS	25,9	74,1	953	9,9	90,1	395	27,0	73,0	868
DO COMÉRCIO	27,5	72,5	991	13,0	87,0	430	28,9	71,1	894
DE SERVIÇOS DE TURISMO, HOSPEDAGEM, SERVENTIA, HIGIENE E EMBELEZAMENTO, SEGURANÇA, AUXILIARES DE SAÚDE	40,0	60,0	2.979	23,6	76,4	1.121	41,3	58,7	2.739
AGROPECUÁRIOS, FLORESTAIS E DA PESCA	35,1	64,9	174	29,3	70,7	75	34,8	65,2	155
DA PRODUÇÃO INDUSTRIAL, OPERADORES DE MÁQUINAS, CONDUTORES DE VEÍCULOS	32,4	67,6	2.850	17,0	83,0	1.151	33,7	66,3	2.593
TOTAL	2.786 33,2%	5.610 66,8%	8.396 100%	587 17,5%	2.776 82,5%	3.363 100%	2.638 34,5%	5.019 65,5%	7.657 100%

TABELA 20 – CONCLUSÃO PERICIAL CONFORME VARIÁVEIS CLÍNICAS (EM PORCENTAGEM)

VARIÁVEL	TODOS OS PERITOS / NOS QUATRO PERÍODOS			TODOS OS PERITOS / NO 1º E 2º PERÍODOS			PERITOS CONCURSADOS / NOS QUATRO PERÍODOS		
	CAPAZ	INCAPAZ	TOTAL	CAPAZ	INCAPAZ	TOTAL	CAPAZ	INCAPAZ	TOTAL
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	p<0,001			p<0,001			p<0,001		
TUSPA	17,6	82,4	675	9,0	91,0	279	18,3	81,7	602
PSICOSES	9,6	90,4	479	1,7	98,3	235	10,7	89,3	410
TRANST. MAIORES DO HUMOR	14,4	85,6	1.417	5,2	94,8	539	15,7	84,3	1.271
TRANST. MENORES DO HUMOR	38,5	61,5	4.444	18,8	81,2	1.728	40,2	59,8	4.113
TRANSTORNOS DE ANSIEDADE	47,9	52,1	3.877	30,8	69,2	1.485	48,1	51,9	3.566
OUTROS TRANSTORNOS MENTAIS	39,2	60,8	344	24,1	75,9	116	39,9	60,1	316
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO	p<0,001			p<0,001			p<0,001		
PSIQUIÁTRICOS	24,8	75,2	910	10,5	89,5	363	25,8	74,2	836
CARDIOVASCULARES	31,1	68,9	808	17,7	82,3	396	33,5	66,5	707
MUSCULOESQUELÉTICOS	33,7	66,3	511	18,0	82,0	256	35,4	64,6	460
OUTROS QUADROS CLÍNICOS	19,4	80,6	480	10,4	89,6	260	20,3	79,7	418
AUSÊNCIA DE REGISTRO	39,0	61,0	8.527	22,1	77,9	3.170	40,1	59,9	7.857
TOTAL	4.069	7.167	11.236	868	3.514	4.382	3.850	6.428	10.278
	36,1%	63,8%	100%	19,8%	80,2%	100%	37,5%	62,5%	100%

TABELA 21 – CONCLUSÃO PERICIAL CONFORME VARIÁVEIS PREVIDENCIÁRIAS (EM PORCENTAGEM)

VARIÁVEL	TODOS OS PERITOS / NOS QUATRO PERÍODOS			TODOS OS PERITOS / NO 1º E 2º PERÍODOS			PERITOS CONCURSADOS / NOS QUATRO PERÍODOS		
	CAPAZ	INCAPAZ	TOTAL	CAPAZ	INCAPAZ	TOTAL	CAPAZ	INCAPAZ	TOTAL
VÍNCULO COM O INSS	p<0,001			p<0,001			p<0,001		
DESEMPREGADO	35,2	64,8	3.455	19,4	80,6	1.301	36,2	63,8	3.181
EMPREGADO	15,4	84,6	1.616	6,4	93,6	778	16,5	83,5	1.442
EMPREGADO DOMÉSTICO	48,1	51,9	1.106	25,5	74,5	368	50,0	50,0	1.026
AUTÔNOMO E OUTROS	41,0	59,0	5.059	24,4	75,6	1.935	42,1	57,9	4.629
TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO	p<0,001			p=0,5			p<0,001		
ATÉ A MEDIANA ¹	38,4	61,6	5.619	20,2	79,8	1.937	39,7	60,3	5.227
ACIMA DA MEDIANA	34,0	66,0	5.617	19,5	80,5	2.445	35,1	64,9	5.051
TOTAL	4.069	7.167	11.236	868	3.514	4.382	3.850	6.428	10.278
	36,1%	63,8%	100%	19,8%	80,2%	100%	37,5%	62,5%	100%
EXISTÊNCIA DE BENEFÍCIO	p<0,001			p=0,2			p<0,001		
ANTERIOR									
NÃO	25,8	74,2	4.804	4,3	95,7	1.739	27,4	72,6	4.470
SIM	7,3	92,7	1.915	5,6	94,4	450	7,5	92,5	1.816
TOTAL	1.379	5.340	6.719	99	2.090	2.189	1.362	4.924	6.286
	20,5%	79,5%	100%	4,5%	95,5%	100%	21,7%	78,3%	100%
TEMPO DE FILIAÇÃO	p=0,01			p=0,9			p=0,02		
ATÉ A MEDIANA ²	37,2	62,8	5.555	19,9	80,1	1.935	38,3	61,7	5.163
ACIMA DA MEDIANA	34,9	65,1	5.555	19,7	80,3	2.421	36,2	63,8	4.994
TOTAL	4.002	7.108	11.110	862	3.494	4.356	3.785	6.372	10.157
	36,0%	64,0%	100%	19,8%	80,2%	100%	37,3%	62,7%	100%

¹ Valor da mediana do tempo de contribuição: 2.230 dias. / ² Valor da mediana do tempo de filiação: 4.584 dias.

A frequência de afastamentos prolongados, superiores a 243 dias — valor da mediana do tempo de afastamento —, foi maior entre os segurados avaliados pelos peritos credenciados (59,4%) que pelos concursados antigos (50,5%) e pelos concursados novos (46,9%). A frequência desses afastamentos prolongados foi maior entre os segurados periciados na APS Largo do Riachuelo (51,5%) e no primeiro período da pesquisa (60,1%). Os segurados avaliados por peritos médicos com especialidade em psiquiatria receberam afastamentos prolongados mais frequentemente (57,9%) que aqueles avaliados pelos demais peritos médicos (TABELA 22).

Conforme apresentado na TABELA 23, a frequência de afastamentos prolongados foi maior quanto maior a faixa etária e entre segurados do sexo masculino (55,2%). Com relação ao estado de residência, não foi encontrada diferença significativa quanto ao tempo de afastamento; também não houve significância estatística em relação à cidade de residência nos dois primeiros períodos da pesquisa; a maior frequência de afastamentos prolongados foi encontrada entre segurados residentes na região Sudeste da cidade de Juiz de Fora, quando considerados os quatro períodos da pesquisa, e na região Norte, quando considerados apenas os dois primeiros períodos.

Afastamentos prolongados foram mais frequentemente encontrados entre o grupo dos “trabalhadores das profissões científicas, técnicas, artísticas e trabalhadores assemelhados” (61,6%). Conforme pode ser visto na TABELA 24, não foi encontrada diferença significativa quando se avaliou os quatro períodos apenas com os peritos concursados.

TABELA 22 – TEMPO DE AFASTAMENTO CONFORME VARIÁVEIS INSTITUCIONAIS (EM PORCENTAGEM)

VARIÁVEL	TODOS OS PERITOS / NOS QUATRO PERÍODOS			TODOS OS PERITOS / NO 1º E 2º PERÍODOS			PERITOS CONCURSADOS / NOS QUATRO PERÍODOS		
	ATÉ A MEDIANA ¹	ACIMA DA MEDIANA	TOTAL	ATÉ A MEDIANA	ACIMA DA MEDIANA	TOTAL	ATÉ A MEDIANA	ACIMA DA MEDIANA	TOTAL
CATEGORIA DE PERITO MÉDICO	p<0,001			p<0,001			p=0,006		
CONCURSADO ANTIGO	49,5	50,5	3.216	44,9	55,1	1.805	49,5	50,5	3.216
CONCURSADO NOVO	53,1	46,9	2.573	57,6	42,4	651	53,1	46,9	2.573
CREDENCIADO	40,6	59,4	657	40,6	59,4	657	-	-	-
APS	p=0,002			p=0,1			p=0,001		
LARGO DO RIACHUELO	48,5	51,5	4.029	47,8	52,2	1.965	49,3	50,7	3.582
SÃO DIMAS	52,5	47,5	2.417	44,8	55,2	1.148	54,0	46,0	2.207
PERÍODO DA PESQUISA	p<0,001			p<0,001			p<0,001		
PRIMEIRO	39,5	60,5	2.119	39,5	60,5	2.119	39,9	60,1	1.557
SEGUNDO	62,0	38,0	994	62,0	38,0	994	62,7	37,3	899
TERCEIRO	53,7	46,3	1.284	-	-	-	53,7	46,3	1.284
QUARTO	52,8	47,2	2.049	-	-	-	52,8	47,2	2.049
ESPECIALIDADE MÉDICA	p=0,007			p=0,005			p=0,001		
PSIQUIATRIA	42,1	57,9	304	41,0	59,0	122	42,1	57,9	304
OUTRAS ESPECIALIDADES	51,6	48,4	2.301	50,3	49,7	1.174	53,0	47,0	2.143
SEM REGISTRO	49,7	50,3	3.841	44,7	55,3	1.817	50,7	49,3	3.342
TOTAL	3.224	3.222	6.446	1.453	1.660	3.113	2.957	2.832	5.789
	50%	50%	100%	46,7%	53,3%	100%	51,1%	48,9%	100%

¹ Valor da mediana do tempo de afastamento: 243 dias.

TABELA 23 – TEMPO DE AFASTAMENTO CONFORME VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS (EM PERCENTAGEM)

VARIÁVEL	TODOS OS PERITOS / NOS QUATRO PERÍODOS			TODOS OS PERITOS / NO 1º E 2º PERÍODOS			PERITOS CONCURSADOS / NOS QUATRO PERÍODOS		
	ATÉ A MEDIANA	ACIMA DA MEDIANA	TOTAL	ATÉ A MEDIANA	ACIMA DA MEDIANA	TOTAL	ATÉ A MEDIANA	ACIMA DA MEDIANA	TOTAL
FAIXA ETÁRIA	p=0,001			p=0,05			p<0,001		
ATÉ 29 ANOS	56,1	43,9	732	52,1	47,9	359	57,8	42,2	654
DE 30 A 49 ANOS	49,8	50,2	3.943	46,7	53,3	1.943	51,0	49,0	3.556
ACIMA DE 50 ANOS	47,9	52,1	1.771	44,3	55,7	811	48,6	51,4	1.579
SEXO	p<0,001			p<0,001			p<0,001		
FEMININO	53,1	46,9	4.060	50,1	49,9	1.984	54,0	46,0	3.647
MASCULINO	44,8	55,2	2.386	40,7	59,3	1.129	46,1	53,9	2.142
ESTADO DE RESIDÊNCIA	p=0,3			p=0,3			p=0,3		
MINAS GERAIS	49,9	50,1	6.361	46,6	53,4	3.053	51,0	49,0	5.720
OUTROS ESTADOS	55,3	44,7	85	50,0	50,0	60	58,0	42,0	69
CIDADE DE RESIDÊNCIA	p=0,002¹			p=0,5²			p<0,001³		
JUIZ DE FORA (JF)	49,1	50,9	5.370	46,3	53,7	2.570	49,9	50,1	4.828
OUTRAS CIDADES DA GEX/JF	54,3	45,7	914	47,5	52,5	453	56,4	43,6	821
CIDADES DE OUTRAS GEX	57,4	42,6	162	52,2	47,8	90	59,3	40,7	140
TOTAL	3.224	3.222	6.446	1.453	1.660	3.113	2.957	2.832	5.789
	50%	50%	100%	46,7%	53,3%	100%	51,1%	48,9%	100%
REGIÃO DE RESIDÊNCIA EM JF	p=0,09			p=0,7			p=0,03		
NORTE	50,1	49,9	1.418	43,0	57,0	628	51,5	48,5	1.309
NORDESTE	53,3	46,7	574	49,6	50,4	266	54,8	45,2	515
SUL	48,1	51,9	447	45,7	54,3	210	48,6	51,4	395
SUDESTE	45,3	54,7	602	47,2	52,8	286	46,4	53,6	537
CENTRO	46,9	53,1	884	47,3	52,7	444	46,8	53,2	790
OESTE	53,5	46,5	228	47,4	52,6	116	55,8	44,2	197
LESTE	48,9	51,1	1.109	47,7	52,3	568	49,4	50,6	986
ZONA RURAL	53,4	46,6	73	48,6	51,4	37	53,7	46,3	67
TOTAL	2.623	2.712	5.335	1.187	1.368	2.555	2.400	2396	4.796
	49,2%	50,8%	100%	46,5%	53,5%	100%	50,0%	50,0%	100%

¹ Quando avaliadas apenas as cidades da Gex/JF, o p-valor foi de 0,004. / ² Quando avaliadas apenas as cidades da Gex/JF, o p-valor foi de 0,7. / ³ Quando avaliadas apenas as cidades da Gex/JF, o p-valor foi de 0,001.

TABELA 24 – TEMPO DE AFASTAMENTO CONFORME CATEGORIA DE PROFISSÃO (EM PORCENTAGEM)

VARIÁVEL	TODOS OS PERITOS / NOS QUATRO PERÍODOS			TODOS OS PERITOS / NO 1º E 2º PERÍODOS			PERITOS CONCURSADOS / NOS QUATRO PERÍODOS		
	ATÉ A MEDIANA	ACIMA DA MEDIANA	TOTAL	ATÉ A MEDIANA	ACIMA DA MEDIANA	TOTAL	ATÉ A MEDIANA	ACIMA DA MEDIANA	TOTAL
TRABALHADORES:	p=0,02			p=0,01			p=0,07		
DAS PROFISSÕES CIENTÍFICAS, TÉCNICAS E ARTÍSTICAS	38,4	61,6	255	33,9	66,1	127	39,9	60,1	228
MEMBROS DOS TRÊS PODERES, FUNCIONÁRIOS PÚBLICOS SUPERIORES E DIRETORES DE EMPRESAS	52,7	47,3	74	56,8	43,2	37	53,7	46,3	67
DE SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS	50,8	49,2	664	47,9	52,1	328	51,6	48,4	601
DO COMÉRCIO	46,4	53,6	636	42,6	57,4	317	47,1	52,9	567
DE SERVIÇOS DE TURISMO, HOSPEDAGEM, SERVENTIA, HIGIENE E EMBELEZAMENTO, SEGURANÇA, AUXILIARES DE SAÚDE	49,3	50,7	1.668	48,9	51,1	785	49,9	50,1	1.508
AGROPECUÁRIOS, FLORESTAIS E DA PESCA	44,8	55,2	96	40,0	60,0	50	46,5	53,5	86
DA PRODUÇÃO INDUSTRIAL, OPERADORES DE MÁQUINAS, CONDUTORES DE VEÍCULOS	46,5	53,5	1.730	43,1	56,9	837	48,0	52,0	1.543
TOTAL	2.440 47,6%	2.683 52,4%	5.123 100%	1.121 45,2%	1.360 54,8%	2.481 100%	2.238 48,7%	2.362 51,3%	4.600 100%

A frequência de afastamentos prolongados foi maior entre segurados com registro de psicoses (68,2%), transtornos maiores do humor (59,1%) e TUSPA (58,9%) como diagnóstico principal; e de quadros psiquiátricos (56,1%) e outros quadros clínicos (56,0%) como diagnóstico secundário (TABELA 25). Em relação ao diagnóstico do benefício anterior, não foi encontrada diferença significativa quanto ao tempo de afastamento.

Na TABELA 26, observa-se que a frequência dos afastamentos prolongados foi muito próxima para os segurados desempregados (51,1%), empregados (49,8%) e para “autônomos e outras categorias de segurados” (50,9%); maior que entre os empregados domésticos (41,8%). Com relação ao tempo de contribuição, não foi encontrada diferença estatisticamente significativa quanto ao tempo de afastamento. Os afastamentos prolongados foram mais frequentes entre segurados com tempo de filiação superior a 12,6 anos (51,7%), que não realizaram perícias de ordem 2 (53,9%), que tiveram mais de 4 renovações do benefício (95,1%), com início da doença há mais de 246 dias do requerimento (54,2%) e que não tinham registro de benefício anterior no SUB (49,1%).

TABELA 25 – TEMPO DE AFASTAMENTO CONFORME VARIÁVEIS CLÍNICAS (EM PORCENTAGEM)

VARIÁVEL	TODOS OS PERITOS / NOS QUATRO PERÍODOS			TODOS OS PERITOS / NO 1º E 2º PERÍODOS			PERITOS CONCURSADOS / NOS QUATRO PERÍODOS		
	ATÉ A MEDIANA	ACIMA DA MEDIANA	TOTAL	ATÉ A MEDIANA	ACIMA DA MEDIANA	TOTAL	ATÉ A MEDIANA	ACIMA DA MEDIANA	TOTAL
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	p<0,001			p<0,001			p<0,001		
TUSPA	41,1	58,9	448	35,6	64,4	205	41,7	58,3	396
PSICOSES	31,8	68,2	305	22,6	77,4	159	33,3	66,7	255
TRANST. MAIORES DO HUMOR	40,9	59,1	1.017	33,9	66,1	416	42,4	57,6	893
TRANST. MENORES DO HUMOR	52,1	47,9	2.564	49,4	50,6	1.301	52,2	47,8	2.316
TRANSTORNOS DE ANSIEDADE	57,8	42,2	1.927	55,4	44,6	965	59,3	40,7	1.761
OUTROS TRANSTORNOS MENTAIS	42,7	57,3	185	37,3	62,7	67	43,5	56,5	168
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO	p=0,002			p=0,02			p=0,003		
PSIQUIÁTRICOS	43,9	56,1	599	39,0	61,0	282	44,8	55,2	545
CARDIOVASCULARES	52,8	47,2	509	50,3	49,7	302	55,6	44,4	430
MUSCULOESQUELÉTICOS	49,5	50,5	331	44,3	55,7	194	51,2	48,8	293
OUTROS QUADROS CLÍNICOS	44,0	56,0	325	41,8	58,2	201	45,8	54,2	277
AUSÊNCIA DE REGISTRO	50,9	49,1	4.682	47,8	52,2	2.134	51,8	48,2	4.244
TOTAL	3.224	3.222	6.446	1.453	1.660	3.113	2.957	2.832	5.789
	50,0%	50,0%	100%	46,7%	53,3	100%	51,1%	48,9%	100%
DIAGNÓSTICO DO BENEFÍCIO	p=0,2			p=0,6			p=0,1		
ANTERIOR PSIQUIÁTRICOS	53,6	46,4	1.096	56,9	43,1	216	53,6	46,4	1.049
CARDIOVASCULARES	60,8	39,2	181	66,0	34,0	47	62,6	37,4	171
MUSCULOESQUELÉTICOS	58,8	41,3	320	58,8	41,2	102	58,5	41,5	294
OUTROS QUADROS CLÍNICOS	54,8	45,2	252	52,9	47,1	68	55,2	44,8	239
TOTAL	1.023	826	1.849	250	183	433	973	780	1.753
	55,3%	44,7%	100%	57,7%	42,3%	100%	55,5%	44,5%	100%

TABELA 26 – TEMPO DE AFASTAMENTO CONFORME VARIÁVEIS PREVIDENCIÁRIAS (EM PORCENTAGEM)

VARIÁVEL	TODOS OS PERITOS / NOS QUATRO PERÍODOS			TODOS OS PERITOS / NO 1º E 2º PERÍODOS			PERITOS CONCURSADOS / NOS QUATRO PERÍODOS		
	ATÉ A MEDIANA	ACIMA DA MEDIANA	TOTAL	ATÉ A MEDIANA	ACIMA DA MEDIANA	TOTAL	ATÉ A MEDIANA	ACIMA DA MEDIANA	TOTAL
TEMPO DE INÍCIO DA DOENÇA (CONCLUSÃO)	p<0,001			p<0,001			p<0,001		
ATÉ A MEDIANA ¹	52,2	47,8	3.219	49,5	50,5	1.760	53,5	46,5	2.905
ACIMA DA MEDIANA	45,8	54,2	2.926	41,6	58,4	1.263	46,5	53,5	2.602
TOTAL	3.021	3.124	6.145	1.397	1.626	3.023	2.764	2.743	5.507
	49,2%	50,8%	100%	46,2%	53,8%	100%	50,2%	49,8%	100%
EXISTÊNCIA DE BENEFÍCIO ANTERIOR	p=0,002			p=0,005			p=0,01		
NÃO	50,9	49,1	3.493	50,3	49,7	1.662	51,8	48,2	3.179
SIM	55,3	44,7	1.849	57,8	42,2	434	55,5	44,5	1.753
TOTAL	2.800	2.542	5.342	1.087	1.009	2.096	2.621	2.311	4.932
	52,4%	47,6%	100%	51,9%	48,1%	100%	53,1%	46,9%	100%
TEMPO DE FILIAÇÃO	p=0,002			p=0,04			p=0,005		
ATÉ A MEDIANA	52,1	47,9	3.103	48,9	51,1	1.375	53,1	46,9	2.835
ACIMA DA MEDIANA	48,3	51,7	3.303	45,2	54,8	1.723	49,3	50,7	2.917
TOTAL	3.210	3.196	6.406	1.450	1.648	3.098	2.943	2.809	5.752
	50,1%	49,9%	100%	46,8%	53,2%	100%	51,2%	48,8%	100%

¹ Valor da mediana do tempo de início da doença: 246 dias.

4.3 ANÁLISES ESTRATIFICADAS

*Eu quero chegar antes
Pra sinalizar o estar de cada coisa
Filtrar seus graus.*

Adriana Calcanhotto

Uma vez que a conclusão pericial e o tempo de afastamento poderiam ser diferentes conforme o perito médico que realizou o Ax1, a APS e/ou o período em que a perícia foi concluída — considerando-se as possíveis interações entre estas variáveis —, foram realizadas estratificações dos resultados buscando identificar as tendências de distribuição das variáveis de desfecho em relação às variáveis institucionais centrais deste estudo.

Os peritos médicos concursados novos deferiram 19% mais na APS Largo do Riachuelo que na APS São Dimas (56,2% e 47,2%, respectivamente). Entre os concursados antigos e os credenciados não foi encontrada diferença estatisticamente significativa quanto à conclusão pericial nas duas APS (TABELA 27).

TABELA 27 – CONCLUSÃO PERICIAL CONFORME O PERITO MÉDICO E O LOCAL DE REALIZAÇÃO DA PERÍCIA (EM PORCENTAGEM)

CATEGORIA DE PERITO	APS	CONCLUSÃO PERICIAL		TOTAL
		CAPAZ	INCAPAZ	
CONCURSADO ANTIGO $p=0,7$	LARGO DO RIACHUELO	28,0	72,0	2.574
	SÃO DIMAS	28,5	71,5	2.440
TOTAL		1.416 28,2%	3.598 71,8%	5.014 100%
CONCURSADO NOVO $p<0,001$	LARGO DO RIACHUELO	43,8	56,2	3.824
	SÃO DIMAS	52,8	47,2	1.440
TOTAL		2.434 46,2%	2.830 53,8%	5.264 100%
CREDENCIADO $p=0,7$	LARGO DO RIACHUELO	23,2	76,8	660
	SÃO DIMAS	22,1	77,9	298
TOTAL		219 22,9%	739 77,1%	958 100%

No primeiro período, a frequência de deferimentos foi 14% maior na APS São Dimas que na APS Largo do Riachuelo (89,0% e 78,0%, respectivamente). No segundo e terceiro períodos, a frequência de deferimentos foi, respectivamente, 8% e 9% menor na APS São

Dimas (72,5% e 57,9%, respectivamente) que na APS Largo do Riachuelo (78,9% e 63,3%, respectivamente). Não foi encontrada diferença significativa no quarto período da pesquisa (TABELA 28).

TABELA 28 – CONCLUSÃO PERICIAL CONFORME O PERÍODO DA PESQUISA E O LOCAL DE REALIZAÇÃO DA PERÍCIA (EM PORCENTAGEM)

PERÍODO DA PESQUISA	APS	CONCLUSÃO PERICIAL		TOTAL
		CAPAZ	INCAPAZ	
PRIMEIRO PERÍODO $p < 0,001$	LARGO DO RIACHUELO	22,0	78,0	1.913
	SÃO DIMAS	11,0	89,0	1.048
TOTAL		535 18,1%	2.426 81,9%	2.961 100%
SEGUNDO PERÍODO $p = 0,007$	LARGO DO RIACHUELO	21,1	78,9	908
	SÃO DIMAS	27,5	72,5	513
TOTAL		333 23,4%	1.088 76,6%	1.421 100%
TERCEIRO PERÍODO $p = 0,01$	LARGO DO RIACHUELO	36,7	63,3	1.378
	SÃO DIMAS	42,1	57,9	851
TOTAL		864 38,8%	1.365 61,2%	2.229 100%
QUARTO PERÍODO $p = 0,3$	LARGO DO RIACHUELO	50,0	50,0	2.859
	SÃO DIMAS	51,4	48,6	1.766
TOTAL		2.337 50,5%	2.288 49,5%	4.625 100%

Conforme pode ser observado na TABELA 29, no primeiro período, os credenciados deferiram 11% menos que os concursados antigos e 10% menos que os concursados novos (75,4%, 84,6% e 83,9%, respectivamente). No segundo período, os peritos médicos concursados novos deferiram 16% menos que os concursados antigos e 22% menos que os credenciados (70,0%, 83,6% e 89,3%, respectivamente). No terceiro e quarto períodos, os concursados novos deferiram, respectivamente, 15% e 17% menos que os concursados antigos (57,0% e 46,2 *versus* 67,0% e 55,6%, respectivamente).

TABELA 29 – CONCLUSÃO PERICIAL CONFORME O PERÍODO DA PESQUISA E O PERITO MÉDICO AVALIADOR (EM PORCENTAGEM)

PERÍODO DA PESQUISA	PERITO MÉDICO	CONCLUSÃO PERICIAL		TOTAL
		CAPAZ	INCAPAZ	
PRIMEIRO PERÍODO <i>p<0,001</i>	CONCURSADO ANTIGO	15,4	84,6	1.931
	CONCURSADO NOVO	16,1	83,9	193
	CREDENCIADO	24,6	75,4	837
TOTAL		535 18,1%	2.426 81,9%	2.961 100%
SEGUNDO PERÍODO <i>p<0,001</i>	CONCURSADO ANTIGO	16,4	83,6	513
	CONCURSADO NOVO	30,0	70,0	787
	CREDENCIADO	10,7	89,3	121
TOTAL		333 23,4%	1.088 76,6%	1.421 100%
TERCEIRO PERÍODO <i>p<0,001</i>	CONCURSADO ANTIGO	33,0	67,0	943
	CONCURSADO NOVO	43,0	57,0	1.286
	TOTAL	864 38,8%	1.365 61,2%	2.229 100%
QUARTO PERÍODO <i>p<0,001</i>	CONCURSADO ANTIGO	44,4	55,6	1.627
	CONCURSADO NOVO	53,8	46,2	2.998
	TOTAL	2.337 50,5%	2.288 49,5%	4.625 100%

Na TABELA 30, nota-se que na APS Largo do Riachuelo só houve diferença estatisticamente significante entre as conclusões dos peritos médicos no quarto período da pesquisa, quando os concursados novos deferiram 22% menos que os concursados antigos (47,0% e 60,4%, respectivamente).

TABELA 30 – CONCLUSÃO PERICIAL CONFORME O PERÍODO DA PESQUISA E O PERITO MÉDICO NA APS LARGO DO RIACHUELO (EM PORCENTAGEM)

PERÍODO DA PESQUISA	PERITO MÉDICO	CONCLUSÃO PERICIAL		TOTAL
		CAPAZ	INCAPAZ	
PRIMEIRO PERÍODO p=0,06	CONCURSADO ANTIGO	21,4	78,6	1.196
	CONCURSADO NOVO	15,5	84,5	129
	CREDENCIADO	24,5	75,5	588
TOTAL		420 24,5%	1.493 78,0%	1.913 100%
SEGUNDO PERÍODO p=0,06	CONCURSADO ANTIGO	19,1	80,9	304
	CONCURSADO NOVO	23,5	76,5	532
	CREDENCIADO	12,5	87,5	72
TOTAL		192 21,1%	716 78,9%	908 100%
TERCEIRO PERÍODO p=0,4	CONCURSADO ANTIGO	35,2	64,8	435
	CONCURSADO NOVO	37,4	62,6	943
	TOTAL	506 36,7%	872 63,3%	1.378 100%
QUARTO PERÍODO p<0,001	CONCURSADO ANTIGO	39,6	60,4	639
	CONCURSADO NOVO	53,0	47,0	2.220
	TOTAL	1.429 50,0%	1.430 50,0%	2.859 100%

Na APS São Dimas foi encontrada diferença significativa entre as conclusões dos peritos médicos em todos os períodos (TABELA 31). No primeiro período, os concursados antigos deferiram 14% mais que os concursados novos e 26% mais que os credenciados (94,3%, 82,8% e 75,1%, respectivamente); neste período, os concursados antigos deferiram 20% mais na APS São Dimas que na APS Largo do Riachuelo (94,3% e 78,6%, respectivamente). No segundo, terceiro e quarto períodos, os concursados novos deferiram menos que os demais peritos: 36% menos que os concursados antigos e 39% menos que os credenciados no segundo período (56,5%, 87,6% e 91,8%, respectivamente); 40% e 17% menos que os concursados antigos no terceiro e no quarto períodos (41,7% e 43,7% versus 68,9% e 52,4%), respectivamente. No segundo e terceiro períodos da pesquisa, os concursados novos deferiram, respectivamente, 26% e 33% menos na APS São Dimas que na APS Largo do Riachuelo (56,5% e 41,7% versus 76,5% e 62,6%); no quarto período, os concursados antigos deferiram 13% menos na APS São Dimas que na APS Largo do Riachuelo (52,4% e 60,4%, respectivamente).

TABELA 31 – CONCLUSÃO PERICIAL CONFORME O PERÍODO DA PESQUISA E O PERITO MÉDICO NA APS SÃO DIMAS (EM PORCENTAGEM)

PERÍODO DA PESQUISA	PERITO MÉDICO	CONCLUSÃO PERICIAL		TOTAL
		CAPAZ	INCAPAZ	
PRIMEIRO PERÍODO <i>p<0,001</i>	CONCURSADO ANTIGO	5,7	94,3	735
	CONCURSADO NOVO	17,2	82,8	64
	CREDENCIADO	24,9	75,1	249
TOTAL		115 24,9%	933 75,1%	1.048 100%
SEGUNDO PERÍODO <i>p<0,001</i>	CONCURSADO ANTIGO	12,4	87,6	209
	CONCURSADO NOVO	43,5	56,5	255
	CREDENCIADO	8,2	91,8	49
TOTAL		141 27,5%	372 72,5%	513 100%
TERCEIRO PERÍODO <i>p<0,001</i>	CONCURSADO ANTIGO	31,1	68,9	508
	CONCURSADO NOVO	58,3	41,7	343
	TOTAL	358 42,1%	493 57,9%	851 100%
QUARTO PERÍODO <i>p<0,001</i>	CONCURSADO ANTIGO	47,6	52,4	988
	CONCURSADO NOVO	56,3	43,7	778
	TOTAL	908 51,4%	858 48,6%	1.766 100%

Entre os segurados avaliados pelos peritos médicos concursados antigos, a maior frequência de afastamentos prolongados ocorreu na APS Largo do Riachuelo (53,5%) e, em relação à APS São Dimas (47,4%), foi encontrada significância estatística (TABELA 32). Os afastamentos prolongados foram mais frequentes na APS Largo do Riachuelo entre segurados periciados pelos concursados novos (48,3%) e na APS São Dimas entre aqueles avaliados pelos credenciados (63,3%), porém, não houve diferença estatisticamente significativa.

TABELA 32 – TEMPO DE AFASTAMENTO CONFORME O PERITO MÉDICO E O LOCAL DE REALIZAÇÃO DA PERÍCIA (EM PORCENTAGEM)

CATEGORIA DE PERITO	APS	TEMPO DE AFASTAMENTO		TOTAL
		ATÉ A MEDIANA	ACIMA DA MEDIANA	
CONCURSADO ANTIGO $p=0,001$	LARGO DO RIACHUELO	46,5	53,5	1.648
	SÃO DIMAS	52,6	47,4	1.568
TOTAL		1.591 49,5%	1.625 50,5%	3.216 100%
CONCURSADO NOVO $p=0,1$	LARGO DO RIACHUELO	51,7	48,3	1.934
	SÃO DIMAS	57,3	42,7	639
TOTAL		1.366 53,1%	1.207 46,9%	2.573 100%
CREDENCIADO $p=0,2$	LARGO DO RIACHUELO	42,5	57,5	447
	SÃO DIMAS	36,7	63,3	210
TOTAL		267 40,6%	390 59,4%	657 100%

No primeiro e segundo períodos, não foi encontrada diferença significativa quanto ao tempo de afastamento nas duas APS. No terceiro e quarto períodos, os afastamentos prolongados foram mais frequentes na APS Largo do Riachuelo (49,3% e 51,6%, respectivamente) que na APS São Dimas (41,2% e 40,2%, respectivamente), com diferença significativa nos dois períodos (TABELA 33).

TABELA 33 – TEMPO DE AFASTAMENTO CONFORME O PERÍODO DA PESQUISA E O LOCAL DE REALIZAÇÃO DA PERÍCIA (EM PERCENTAGEM)

PERÍODO DA PESQUISA	APS	TEMPO DE AFASTAMENTO		TOTAL
		ATÉ A MEDIANA	ACIMA DA MEDIANA	
PRIMEIRO PERÍODO $p=0,1$	LARGO DO RIACHUELO	40,9	59,1	1.312
	SÃO DIMAS	37,3	62,7	807
TOTAL		837 39,5%	1.282 60,5%	2.119 100%
SEGUNDO PERÍODO $p=0,8$	LARGO DO RIACHUELO	61,7	38,3	653
	SÃO DIMAS	62,5	37,5	341
TOTAL		616 62,0%	378 38,0%	994 100%
TERCEIRO PERÍODO $p=0,005$	LARGO DO RIACHUELO	50,7	49,3	801
	SÃO DIMAS	58,8	41,2	483
TOTAL		690 53,7%	594 46,3%	1.284 100%
QUARTO PERÍODO $p<0,001$	LARGO DO RIACHUELO	48,4	51,6	1.263
	SÃO DIMAS	59,8	40,2	786
TOTAL		1.081 52,8%	968 47,2%	2.049 100%

Ao se avaliar o tempo de afastamento em cada período da pesquisa de acordo com o perito médico avaliador (TABELAS 34, 35 e 36), só foi encontrada diferença estatisticamente significativa no primeiro período na APS São Dimas, quando os segurados periciados pelos concursados novos tiveram afastamentos prolongados mais frequentemente que aqueles avaliados pelos concursados antigos e pelos credenciados (77,3%, 60,1% e 68,3%, respectivamente).

TABELA 34 – TEMPO DE AFASTAMENTO CONFORME O PERÍODO DA PESQUISA E O PERITO MÉDICO AVALIADOR (EM PORCENTAGEM)

PERÍODO DA PESQUISA	PERITO MÉDICO	TEMPO DE AFASTAMENTO		TOTAL
		ATÉ A MEDIANA	ACIMA DA MEDIANA	
PRIMEIRO PERÍODO p=0,3	CONCURSADO ANTIGO	40,5	59,5	1.418
	CONCURSADO NOVO	34,5	65,5	139
	CREDENCIADO	38,3	61,7	562
TOTAL		837 39,5%	1.282 60,5%	2.119 100%
SEGUNDO PERÍODO p=0,2	CONCURSADO ANTIGO	61,2	38,8	387
	CONCURSADO NOVO	63,9	36,1	512
	CREDENCIADO	54,7	45,3	95
TOTAL		616 62,0%	378 38,0%	994 100%
TERCEIRO PERÍODO p=0,9	CONCURSADO ANTIGO	54,0	46,0	606
	CONCURSADO NOVO	53,5	46,5	678
	TOTAL	690 53,7%	594 46,3%	1.284 100%
QUARTO PERÍODO p=0,1	CONCURSADO ANTIGO	56,3	43,7	805
	CONCURSADO NOVO	50,5	49,5	1.244
	TOTAL	1.081 52,8%	968 47,2%	2.049 100%

TABELA 35 – TEMPO DE AFASTAMENTO CONFORME O PERÍODO DA PESQUISA E O PERITO MÉDICO NA APS LARGO DO RIACHUELO (EM PORCENTAGEM)

PERÍODO DA PESQUISA	PERITO MÉDICO	TEMPO DE AFASTAMENTO		TOTAL
		ATÉ A MEDIANA	ACIMA DA MEDIANA	
PRIMEIRO PERÍODO p=0,98	CONCURSADO ANTIGO	40,9	59,1	822
	CONCURSADO NOVO	40,0	60,0	95
	CREDENCIADO	41,0	59,0	395
TOTAL		536 40,9%	776 59,1%	1.312 100%
SEGUNDO PERÍODO p=0,2	CONCURSADO ANTIGO	59,1	40,9	225
	CONCURSADO NOVO	64,4	35,6	376
	CREDENCIADO	53,8	46,2	52
TOTAL		403 61,7%	250 38,3%	653 100%
TERCEIRO PERÍODO p=0,4	CONCURSADO ANTIGO	48,9	51,1	264
	CONCURSADO NOVO	51,6	48,4	537
	TOTAL	406 50,7%	395 49,3%	801 100%
QUARTO PERÍODO p=0,5	CONCURSADO ANTIGO	49,9	50,1	337
	CONCURSADO NOVO	47,8	52,2	926
	TOTAL	611 48,4%	652 51,6%	1.263 100%

TABELA 36 – TEMPO DE AFASTAMENTO CONFORME O PERÍODO DA PESQUISA E O PERITO MÉDICO NA APS SÃO DIMAS (EM PORCENTAGEM)

PERÍODO DA PESQUISA	PERITO MÉDICO	TEMPO DE AFASTAMENTO		TOTAL
		ATÉ A MEDIANA	ACIMA DA MEDIANA	
PRIMEIRO PERÍODO <i>p<0,02</i>	CONCURSADO ANTIGO	39,9	60,1	596
	CONCURSADO NOVO	22,7	77,3	44
	CREDENCIADO	31,7	68,3	167
TOTAL		301 37,3%	506 62,7%	807 100%
SEGUNDO PERÍODO <i>p=0,6</i>	CONCURSADO ANTIGO	64,2	35,8	162
	CONCURSADO NOVO	62,5	37,5	136
	CREDENCIADO	55,8	44,2	43
TOTAL		213 62,5%	128 37,5%	341 100%
TERCEIRO PERÍODO <i>p=0,5</i>	CONCURSADO ANTIGO	57,9	42,1	342
	CONCURSADO NOVO	61,0	39,0	141
	TOTAL		284 58,8%	199 41,2%
QUARTO PERÍODO <i>p=0,5</i>	CONCURSADO ANTIGO	60,9	39,1	468
	CONCURSADO NOVO	58,2	41,8	318
	TOTAL		470 59,8%	316 40,2%

4.4 MODELOS DE REGRESSÃO LOGÍSTICA

Se, como define o escritor, “a realidade é bem maior que a linguagem”, cabe ao poeta reduzir para mapear o território real, sem deixar de traduzir as sensações originais aos leitores.

*Iacyr Anderson Freitas, em entrevista ao
Jornal Tribuna de Minas (25/11/2008)*

Na tentativa de representar a realidade observada nas análises bivariadas e estratificadas com as variáveis de desfecho — conclusão pericial e tempo de afastamento —, foram realizadas as análises multivariadas.

4.4.1 CONCLUSÃO PERICIAL

As variáveis “tempo de contribuição” e “tempo de filiação” — as últimas a serem incluídas no modelo 2 — não resultaram em diferença significativa ($p > 0,05$) e, por esta razão, foram excluídas da apresentação que se segue. Assim, os modelos finais (1 e 2) ficaram constituídos pelas seguintes variáveis e interações: categoria de perito médico, APS, período da pesquisa, categoria de perito *versus* APS, categoria de perito *versus* período, APS *versus* período, especialidade do perito médico avaliador, diagnóstico principal, faixa etária, diagnóstico secundário, categoria de segurado e sexo.

A leitura dos resultados de cada modelo é apresentada de acordo com os seguintes critérios: 1) ordem de entrada das variáveis; 2) categorias e interações com razão de chance “maior que um”; e 3) significância estatística ($p \geq 0,05$). Assim sendo, na TABELA 37 observa-se que os segurados atendidos na APS São Dimas, pelos credenciados no segundo período da pesquisa e pelos peritos médicos com outras especialidades médicas ou que estavam sem registro sobre a especialidade médica tiveram significativamente maior chance de deferimento, com razões de chance que variaram entre 1,82 e 4,58. Perito concursado novo, segundo período da pesquisa, diagnóstico principal de transtornos maiores do humor e diagnóstico secundário de quadros psiquiátricos, musculoesqueléticos e cardiovasculares não resultaram em diferença significativa no modelo 1. As demais categorias das variáveis incluídas no modelo estiveram associadas a menor chance de deferimento, com razões de chance que variaram de 0,04 (diagnóstico principal de transtornos de ansiedade) a 0,68 (perito

médico credenciado).

TABELA 37 – MODELO 1: RAZÃO DE CHANCE DE DEFERIMENTO E “P-VALORES” PARA OS DIVERSOS FATORES NO PRIMEIRO E SEGUNDO PERÍODOS COM PERITOS CREDENCIADOS

VARIÁVEL/INTERAÇÃO	RAZÃO DE CHANCE	VALOR DE “P”
PERITO MÉDICO CONCURSADO ANTIGO	1	
Perito médico concursado novo	1,3439	0,2384
Perito médico credenciado	0,6795	0,0049
APS LARGO DO RIACHUELO	1	
APS São Dimas	4,5798	<0,0001
ANTES DA INSTITUIÇÃO DA COPEs – 1º PERÍODO	1	
Entre a COPEs e o PP com credenciados – 2º período	1,1257	0,4696
CONCURSADO ANTIGO NA APS LARGO DO RIACHUELO	1	
Concursado novo na APS São Dimas	0,1703	<0,0001
Credenciado na APS São Dimas	0,208	<0,0001
CONCURSADO ANTIGO NO 1º PERÍODO	1	
Concursado novo no 2º período	0,4746	<0,0001
Credenciado no 2º período	3,1317	0,002
APS LARGO DO RIACHUELO NO 1º PERÍODO	1	
APS São Dimas no 2º período	0,4265	0,0006
PERITO ESPECIALISTA EM PSIQUIATRIA	1	
Perito com outras especialidades médicas	1,8235	0,0009
Perito com especialidade não-especificada	2,0712	0,0002
PSICOSES	1	
TUSPA	0,1144	0,0001
Transtornos maiores do humor	0,3874	0,0826
Transtornos menores do humor	0,0797	<0,0001
Transtornos de ansiedade	0,0346	<0,0001
Outros transtornos mentais	0,0423	<0,0001
ATÉ 29 ANOS DE IDADE	1	
De 30 a 49 anos de idade	0,5733	0,0017
Mais de 50 anos de idade	0,4509	<0,0001
OUTRAS COMORBIDADES CLÍNICAS	1	
Sem registro de comorbidade	0,4182	0,0001
Comorbidades psiquiátricas	1,0579	0,8425
Comorbidades musculoesqueléticas	0,6198	0,0855
Comorbidades cardiovasculares	0,6527	0,0984
EMPREGADO	1	
Desempregado	0,2357	<0,0001
Empregado doméstico	0,2737	<0,0001
Autônomo e outras categorias de segurado	0,2107	<0,0001
SEXO MASCULINO	1	
Sexo feminino	0,4964	<0,0001

No modelo 2 (TABELA 38), nota-se que os segurados atendidos na APS São Dimas, no segundo período da pesquisa e pelos peritos médicos com outras especialidades médicas, que não a psiquiatria, ou que estavam sem registro sobre a especialidade médica tiveram significativamente maior chance de deferimento, com razões de chance que variaram entre 1,70 e 4,95. A categoria de perito concursado novo manteve-se fortemente relacionada a menor chance de deferimento até a inclusão da interação “categoria de perito *versus* período”, passando a ter uma razão de chance “maior que um”, porém, sem diferença significativa. Os transtornos maiores do humor como diagnóstico principal e os quadros psiquiátricos como diagnóstico secundário, também resultaram em diferenças sem significância estatística. As demais categorias das variáveis incluídas no modelo estiveram associadas a menor chance de deferimento, com razões de chance que variaram de 0,13 (diagnóstico principal de transtornos de ansiedade) a 0,82 (faixa etária de 30 a 49 anos).

TABELA 38 – MODELO 2: RAZÃO DE CHANCE DE DEFERIMENTO E “P-VALORES” PARA OS DIVERSOS FATORES NOS QUATRO PERÍODOS SEM PERITOS CREDENCIADOS

VARIÁVEL/INTERAÇÃO	RAZÃO DE CHANCE	VALOR DE “P”
PERITO MÉDICO CONCURSADO ANTIGO	1	
Perito médico concursado novo	1,1755	0,4632
APS LARGO DO RIACHUELO	1	
APS São Dimas	4,9519	<0,0001
ANTES DA INSTITUIÇÃO DA COPESES – 1º PERÍODO	1	
Entre a COPESES e o PP com credenciados – 2º período	1,6979	0,0012
Entre a COPESES e o PP sem credenciados – 3º período	0,7233	0,011
Após a instituição do PP – 4º período	0,3514	<0,0001
CONCURSADO ANTIGO NA APS LARGO DO RIACHUELO	1	
Concursado novo na APS São Dimas	0,7039	0,0015
CONCURSADO ANTIGO NO 1º PERÍODO	1	
Concursado novo no 2º período	0,3003	<0,0001
Concursado novo no 3º período	0,4115	0,0003
Concursado novo no 4º período	0,5492	0,0106
APS LARGO DO RIACHUELO NO 1º PERÍODO	1	
APS São Dimas no 2º período	0,179	<0,0001
APS São Dimas no 3º período	0,1917	<0,0001
APS São Dimas no 4º período	0,2386	<0,0001
PERITO ESPECIALISTA EM PSIQUIATRIA	1	
Perito com outras especialidades médicas	2,6663	<0,0001
Perito com especialidade não-especificada	1,8496	<0,0001
PSICOSES	1	
TUSPA	0,3988	<0,0001
Transtornos maiores do humor	0,7545	0,1284
Transtornos menores do humor	0,1873	<0,0001
Transtornos de ansiedade	0,1255	<0,0001
Outros transtornos mentais	0,1728	<0,0001
ATÉ 29 ANOS DE IDADE	1	
De 30 a 49 anos de idade	0,8203	0,0249
Mais de 50 anos de idade	0,7166	0,0005
OUTRAS COMORBIDADES CLÍNICAS	1	
Sem registro de comorbidade	0,4405	<0,0001
Comorbidades psiquiátricas	0,8509	0,3156
Comorbidades musculoesqueléticas	0,514	0,0001
Comorbidades cardiovasculares	0,6195	0,003
EMPREGADO	1	
Desempregado	0,3111	<0,0001
Empregado doméstico	0,2515	<0,0001
Autônomo e outras categorias de segurado	0,2697	<0,0001
SEXO MASCULINO	1	
Sexo feminino	0,6241	<0,0001

4.4.2 TEMPO DE AFASTAMENTO

As variáveis “especialidade do perito médico avaliador”, “diagnóstico secundário”, “categoria de segurado” e “tempo de filiação” não resultaram em diferença significativa ($p > 0,05$) quando incluídas no modelo 3 e, portanto, foram excluídas em seguida. Desta forma, o modelo 3 se constituiu pelas seguintes variáveis e interações: categoria de perito médico, APS, período da pesquisa, categoria de perito *versus* APS, categoria de perito *versus* período, APS *versus* período, diagnóstico principal, faixa etária, sexo, tempo de início da doença e número de renovações do benefício.

Como pode ser visto na TABELA 39, os segurados com idade abaixo de 49 anos, do sexo feminino, com doença iniciada há menos de 246 dias do requerimento, que tinham até 3 renovações do benefício e com qualquer transtorno mental, que não as psicoses, apresentaram significativamente menor chance de receberem afastamento prolongado; nestes casos, as razões de chance variaram entre 0,01 (até 3 renovações do benefício) e 0,73 (faixa etária de 30 a 49 anos). Na construção do modelo 3, a categoria “segundo período” da pesquisa manteve-se fortemente relacionada a menor chance de afastamento prolongado até a inclusão da variável número de renovações do benefício, quando não mais apresentou diferença significativa, apesar de manter uma razão de chance “menor que um”. As variáveis institucionais e suas interações resultaram em diferenças sem significância estatística.

**TABELA 39 – MODELO 3: RAZÃO DE CHANCE DE AFASTAMENTO PROLONGADO
E “P-VALORES” PARA OS DIVERSOS FATORES
NO PRIMEIRO E SEGUNDO PERÍODOS COM PERITOS CREDENCIADOS**

VARIÁVEL/INTERAÇÃO	RAZÃO DE CHANCE	VALOR DE “P”
PERITO MÉDICO CONCURSADO ANTIGO	1	
Perito médico concursado novo	1,0741	0,8251
Perito médico credenciado	0,7874	0,2229
APS LARGO DO RIACHUELO	1	
APS São Dimas	1,3319	0,0829
ANTES DA INSTITUIÇÃO DA COPESES – 1º PERÍODO	1	
Entre a COPESES e o PP com credenciados – 2º período	0,7198	0,1239
CONCURSADO ANTIGO NA APS LARGO DO RIACHUELO	1	
Concursado novo na APS São Dimas	0,9214	0,824
Credenciado na APS São Dimas	0,9491	0,869
CONCURSADO ANTIGO NO 1º PERÍODO	1	
Concursado novo no 2º período	0,6739	0,289
Credenciado no 2º período	1,2604	0,532
APS LARGO DO RIACHUELO NO 1º PERÍODO	1	
APS São Dimas no 2º período	0,8813	0,6544
PSICOSES	1	
TUSPA	0,4076	0,0057
Transtornos maiores do humor	0,4436	0,0053
Transtornos menores do humor	0,2405	<0,0001
Transtornos de ansiedade	0,1991	<0,0001
Outros transtornos mentais	0,4074	0,0417
ACIMA DE 50 ANOS DE IDADE	1	
Até 29 anos de idade	0,4447	0,0002
De 30 a 49 anos de idade	0,7275	0,0144
SEXO MASCULINO	1	
Sexo feminino	0,7061	0,0057
DOENÇA INICIADA HÁ MAIS DE 246 DIAS	1	
Doença iniciada até há 246 dias do requerimento	0,6663	0,0006
BENEFÍCIO RENOVADO POR MAIS DE 4 VEZES	1	
Benefício renovado por até 3 vezes	0,0061	<0,0001

Ao serem incluídas no modelo 4, as variáveis “realização de perícia de ordem 2” e “tempo de filiação” não resultaram em diferença significativa ($p > 0,05$) e, assim, foram excluídas posteriormente. Com isto, este modelo se constituiu pelas seguintes variáveis e interações: categoria de perito médico, APS, período da pesquisa, categoria de perito *versus* APS, categoria de perito *versus* período, APS *versus* período, especialidade do perito médico avaliador, diagnóstico principal, faixa etária, diagnóstico secundário, categoria de segurado, sexo, tempo de início da doença, número de renovações do benefício e cidade de residência.

Na construção do modelo 4 (TABELA 40), o perito concursado novo manteve-se fortemente relacionada a menor chance de afastamento prolongado até a inclusão da variável “período da pesquisa”; a APS São Dimas manteve-se em situação semelhante até que a interação “APS *versus* período” fosse incluída no modelo; o segundo e terceiro períodos da pesquisa também estiveram fortemente relacionados a menor chance de afastamento prolongado até a inclusão da variável “número de renovações do benefício”. Entre as variáveis institucionais centrais deste estudo e suas interações, apenas o quarto período (com razão de chance de 2,19) e as interações da APS São Dimas com o terceiro e quarto períodos (cujas razões de chance foram de, respectivamente, 0,57 e 0,55) resultaram em diferenças com significância estatística. Os registros da categoria “outros transtornos mentais” como diagnóstico principal, de quadros psiquiátricos, musculoesqueléticos e cardiovasculares como diagnóstico secundário, das categorias de segurado empregado e “autônomos e outras categorias de segurado” e de residentes em outras cidades da Gex/JF, não resultaram em significância estatística. As demais categorias das variáveis incluídas no modelo estiveram associadas a menor chance de afastamento prolongados, com razões de chance que variaram de 0,02 (até 3 renovações do benefício) a 0,84 (faixa etária de 30 a 49 anos).

**TABELA 40 – MODELO 4: RAZÃO DE CHANCE DE AFASTAMENTO PROLONGADO
E “P-VALORES” PARA OS DIVERSOS FATORES
NOS QUATRO PERÍODOS SEM PERITOS CREDENCIADOS**

VARIÁVEL/INTERAÇÃO	RAZÃO DE CHANCE	VALOR DE “P”
PERITO MÉDICO CONCURSADO ANTIGO	1	
Perito médico concursado novo	0,9869	0,9624
APS LARGO DO RIACHUELO	1	
APS São Dimas	1,203	0,2648
ANTES DA INSTITUIÇÃO DA COPESES – 1º PERÍODO	1	
Entre a COPESES e o PP com credenciados – 2º período	0,7196	0,0952
Entre a COPESES e o PP sem credenciados – 3º período	1,2439	0,2222
Após a instituição do PP – 4º período	2,1925	<0,0001
CONCURSADO ANTIGO NA APS LARGO DO RIACHUELO	1	
Concursado novo na APS São Dimas	0,9447	0,7276
CONCURSADO ANTIGO NO 1º PERÍODO	1	
Concursado novo no 2º período	0,8254	0,5718
Concursado novo no 3º período	0,7998	0,4891
Concursado novo no 4º período	1,193	0,5528
APS LARGO DO RIACHUELO NO 1º PERÍODO	1	
APS São Dimas no 2º período	0,8645	0,5817
APS São Dimas no 3º período	0,5728	0,0167
APS São Dimas no 4º período	0,5459	0,0026
PERITO ESPECIALISTA EM PSIQUIATRIA	1	
Perito com outras especialidades médicas	0,5145	0,0001
Perito com especialidade não-especificada	0,6694	0,0153
PSICOSES	1	
TUSPA	0,6428	0,0248
Transtornos maiores do humor	0,6854	0,0305
Transtornos menores do humor	0,4137	<0,0001
Transtornos de ansiedade	0,3269	<0,0001
Outros transtornos mentais	0,7662	0,2737
ACIMA DE 50 ANOS DE IDADE	1	
Até 29 anos de idade	0,5609	<0,0001
De 30 a 49 anos de idade	0,8431	0,0323
OUTRAS COMORBIDADES CLÍNICAS	1	
Sem registro de comorbidade	0,73	0,0435
Comorbidades psiquiátricas	0,8691	0,4497
Comorbidades musculoesqueléticas	0,8798	0,5535
Comorbidades cardiovasculares	0,6957	0,648
DESEMPREGADO	1	
Empregado	0,9422	0,5408
Empregado doméstico	0,695	0,0101
Autônomo e outras categorias de segurado	0,8848	0,1422
SEXO MASCULINO (continua)		

**TABELA 40 – MODELO 4: RAZÃO DE CHANCE DE AFASTAMENTO PROLONGADO
E “P-VALORES” PARA OS DIVERSOS FATORES
NOS QUATRO PERÍODOS SEM PERITOS CREDENCIADOS**

VARIÁVEL/INTERAÇÃO	RAZÃO DE CHANCE	VALOR DE “P”
SEXO MASCULINO (conclusão)	1	
Sexo feminino	0,7702	0,0006
DOENÇA INICIADA HÁ MAIS DE 246 DIAS	1	
Doença iniciada até há 246 dias do requerimento	0,7803	0,0003
BENEFÍCIO RENOVADO POR MAIS DE 4 VEZES	1	
Benefício renovado por até 3 vezes	0,0186	<0,0001
RESIDENTE EM JUIZ DE FORA	1	
Residente em outra cidade da Gex/JF	0,6458	0,6014
Residente em cidades de outras Gex do INSS	0,6062	0,0216

5 DISCUSSÃO

*Essa vida é uma oficina
Quando um ensina, o outro é aprendiz
(...) Ninguém pode impedir os moinhos
De rodar contra o vento também.*

Danilo Caymmi

Baseados no Censo de 2000, os dados do Anuário Estatístico de Juiz de Fora de 2007 (CENTRO DE PESQUISAS SOCIAIS e UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, 2007), indicam que 52,4% da população da cidade seriam do sexo feminino e apenas 33,4% teriam idade acima de 40 anos. Os resultados deste estudo evidenciam maior frequência relativa do sexo feminino (acima de 64,6%) e, como seria de se esperar, de sujeitos com idade mais elevada (mais de 64% com idade superior a 40 anos) dentre os segurados requerentes de Auxílio-doença por transtornos mentais entre as APS, categorias de perito e períodos estudados.

A maior frequência do sexo feminino está de acordo com inquéritos epidemiológicos brasileiros em psiquiatria, que evidenciam a prevalência de transtornos mentais entre mulheres (ANDRADE *et al.*, 1999; COUTINHO *et al.*, 1999; LIMA *et al.*, 1999); observação que não se restringe ao nosso meio (MYKLETUN *et al.*, 2006; PRINCE *et al.*, 2007; SHIELS *et al.*, 2004; WANG *et al.*, 2007). Conforme Andrade *et al.* (2006), o sexo feminino seria mais vulnerável a transtornos de ansiedade e do humor e a depressão teria sido identificada como o principal determinante de incapacitação em mulheres. Ao estudar os transtornos mentais como causa de afastamento laborativo, alguns autores destacam a dedicação da mulher, para além de sua profissão, ao contexto familiar, o que — aliado à não consideração de suas particularidades fisiológicas e morfológicas na organização do trabalho — poderia resultar em sobrecarga física e mental e, assim, associar-se à maior ocorrência de transtornos mentais no sexo feminino (BARBOZA e SOLER, 2003; FARIA *et al.*, 2005; SILVA, 1986). De acordo com Wang *et al.* (2007), a maior frequência de mulheres entre usuários de serviços de saúde mental poderia dever-se à sua menor preocupação com estigmas e maior facilidade em traduzir sintomas inespecíficos em sofrimento mental. Reforçando estas considerações, um estudo espanhol sobre a concessão de benefícios por incapacidade temporária identificou os transtornos mentais como a quarta causa de afastamento entre as mulheres e a sétima entre os homens (GARCÍA-DÍAZ *et al.*, 2006).

No presente estudo, a idade média dos segurados que recorreram ao INSS foi de 44,3 anos. De acordo com Silveira e Monteiro (2004), um grupo de peritos reunidos pela OMS em 1991 classificou como *older workers* ou *ageing worker* — trabalhadores em envelhecimento — os trabalhadores com mais de 45 anos, quando se identificaria redução da capacidade física para o trabalho; o mesmo estudo destaca que essa redução ocorreria mais precocemente no sexo feminino. Em seu trabalho, Lima *et al.* (1999) identificaram que pessoas com mais de 45 anos de idade apresentaram 30% mais transtornos psiquiátricos menores que as mais jovens, enquanto Andrade *et al.* (1999) destacaram o impacto econômico dos transtornos mentais por terem uma chance maior de atingirem pessoas na faixa etária de 26 a 59 anos, exatamente a população economicamente ativa.

Neste estudo, a chance de deferimento e de afastamento prolongado foi significativamente maior para o sexo masculino. Quanto à idade, a chance de deferimento foi maior para a faixa etária de até 29 anos de idade e a chance de afastamento prolongado mostrou-se maior para a faixa acima de 50 anos. Estes resultados estão de acordo com os estudos de Mycletun *et al.* (2006), que observaram a influência da idade mais baixa sobre a maior concessão de benefício por incapacidade, e de Shiels *et al.* (2004), que identificaram a associação de afastamentos mais prolongados com idade mais avançada.

De acordo com a contagem da população em 2007 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2007), Juiz de Fora estaria com 513.348 habitantes e a soma da população das outras cidades sob a área de abrangência da Gex/JF atendidas nas duas APS avaliadas seria de 140.895 habitantes. Os resultados deste estudo indicam que a APS Largo do Riachuelo atendeu a 1,3% (6.726 segurados) e a APS São Dimas a 0,5% (2.705) da população de Juiz de Fora; quanto aos beneficiários de outras cidades da Gex/JF, a APS Largo do Riachuelo atendeu a 0,1% (138 segurados) e a APS São Dimas a 1,0% da população total destas cidades (1.409 segurados), o que evidencia o claro direcionamento do atendimento da APS Largo do Riachuelo a moradores de Juiz de Fora. Entre o primeiro e o quarto períodos, observou-se aumento dos Ax1 com transtornos mentais como justificativa para o requerimento tanto entre a população juiz-forense quanto entre a de residentes em outras cidades da Gex/JF: de 0,5% para 0,8% e de 0,3% para 0,5% das respectivas populações.

Considerando-se que os segurados pertencentes à área de abrangência da Gex/JF aqui estudada tinham suas perícias direcionadas à cidade de Juiz de Fora, os resultados evidenciam que, em todos os períodos, o percentual da população juiz-forense que passou por avaliação em Ax1 foi mais elevado que o percentual relativo ao conjunto das demais cidades da Gex/JF.

Poder-se-ia supor que esta diferença seria devida a características próprias de uma cidade de maior porte, como Juiz de Fora, com maior influência sobre a saúde mental de sua população; todavia, não se pode descartar a interferência de outros fatores, como a maior facilidade de acesso às APS por moradores desta cidade. Além disso, o aumento relativo da população que requer benefício por incapacidade laborativa devido a transtornos mentais levanta, no mínimo, duas questões: 1) a população estaria adoecendo mais psiquicamente; ou 2) alguma característica clínica relativa aos transtornos mentais estaria associada a sua maior frequência como queixa principal apresentada pelos requerentes de Auxílio-doença — entre os trimestres de julho a setembro de 2004 e de outubro a dezembro de 2006, saltou de 13% para 19%; entre estes dois trimestres, a frequência das doenças musculoesqueléticas aumentou de 31% para 34%, a das cardiovasculares manteve-se em torno de 21% e a das demais categorias diagnósticas sofreu redução de 34% para 26% (Apêndice A). Após as mudanças normativas, é possível que os segurados tenham exacerbado suas queixas emocionais numa tentativa de recuperar os benefícios perdidos ou que o estresse resultante desta perda, aliado à necessidade de recuperação do benefício, tenha contribuído para o surgimento temporário de sintomas psíquicos, possibilidades já aventadas em outro contexto (WATKINS *et al.*, 2001). Destaca-se, entretanto, que o aumento de requerentes de benefício por incapacidade com diagnóstico de transtornos mentais não é uma realidade identificada exclusivamente por este estudo (MYKLETUN *et al.*, 2006; QUADAGNO, 1997).

Considerada a totalidade de habitantes das Regiões Administrativas de Juiz de Fora (CENTRO DE PESQUISAS SOCIAIS e UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, 2007), observa-se que a região Norte foi a que teve maior número de moradores com transtornos mentais (2,6% de seus habitantes), seguida pelas regiões Leste e Nordeste (2,4%), Sudeste (2,1%), Sul e Oeste (1,8%) e Centro (1,6%) — algumas, com cifras mais elevadas que a relativa à totalidade de habitantes de Juiz de Fora (1,8%). Entre o primeiro e o quarto períodos, o percentual de residentes da região Norte — a única com aumento de frequência relativa dentre as regiões da cidade — passou de 23,0% para 29,4%; os números absolutos de segurados avaliados representaram um aumento de 0,6% para 1,2% do total de moradores nesta região, enquanto que, para os moradores da região Leste, estes percentuais foram de 0,7% e 0,9%. Dentro dos limites deste estudo, não é possível afirmar, tampouco descartar, a possibilidade de que estas mudanças na distribuição decorram de características da população dessas regiões, consideradas de maior vulnerabilidade social na cidade de Juiz de Fora (PREFEITURA DE JUIZ DE FORA, 2006).

Um estudo realizado em Olinda, Pernambuco, encontrou associação entre *transtornos mentais comuns* — caracterizados por insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas — e analfabetismo, baixa escolaridade, baixa renda familiar, condições precárias de moradia, desemprego e trabalho informal (LUDERMIR e MELO FILHO, 2002). Outros estudos têm reforçado a associação dos transtornos psiquiátricos menores com subgrupos da população que se encontram em desvantagem social: desemprego, baixa escolaridade e baixa renda familiar (COUTINHO *et al.*, 1999; LIMA *et al.*, 1999). Ribeiro *et al.* (2008), ao abordarem a interface entre Atenção Básica à Saúde (ABS) e atenção especializada da rede assistencial de saúde mental de Juiz de Fora, identificaram taxas de referência significativamente mais elevadas de pacientes do sexo feminino, com idade média próxima dos 40 anos, baixa escolaridade, baixa renda, sem relação conjugal estável, economicamente dependentes de outrem, desempregados e que, quando trabalhavam, não exerciam sua profissão.

Os resultados aqui apresentados não apontam a cidade de residência dos segurados da Gex/JF como um fator que influencie diretamente a conclusão pericial e/ou o tempo de afastamento. Encontrou-se, todavia, diferenças significantes quanto à conclusão pericial entre as regiões de Juiz de Fora, com frequências de deferimento variando de 59,1% na região Sul a 71,0% no Centro da cidade; para o tempo de afastamento, encontrou-se significância estatística apenas quando avaliados os quatro períodos sem os peritos credenciados. Isto sugere que outros fatores — que representam características sócio-demográficas específicas das diversas regiões de uma cidade — tenham contribuído para as diferenças encontradas, o que não pode ser confirmado, entretanto, dentro dos limites deste trabalho. Todavia, entende-se que tais diferenças devam ser objeto de avaliação mais específica por parte do INSS, buscando identificar fatores a elas associados.

Quanto à profissão dos segurados — um dos principais aspectos que devem ser avaliados pelos peritos médicos durante a análise de um requerimento de Auxílio-doença —, destaca-se a elevada frequência de registro de “outros trabalhadores das profissões científicas, técnicas, artísticas e trabalhadores assemelhados” (22,2%, o terceiro grupo mais frequente), uma categoria não-específica, que não define a atividade laborativa do periciado. O registro deste grupo foi 1,7 vez mais frequente na APS São Dimas que na APS Largo do Riachuelo e aumentou de 12,8% para 27,0% entre o primeiro e o quarto períodos. Tais resultados podem expressar: a) apenas um erro de registro; b) uma dificuldade de registro de dados no sistema utilizado pela Perícia Médica do INSS, o SABI; ou c) até mesmo uma ineficiência profissional no registro do que deveria ser detalhadamente analisado durante a avaliação

pericial, já que faz parte da tarefa do perito médico concluir se a doença e/ou lesão são compatíveis, ou não, com a atividade profissional desempenhada pelo segurado. Destaca-se que, após a introdução da COPES, uma nova versão do SABI passou a permitir que o perito forneça ou altere a informação sobre a profissão do segurado, cujo preenchimento ficava a cargo do Setor Administrativo da APS. A ausência de dados sobre a profissão em estudos envolvendo benefícios decorrentes do comprometimento da capacidade laborativa, entretanto, não parece ser uma realidade restrita a esta pesquisa: único estudo encontrado que fazia referência à profissão dos segurados — uma avaliação sobre aposentadorias precoces realizada no Zimbábue — evidenciou que dados sobre a ocupação dos sujeitos estavam ausentes em 60% dos registros (CHINAMASA *et al.*, 2004).

Ao longo dos períodos estudados, houve redução progressiva do tempo médio de contribuição ao INSS e da frequência de segurados empregados entre os Ax1 avaliados — o percentual de segurados empregados reduziu-se de, aproximadamente, 18% no primeiro e segundo períodos para 14,0% no terceiro e, daí, para 11,4% no quarto período. Paralelamente, nota-se mudança no perfil laborativo dos periciados ao longo do tempo, com redução da frequência relativa do grupo de profissões que representaria o operariado mais qualificado (“trabalhadores da produção industrial, operadores de máquinas, condutores de veículos e trabalhadores assemelhados”). Tais resultados podem refletir tanto uma precariedade do trabalho quanto maior busca de benefícios previdenciários como estratégia de renda. Ambas as possibilidades redundariam em fragilização dos vínculos com o INSS, resultando em prejuízos tanto para o conjunto de trabalhadores quanto para a Previdência Social (ANTUNES, 2002 *apud* MARASCIULO, 2004). Estes resultados poderiam ainda estar associados ao aumento de transtornos mentais como causa de incapacidade para o trabalho ao longo do período estudado já que, de acordo com Faria *et al.* (2005), o exercício de atividades laborativas menos valorizadas social e financeiramente, que são desenvolvidas com menor autonomia profissional, relacionar-se-ia a maior sofrimento psíquico.

Ainda que a variável “profissão” tenha sido excluída dos modelos de regressão logística, conforme justificado na descrição do método, entre os grandes grupos de profissões da CBO-94, foram encontradas diferenças significantes tanto para a conclusão pericial quanto para o tempo de afastamento — para esta segunda variável de desfecho, as diferenças foram apenas marginalmente significantes quando avaliados apenas os quatro períodos sem os peritos credenciados. Ainda que a análise da profissão dos segurados constitua um dos pilares fundamentais da avaliação médico-pericial, discussões sobre este tema — sem ultrapassar os limites do presente trabalho — tornam-se prejudicadas face à diversidade de ocupações

agrupadas na CBO-94 sob uma mesma epígrafe. Os resultados aqui apresentados mostram que: 1) as maiores frequências de deferimento (80,9%) e de afastamento prolongado (61,6% acima da mediana) foram encontradas no grupo de profissões de nível técnico e especializado; 2) no grupo de profissões relativas à prestação de serviços estiveram as menores frequências de deferimento (60,0%); e 3) no grupo de funcionários públicos e diretores de empresas foram encontradas as menores frequências de afastamentos prolongados (47,3% acima da mediana). Tal perfil de concessão pode indicar que os peritos estejam considerando que trabalhadores de determinados grupos de profissão que implicam em maior exigência da esfera cognitiva estariam mais limitados em sua capacidade laborativa, em decorrência de transtornos mentais. De acordo com Leo e Del Regno (2001), em requerentes que alegam incapacidade laborativa por algum transtorno mental, a avaliação focaliza a capacidade residual da pessoa: avalia o que cada requerente ainda é capaz de fazer, apesar do comprometimento alegado, considerando, no ato pericial, as competências essenciais para a execução de tarefas simples — entendimento, memorização, concentração, persistência nas atividades, interação social e capacidade adaptativa.

Entre 2004 e 2006, o número de contribuintes da Previdência Social aumentou no estado de Minas Gerais, sendo que 77% a 79% deles eram segurados empregados (BRASIL, 2006a). Conforme descrito acima, entre as sub-amostras avaliadas neste estudo, os empregados representaram de 11,4% a 18,2% dos segurados com transtornos mentais e os empregados domésticos de 7,4% a 11,7%. A elevada frequência de segurados autônomos (acima de 39%) e também de desempregados (que variou de 27,5% a 32,7% entre as APS, categorias de perito e período da pesquisa) reforça a hipótese de utilização do Auxílio-doença como fonte de renda, ainda que temporária, por parte da população: além dos fatores diretamente relacionados à condição de saúde dos segurados, tal situação pode estar associada a fatores econômicos, sociais e/ou ético-morais relativos aos diferentes sujeitos envolvidos nos processos de requerimento e concessão do benefício. Conforme Silva (1986), o risco de desemprego é um fator envolvido na busca por licença médica: uma forma de ser rotulado por um diagnóstico que possa garantir os recursos mínimos para a subsistência humana. Por outro lado, de acordo com Glozier (2002), embora muitos valorizem a relação do trabalho com o desenvolvimento de transtornos mentais, o desemprego tem uma chance de associação com estes quadros duas vezes maior que a maioria das profissões. Inquéritos epidemiológicos têm evidenciado associação entre a ocorrência de transtornos psiquiátricos menores e desemprego (COUTINHO *et al.*, 1999; LIMA *et al.*, 1999); há que se considerar ainda a associação entre a inserção no mercado de trabalho e a ocorrência de transtornos mentais comuns, mais

freqüentemente encontrados entre os trabalhadores informais e os desempregados (LUDERMIR e MELO FILHO, 2002).

Conforme referido no ítem sobre Resultados, o tempo médio de contribuição previdenciária foi de 7,6 anos, inferior aos 8,8 anos encontrados nos registros de segurados em Auxílio-doença no estudo de Marasciulo (2004). O tempo médio de filiação dos segurados ao INSS foi de 14,4 anos para toda a população deste estudo, relativamente o dobro do tempo médio de contribuição. Esta diferença pode dever-se tanto a longos períodos de desemprego quanto à inserção no mercado de trabalho informal durante grande parte do tempo da vida laborativa destes trabalhadores. De acordo com Neri (2003), um dos motivos da sonegação previdenciária estaria na complexa interface entre as leis previdenciárias e trabalhistas, estabelecida de tal forma que dificulta a visão dos trabalhadores sobre os benefícios futuros que as contribuições atuais podem lhes trazer: dados recentes indicam que o número de trabalhadores brasileiros que contribuem para a Previdência Social atingiu apenas 50,7% da população economicamente ativa em 2007 (AGÊNCIA DE NOTÍCIAS DAS PREVIDÊNCIA SOCIAL, 2008). Embora não seja o alvo principal desta discussão, ressalta-se que, além da insuficiência de incentivos para que se deixe a informalidade, as regras relativas à concessão de Auxílio-doença podem levar muitos trabalhadores, antes despreocupados com os direitos previdenciários, a se filiarem ou retomarem as contribuições ao INSS em uma fase mais avançada da vida, esperando conseguir sua aposentadoria por invalidez. Esta situação estaria relacionada ao que Marasciulo (2004) discutiu em seu estudo como sendo uma *seleção adversa*: trabalhadores com baixo risco de utilizarem os benefícios previdenciários escolheriam permanecer fora do sistema, enquanto aqueles de maior risco ingressariam, aumentando os custos da Seguridade Social.

A categoria de segurado empregado mostrou-se, neste estudo, um forte preditor de conclusão pericial favorável ao requerimento de Auxílio-doença, com uma chance de deferimento significativamente superior àquela das demais categorias de segurados do INSS. A frequência de afastamento prolongado foi significativamente menor entre os segurados empregados domésticos; entretanto, a variável “categoria de segurado” não demonstrou tão estreita relação com o tempo de afastamento quanto com a conclusão pericial. As variáveis “tempo de contribuição” e “tempo de filiação” não influenciaram diretamente a conclusão pericial e o tempo de afastamento, não resultando em significância estatística quando incluídas nos modelos de regressão logística — destaca-se aqui que estas foram as últimas variáveis incluídas nos modelos referentes à conclusão pericial, cuja ordem de inclusão considerou o possível peso da influência de cada variável sobre o desfecho estudado

(resultados não incluídos nas tabelas). Uma vez que a legislação que rege a avaliação médico-pericial para a concessão de Auxílio-doença não distingue seus segurados com base no vínculo estabelecido com o INSS ou nos tempos de filiação e de contribuição, desde que cumpridos os período de carência, estes resultados apontam para a possibilidade de que requerentes de Auxílio-doença sem emprego formal influenciem a conclusão médico-pericial. Ainda que nos limites deste estudo não seja possível esclarecer tal questão, os achados parecem apoiar a hipótese de que parte dos requerentes de benefício por incapacidade laborativa esteja recorrendo a uma fonte indevida de renda, por não estarem efetivamente incapacitados. Por outro lado, é possível que a subjetividade envolvida na conclusão dos peritos médicos (MELO e ASSUNÇÃO, 2003) possa estar penalizando estes segurados informalmente inseridos no mercado trabalho.

Os resultados aqui apresentados mostram um menor contingente de Ax1 no primeiro período da pesquisa, o que pode estar associado à menor frequência de cessação de benefícios antes da instituição da COPES e, conseqüentemente, ao maior prazo de espera pela realização dos Ax1: os segurados que já estavam em gozo de Auxílio-doença tinham suas perícias previamente agendadas pela constante fixação de DCI pelos peritos médicos, retornando regularmente à APS para reavaliação pericial. De acordo com a Agência de Notícias da Previdência Social (2005a), em 2004 teriam sido realizadas, em todo o território nacional, 8,4 milhões de perícias médicas, das quais 6 milhões representariam avaliações para manutenção do benefício e apenas 2,4 milhões seriam Ax1. Com a COPES, o aumento inicial nas exigências burocráticas para marcação dos exames periciais — implicando no retorno dos segurados às APS para marcar o PR ou novo Ax1, posteriormente minimizado pela introdução da marcação eletrônica, por telefone ou pela internet — e a limitação normativa do número de requerimentos resultaram na redução da espera pelo exame pericial. A maior frequência de Ax1 nos períodos posteriores à instituição da COPES pode tanto refletir o atendimento à demanda até então reprimida — já que essas perícias passaram a ser realizadas nas APS do país em até 14 dias após o requerimento (AGÊNCIA DE NOTÍCIAS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL, 2005b) — como também a insatisfação dos segurados que tiveram seus benefícios cessados com a fixação da DCB e que, após prazo legal, retornaram às APS para o requerimento de um novo benefício.

Entre o primeiro e o quarto períodos deste estudo evidencia-se uma redução do tempo médio de espera pela realização do Ax1, indicando que um dos objetivos da COPES foi atingido: reduzir as longas filas de espera pela avaliação médico-pericial (AGÊNCIA DE NOTÍCIAS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL, 2005b) que, antes da COPES, já havia chegado a

120 dias (AGÊNCIA DE NOTÍCIAS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL, 2005a). Uma provável consequência da maior agilidade no acesso de muitos segurados ao Auxílio-doença seria a redução do dispêndio com o pagamento de benefícios durante o prazo de espera pela avaliação pericial, uma vez que o trabalhador incapacitado para suas atividades não deve ser penalizado pela morosidade institucional.

De acordo com os registros sobre a DID, o tempo entre o início dos transtornos mentais e o requerimento de Auxílio-doença variou, em média, de 1,4 a 2,4 anos entre as APS, as categorias de peritos médicos e os períodos avaliados, sugerindo uma longa evolução do quadro até que o segurado procurasse o INSS alegando comprometimento de sua capacidade laborativa. Embora não se tenha encontrado estudos sobre o tempo provável de evolução dos transtornos mentais até o surgimento da incapacidade para o trabalho, entre os sujeitos acompanhados durante dois anos no estudo realizado por Mykletun *et al.* (2006) na Noruega, o auto-relato de ansiedade e/ou depressão na avaliação inicial da coorte — principalmente quando apresentadas como comorbidade — esteve fortemente associado ao recebimento futuro de benefício por incapacidade, tanto devido a transtornos mentais como a doenças orgânicas.

É interessante observar que, no presente estudo, foi grande a frequência com que os peritos fixaram a DII na DER ou após esta data (72,7%), apesar da orientação institucional para que se evite tal conduta (BRASIL, 2002; INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL, 2007): registros de DII na DER ou em data posterior à DER — e também a DID, importante nos casos de isenção de carência — estariam, na maioria das vezes, associados a falha na avaliação pericial e, por esta razão, foram apresentados como categoria única. Ainda que seja uma conduta mantida em mais de 71% dos casos, ao longo do período avaliado neste estudo observou-se uma pequena redução do percentual de registros representados por esta categoria. Uma DII que indicasse haver um intervalo de tempo entre o início da incapacidade e o requerimento do benefício sugeriria maior cuidado dos peritos médicos com a realização de seu trabalho. Ao fixar a DII na DER, a conclusão pericial pode, indevidamente, favorecer filiados ao INSS que contribuíram pelo tempo mínimo para aquisição ou reaquisição da qualidade de segurado e já apresentavam doença incapacitante prévia — o que pode mesmo ser entendido como uma imperícia por parte dos peritos médicos. Tal conduta, além de gerar um ônus indevido aos cofres da Previdência, mostra-se injusta com os trabalhadores que contribuem regular e devidamente e que, por razões político-econômicas, têm tido seus direitos cada vez mais dificultados. Há que se ressaltar, todavia, a existência de uma insuficiência da normatização institucional: pela ausência de clareza normativa, o perito

médico não tem orientação legal objetiva para a fixação da DII, dando margem, em alguns casos, a questionamentos recursais e processos judiciais sem possibilidade de defesa concretamente embasada por parte da Perícia Médica.

Uma vez que a DID e a DII só devem ser registradas no SABI quando o requerimento é deferido pelo perito médico, a influência da variável “tempo de início da doença” sobre a conclusão pericial não pôde ser avaliada. Em relação ao tempo de afastamento, transtornos mentais iniciados há mais de 246 dias da data do requerimento do Auxílio-doença mostraram-se um forte preditor de afastamento prolongado. Aqui, destaca-se uma possível conseqüência do longo tempo de evolução da doença até o início da incapacidade laborativa registrado pelo perito médico. Uma vez que: 1) 42,5% dos registros referiam-se a segurados com até 5 anos de contribuição; 2) em 40,9% dos casos a DID indicou início do transtorno mental antecedendo em mais de 1 ano o requerimento; e 3) a DII foi fixada na DER ou após a DER em 72,7% dos registros; reforça-se a hipótese de que segurados com pouco tempo de contribuição tenham se beneficiado com afastamentos prolongados em decorrência de equívoco médico-pericial quanto à fixação da DII.

Não se deve desconsiderar a participação dos peritos credenciados no desenvolvimento do cenário que antecedeu a COPES: em março de 2005, a Previdência Social contava com 4.919 profissionais para a realização das avaliações periciais, dos quais 55,8% eram médicos credenciados, remunerados conforme a produtividade e para os quais o limite de marcação de 24 perícias por dia só então foi estabelecido pelo sistema (AGÊNCIA DE NOTÍCIAS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL, 2005e); até agosto de 2005, estes médicos eram responsáveis por mais da metade das perícias do INSS em todo o país (AGÊNCIA DE NOTÍCIAS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL, 2005d). Neste estudo, entretanto, a participação de credenciados foi pequena nas duas APS de Juiz de Fora, mesmo antes da admissão dos concursados novos. Em novembro de 2005, quando o INSS já contava com 6.208 peritos médicos em todo o Brasil, os credenciados ainda representavam 43,0% desses profissionais, mas se responsabilizaram pela realização de apenas 33 a 35% dos exames periciais (AGÊNCIA DE NOTÍCIAS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL, 2005c; d). Nas duas APS de Juiz de Fora, os concursados novos foram progressivamente assumindo a realização da maioria dos Ax1 avaliados neste estudo, evidenciando uma relevante renovação da Perícia Médica na cidade, o que pode estar associado a mudanças observadas ao longo dos períodos avaliados.

As frequências de deferimento mostraram-se muito próximas entre as duas APS estudadas; entretanto, foram observadas diferenças importantes quanto às categorias de peritos e ao longo dos períodos: concursados novos foram os que menos deferiram

requerimentos de Auxílio-doença (53,8%); entre o primeiro e o quarto períodos, a redução das conclusões favoráveis foi da ordem de 32,4%, sendo que a maior diferença percentual ocorreu entre o segundo e o terceiro períodos (15,4%). Estes resultados podem estar relacionados ao panorama nacional enfrentado pela Perícia Médica após a instituição da COPES, com freqüentes agressões verbais e físicas — cujas mais graves resultaram na morte de dois peritos médicos do Quadro de Pessoal do INSS — por parte de segurados insatisfeitos com conclusões periciais mais rigorosas (VALIM, 2007) e, muitas vezes, frustrados por falsas expectativas criadas por seus médicos assistentes. Para evitar a indução de conflitos entre segurados e peritos, os médicos assistentes devem se limitar a fornecer, para fins previdenciários, declarações contendo diagnóstico, condição clínica, terapêutica e prognóstico de seus pacientes (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2008; LEO e DEL REGNO, 2001); aos peritos médicos do INSS cabe a função legal de avaliar a existência de incapacidade laborativa visando a concessão de Auxílio-doença — uma angustiante tarefa, na qual o profissional precisa definir sua conclusão ainda que não tenha solucionado todas as suas dúvidas sobre o caso avaliado (MELO e ASSUNÇÃO, 2003).

Num cenário até então benevolente, o impacto daquelas mudanças não seria pequeno: conforme destacado por Marasciulo (2004) — que, em seu estudo, encontrou baixo índice de indeferimentos —, nas avaliações de Ax1, os peritos não vinham cumprindo seu papel de *barreira* frente à demanda excessiva por benefício. Ao perito não cabe ser condescendente ou rigoroso; deve, sim, procurar ser justo em sua avaliação: não negar o que é de direito nem conceder graciosamente o que não é devido aos segurados (TREVISOL-BITTENCOURT *et al.*, 2001). Dentro dos limites deste estudo, entretanto, não é possível descartar, tampouco comprovar, que o aumento progressivo do registro de diagnóstico de doenças pobres em dados objetivos ao exame pericial, como os transtornos mentais, possa também ter se associado à crescente freqüência de conflitos entre segurados e peritos médicos. Neste ponto, dois aspectos devem ser destacados: 1) o perito deve, necessariamente, registrar um diagnóstico antes da conclusão pericial; e 2) vários códigos da CID-10 não são aceitos pelo SABI. Assim, é possível hipotetizar que certo número de segurados — que poderiam não apresentar qualquer diagnóstico médico bem definido — possam, por estas exigências e limitações administrativas, receber um código da CID-10 relativo a quadros subjetivos, como um transtorno mental.

A maior freqüência de conclusões favoráveis aos requerimentos nos períodos iniciais deste estudo pode, em parte, refletir o que Melo e Assunção (2003) descreveram em seu trabalho como sendo o benefício da dúvida: na incerteza da capacidade do segurado para o

trabalho, o benefício acaba sendo concedido, para não prejudicar um possível incapaz. Os resultados deste estudo são sugestivos de que a admissão de novos peritos médicos com especialidade em psiquiatria tenha, efetivamente, contribuído para melhorar a qualidade das avaliações periciais de segurados com transtornos mentais, conforme será melhor discutido adiante. Ainda de acordo com Melo e Assunção (2003), a capacidade interpretativa de cada pessoa é moldada por suas experiências anteriores, incluindo as relativas ao meio social; ao longo de sua história, o trabalho dos peritos médicos do INSS sofreu a influência de fatores sócio-políticos que influenciaram a concessão mais ou menos rigorosa dos benefícios. Nos últimos anos, todavia, a progressiva redução de deferimentos sugere que maior rigor na avaliação da incapacidade laborativa para a concessão do Auxílio-doença tem prevalecido na prática da Perícia Médica.

Quando discordam da conclusão pericial, entretanto, os segurados têm direito a recorrer da decisão inicial e serem submetidos ao que se chama perícia de ordem 2 (Ax2), através do PR ou Recurso. A frequência de Ax2 sofreu importante aumento entre os dois primeiros períodos (de 18,9% para 67,3%) e voltou a cair nos períodos seguintes (de 43,8% para 17,8%), o que reforça a observação sobre a insatisfação dos segurados com as conclusões periciais após a instituição da COPES e, em seguida, a adequação do PP.

De acordo com o estudo de Marasciulo (2004), os peritos se mostrariam mais eficazes como *barreira* nas avaliações subseqüentes ao Ax1, entre as quais encontrou menor número de deferimentos. Todavia, nos resultados aqui apresentados, observa-se que os deferimentos de Ax2 tornaram-se mais freqüentes logo após a instituição da COPES, o que sugere que o maior rigor aplicado nas avaliações de Ax1 não foi mantido quando os segurados pediam revisão da conclusão inicial. É possível considerar ainda que os deferimentos dos Ax1 poderiam estar ocorrendo fundamentalmente para os segurados que faziam jus ao benefício, mas que teriam recebido tempo de afastamento insuficiente para recuperação da capacidade laborativa. Não se pode descartar também que, nos requerimentos de Ax2, os segurados tenham se apresentado com documentações médicas mais organizadas, munidos de provas mais convincentes sobre sua incapacidade, o que já foi observado em outro contexto (QUADAGNO, 1997). Uma redução expressiva na frequência de deferimentos de Ax2 foi observada apenas após a introdução do PP, quando os requerimentos de reconsideração da cessação do benefício foram considerados improcedentes na maioria dos casos (63,5% de indeferimentos). Tal resultado pode refletir o que Lima (2007) apontou como um possível prejuízo ao segurado durante a vigência da COPES sem o PP: em seu estudo, mais de três quartos das conclusões periciais em Ax1 foram alterados no PR, o que sugere a possibilidade

de erro no prognóstico para a fixação da DCB. A relevante redução de deferimentos dos Ax2 no quarto período parece evidenciar o acerto da instituição do PP enquanto possibilidade de reavaliação dos segurados e de prorrogação dos benefícios enquanto não houver plena recuperação de sua capacidade laborativa.

Em síntese, neste estudo, mostraram-se fortemente associadas a maior chance de deferimento as seguintes variáveis: perícia concluída por perito médico sem especialidade em psiquiatria; segurado com diagnóstico de psicoses; na faixa etária de até 29 anos de idade; com outras comorbidades clínicas (que não as psiquiátricas, musculoesqueléticas e cardiovasculares); vinculado ao INSS como empregado; e do sexo masculino. Fundamentados pelas análises estratificadas, os modelos de regressão logística aqui apresentados evidenciaram que nenhuma das variáveis institucionais centrais deste estudo pode ser tomada isoladamente como um preditor — positivo ou negativo — de deferimento: para tanto, há que se considerar as interações entre elas. Assim, não se pode atribuir a redução na frequência de deferimentos apenas à admissão dos concursados novos ou à introdução das mudanças normativas: os resultados aqui apresentados apontam para o fato de que as alterações ocorridas nos últimos anos no Setor de Perícias Médicas do INSS tenham, em seu conjunto, resultado em mudanças concretas de uma prática até então consolidada e que perdurou até 2005.

Apesar do impacto destas mudanças para a Previdência Social — reduzindo a concessão de benefícios por incapacidade, após anos de aumento progressivo —, tais modificações se chocam com as concepções dos segurados, que ainda recorrem ao Auxílio-doença por motivos que, muitas vezes, extrapolam a relação entre doença e capacidade laborativa. Embora, freqüentemente, o perito médico seja visto pelos segurados como o estereótipo do profissional disposto a negar um benefício, é preciso reconhecer que, uma vez preenchidos os critérios legais para a concessão do Auxílio-doença, deferir é ato menos complexo que concluir pelo indeferimento, uma vez que: 1) ao indeferir, o perito médico se expõe a todas as conseqüências possíveis do provável inconformismo do segurado; 2) sua condição humana não desconsidera as dificuldades que poderão advir da ausência de uma renda esperada (CASSIS *et al.*, 1996), muitas vezes única e necessária à subsistência daquele cidadão e de sua família; e 3) sem dúvida — até pela própria experiência pessoal —, reconhece que muitas condições de trabalho são desgastantes e podem comprometer a saúde dos trabalhadores. Todavia, de acordo com a legislação previdenciária, tais considerações não são objeto da avaliação pericial, que se concentra na análise da incapacidade laborativa. Tais aspectos são ainda mais complexos num ambiente em que a possibilidade de fraude está

potencialmente presente, acarretando dúvidas que o perito médico tenta sanar diariamente em diversas e exaustivas avaliações que requerem conclusão imediata, apesar do curto tempo de duração de uma perícia previdenciária.

Uma vez que, com certa frequência, demandas trabalhistas e sociais chegam à Previdência Social e resultam em sua exclusiva responsabilização por mazelas de diferentes origens, acredita-se que cabe a esta instituição: 1) estabelecer ações em parceria com órgãos competentes para reduzir a demanda por benefícios previdenciários visando suprir a carência assistencial e/ou de fiscalização no campo do trabalho; e 2) proceder a uma revisão das lacunas encontradas na legislação previdenciária que, algumas vezes, beneficiam injustamente uma minoria, enquanto deixa de beneficiar cidadãos necessitados, porém, ainda desprovidos do indispensável amparo legal. Deixar a porta principal aberta e atribuir à Perícia Médica a responsabilidade de barrar quem não preenche os critérios que, sob a ótica pericial, permitiriam acesso ao benefício requerido, não é suficiente para que se evite a entrada e o favorecimento indevido de alguns que agem por má fé e de outros que entendem e acreditam estar apenas em busca de seus direitos. Direitos estes que, todavia, demandam o cumprimento de certos deveres; deveres estes cujo cumprimento precisa ser também objeto de cobrança institucional.

Ao contrário do que poderia ser esperado, menor média de renovações foi identificada após a instituição do PP: 1,7 vezes. É preciso considerar, entretanto, que este resultado se refere ao último período estudado e que a manutenção do benefício pode ter ocorrido após a finalização do banco de dados pela DATAPREV, permitindo outras renovações a partir do deferimento de novos PP. Apesar desse provável viés, o número médio de renovações do benefício encontrado ao longo do período englobado por este estudo — 2,6 vezes, mínimo de 1 e máximo de 12 vezes — foi bastante próximo àquele referido por Marasciulo (2004) em seu trabalho: 2,4 vezes, variando de 1 a 14 vezes.

Após esgotar as possibilidades de PR e/ou Recurso, uma vez cessado o benefício, ao segurado resta aguardar o prazo legal para requerer novo Ax1. Interessante notar que a maior frequência de Ax1 com registro de benefício anterior foi encontrada no terceiro período (42,4%), possivelmente pelo retorno dos segurados que não concordaram com a cessação de seus benefícios após a instituição da COPES. Melo e Assunção (2003), que identificaram a existência de critérios subjetivos de valor que influenciariam a conclusão pericial, referiram, dentre eles, o tempo de contribuição previdenciária e a existência de benefícios anteriores requeridos pelo segurado. Assim, poder-se-ia supor que o aumento relativo de 20,7% na frequência de indeferimentos de Ax1 entre o primeiro e o terceiro períodos poderia indicar

que a prévia cessação de benefícios anteriores teria sido considerada adequada nas novas avaliações; entretanto, foram deferidos mais de 90% dos Ax1 de segurados que tinham registro de benefício anterior. Uma vez que os dados sobre esta variável não estavam disponíveis para todos os registros avaliados neste estudo, qualquer ilação a partir desses resultados mostrar-se-ia inadvertida.

Além do número de concessões de Auxílio-doença, outro fator de impacto sobre as despesas do INSS decorre da duração desses benefícios; segundo Cechin e Giambiagi (2004), em 2003 teria havido expressivo aumento da duração média dos Auxílios-doença. Ao longo do período aqui avaliado, nota-se que houve redução da duração dos benefícios concedidos a segurados com transtornos mentais; uma vez que a montagem do banco de dados foi finalizada em setembro de 2007 — ou seja, apenas nove meses após o fechamento do último período aqui avaliado —, deve-se considerar que a menor média do período após a instituição do PP também tenha sido influenciada por este viés. Entretanto, tal resultado poderia ainda indicar um resgate, por parte da Perícia Médica do INSS, do objetivo fundamental do Auxílio-doença: ser um benefício temporário, necessário enquanto o segurado se mantém incapaz para o exercício de suas atividades laborativas.

Shiels *et al.* (2004) identificaram que os transtornos mentais representam um forte fator preditor de incapacidade crônica e que os quadros graves mostram uma chance 7,9 vezes maior de causar afastamentos prolongados que os casos de transtornos mentais moderados. No presente estudo, o tempo médio de afastamento foi de 308 dias, superior àquele encontrado por Marasciulo (2004) — média de 6,2 meses — que destaca a maior dificuldade de retorno ao trabalho quanto maior o tempo de afastamento do segurado. Em seu trabalho, Sampaio *et al.* (2003) identificaram que os transtornos mentais foram responsáveis por um tempo médio de 2,7 anos de afastamento anterior à aposentadoria por invalidez, destacando os efeitos dos afastamentos prolongados sobre a vida dos trabalhadores: insegurança, redução da auto-estima, perda de habilidades e de motivação para o trabalho. Deve-se, ainda, ressaltar os riscos objetivos de não-aceitação pelo mercado de trabalho de trabalhadores que permaneceram em Auxílio-doença. No estudo espanhol de García-Díaz *et al.* (2006), os transtornos mentais foram responsáveis por um tempo médio de afastamento bem inferior ao aqui encontrado, ainda que tenham representado o segundo maior período em benefício, após os tumores: 137 dias.

As características que se mostraram fortemente associadas à maior chance de afastamento prolongado no presente estudo foram: perícia médica concluída por perito especialista em psiquiatria; segurado com diagnóstico de psicose; na faixa etária acima de 50

anos de idade; com outras comorbidades clínicas (que não as psiquiátricas, as musculoesqueléticas e as cardiovasculares); desempregado; do sexo masculino; com transtorno mental iniciado há mais de 246 dias da data do requerimento; que tiveram o benefício renovado por mais de 4 vezes; e que residiam na cidade de Juiz de Fora. Todavia, quando considerados apenas os dois primeiros períodos com os peritos credenciados, as variáveis “especialidade do perito médico avaliador”, “diagnóstico secundário”, “categoria de segurado” e “cidade de residência” não resultaram em influência significativa sobre o tempo de afastamento quando incluídas no modelo de regressão logística (resultados não apresentados nas tabelas). As categorias de perito médico, as APS e os períodos da pesquisa também não apresentaram relação direta com o tempo de afastamento; apenas no modelo que avaliou os quatro períodos sem os peritos credenciados, observou-se que a chance de afastamento prolongado foi significativamente maior no quarto período, em relação ao primeiro período, e menor nas interações entre a APS São Dimas com o terceiro e o quarto períodos, em relação à APS Largo do Riachuelo no primeiro período. Conforme discutido sobre a conclusão pericial, as variáveis institucionais centrais deste estudo também não podem ser tomadas isoladamente como preditores de afastamento prolongado.

Diversos aspectos devem ser levados em conta nas discussões sobre longos períodos de afastamento do trabalho, além daqueles decorrentes da própria incapacidade laborativa resultante de um agravo à saúde. A possibilidade de que exista ganho econômico secundário é, sem dúvida, um deles e pode resultar na persistência de sintomas apesar dos tratamentos adequados instituídos (PÉREZ MILÁN, 2007) e até mesmo em resistências e boicotes à terapêutica indicada (SOAR FILHO, 1998), estimulando a persistência do *papel de doente* por tempo indefinido (LAZZARO e ÁVILA, 2004). De acordo com Menezes (2005), as políticas sociais ou socioculturais — como as previdenciárias — tendem a dificultar a recuperação do segurado, abrindo caminho para o desenvolvimento do que denomina *neurose de compensação*: um quadro induzido, intensificado ou prolongado em decorrência da iatrogenia das vantagens concedidas pela legislação previdenciária. No estudo de Shiels *et al.* (2004), a chance de afastamentos prolongados — considerados pelos autores como superiores a 28 semanas — foi maior entre pessoas de idade mais avançada, socialmente privadas e dependentes químicos, representando grupos de risco com condições, ao menos em parte, potencialmente reversíveis e/ou passíveis de se beneficiarem de intervenções que objetivem sua recuperação e retorno ao trabalho.

Como já referido anteriormente, frente ao impacto sócio-econômico da incapacidade laborativa, estudiosos têm destacado a necessidade de se conhecer as características a ela

associadas — nosológicas inclusive —, visando prevenir afastamentos desnecessários e/ou prolongados (GARCÍA-DÍAZ *et al.*, 2006; TREVISOL-BITTENCOURT *et al.*, 2001). Preocupado com os desincentivos ao retorno às atividades laborativas, desde setembro de 2006 o Seguro Social dos Estados Unidos vem desenvolvendo um estudo cujo trabalho de campo se completará em 2009, com o objetivo de avaliar como a oferta de serviços para tratamento dos transtornos mentais e de suporte na busca ou retorno e na manutenção do emprego pode influenciar na resposta terapêutica, na capacidade laborativa e no recebimento de benefícios por pessoas com diagnóstico primário de esquizofrenia e transtorno bipolar do humor, buscando valorizar suas habilidades para o trabalho (ELINSON *et al.*, 2007; SOCIAL SECURITY ADMINISTRATION, 2008). Em nosso meio, o ônus resultante dos transtornos mentais — que diz respeito não somente aos dispêndios da Previdência Social com o pagamento de benefícios, como também aos gastos com a saúde através do SUS e ao impacto da incapacitação sobre o mercado de trabalho — está implícito em números como a média de afastamento encontrada neste estudo: próxima de 1 ano, sendo que em 6,9% dos registros esse tempo superou os 2 anos em benefício.

Além da preocupação com os custos que resultam da incapacidade prolongada decorrente dos transtornos mentais, bem como com seu impacto sobre o sistema de saúde e o mercado de trabalho, não se pode desconsiderar o resultado do tempo de afastamento sobre a vida dos segurados. De acordo com Marx (1974, pp. 15 e 21), *o homem produz o homem e, simultaneamente, tanto o trabalho como a própria subjetividade humana são ponto de partida e resultado do movimento inteiro da história; para Marx, toda a assim chamada história universal nada mais é que a produção do homem pelo trabalho humano* (grifado no original). Assim sendo, a avaliação da interação entre subjetividade e trabalho implica a consideração da perspectiva dialética: se um transtorno mental pode limitar a capacidade laborativa do sujeito, seu afastamento do exercício do trabalho limita sua realização enquanto ser social. Neste sentido, pode-se tomar a atividade laborativa como possível fator positivo para o prognóstico: o trabalho ofereceria a sujeitos com transtornos mentais melhores condições de reinserção social (ZAMBRONI-DE-SOUZA, 2006), integrando o processo de cura dos pacientes psiquiátricos (ELINSON *et al.*, 2007). Durante o início do tratamento, muitos trabalhadores podem precisar afastar-se de suas atividades laborativas, até mesmo para se adaptarem aos efeitos dos psicofármacos prescritos — que podem interferir sobre sua capacidade para o trabalho (LEO e DEL REGNO, 2001). Entretanto, após a estabilização do quadro, o tratamento de manutenção — que geralmente é longo — não justifica, por si só, a persistência desse afastamento. Uma abordagem não-excludente dos sujeitos com transtornos

mentais — que, simultaneamente, valorize seu potencial laborativo bem como o valor do próprio trabalho para a condição humana — pode ter um importante papel em sua melhora clínica; a rigor, este enfoque não tem sido devidamente abordado nas discussões sobre o tema em questão e muitos profissionais, sejam médicos ou advogados, acabam reforçando em seus clientes a noção de que qualquer doença seja, por si mesma, incapacitante (GLOZIER, 2002; LEO e DEL REGNO, 2001). Na sociedade atual, todavia, há que se considerar a *perda da identidade do trabalho enquanto uma atividade fim [...] passando a designar apenas uma atividade assalariada, deixando de ser algo que se “faz” para ser algo que se “tem”* (MARASCIULO, 2004, p. 21).

Alguns estudos têm discutido as dificuldades encontradas pelos trabalhadores com transtornos mentais para se fazerem presentes no mercado de trabalho, ainda que tenham sua capacidade laborativa preservada e semelhante à da população geral, destacando este diagnóstico como uma das mais fortes barreiras à aquisição de um emprego formal (GLOZIER, 2002; SWARTZ *et al.*, 2000). Entretanto, conforme Tremblay *et al.* (2006), serviços de aconselhamento, que visam o retorno ao trabalho, têm se mostrado eficazes ao orientarem os pacientes com transtornos mentais sobre as perdas e ganhos que a retomada de suas atividades laborativas pode lhes trazer, resultando em melhores opções de trabalho, com melhor remuneração. Neste ponto, destaca-se a importância da Reabilitação Profissional, o caminho para que o objetivo final não esteja nos benefícios por incapacidade em si mesmos, mas que sejam um meio para reabilitar o paciente psiquiátrico (LEO e DEL REGNO, 2001).

No presente estudo, mais de 85% dos periciados receberam um diagnóstico de transtornos do humor ou de ansiedade e apenas 4,3% foram diagnosticados com psicoses. Os transtornos do humor são os quadros psiquiátricos mais comumente encontrados na ABS — sendo a depressão descrita como a quarta causa de incapacitação — e os transtornos de ansiedade os mais freqüentes entre todos os transtornos mentais; já a esquizofrenia, um dos quadros psiquiátricos que mais deterioram e mais incapacitam os pacientes, tem uma prevalência baixa na população geral (DUBOVSKY *et al.*, 2006; HO *et al.*, 2006; HOLLANDER e SIMEON, 2006). Em um estudo com pacientes de uma das regiões administrativas de Juiz de Fora, os transtornos do humor e os de ansiedade foram também os grupos diagnósticos mais freqüentemente registrados, tanto por profissionais da ABS quanto por especialistas do nível secundário de assistência à saúde mental (RIBEIRO *et al.*, 2008). Não foram encontrados na literatura trabalhos brasileiros atuais que indicassem os índices de prevalência nacional dos transtornos mentais; entretanto, através da análise de três estudos, Mari *et al.* (2007) identificaram que a prevalência de todos os transtornos mentais na

população brasileira variou entre 18,8% e 29,2%, para um ano, e entre 31,9% e 41,3%, para toda a vida. Comparados a estes dados, os resultados deste estudo indicam que a prevalência de transtornos mentais entre os segurados requerentes de Auxílio-doença seria mais baixo que na população geral: 16,7% — o que poderia representar quadros psiquiátricos mais graves, assimilados pelos pacientes como incapacitantes para o trabalho.

Todavia, quando se compara as frequências dos grupos de transtornos mentais registrados como diagnóstico principal nos Ax1 com os resultados do estudo de Ribeiro *et al.* (2008), observa-se que, entre os segurados avaliados, o percentual de transtornos do humor foi mais elevado (52,2% contra 20,4%), mostrou-se semelhante para transtornos de ansiedade e psicoses (34,5% e 4,3%, respectivamente, contra 36,1% e 4,9%) e inferior para o diagnóstico de TUSPA (6,0% contra 10,8%) — grupo este que, no estudo de Trevisol-Bittencourt *et al.* (2001), foi identificado como a oitava causa geral de requerimento de benefício por incapacidade laborativa. Nota-se que os transtornos mentais de grupos considerados como quadros mais graves foram registrados mais frequentemente pelos peritos médicos na APS Largo do Riachuelo (4,6% de psicoses e 15,1% de transtornos maiores do humor), enquanto os registros de transtornos menores do humor e transtornos de ansiedade foram mais frequentes na APS São Dimas (41,9% e 36,9%, respectivamente). Embora não seja um achado exclusivo deste estudo (FORD e FORD, 2000; MONCRIEFF e POMERLEAU, 2000; SCOTT *et al.*, 2006), a rigor não deveria ser encontrada tão elevada frequência de diagnósticos de transtornos menores do humor e transtornos de ansiedade entre os requerentes de Auxílio-doença com transtornos mentais, já que, em sua maioria, não interfeririam incisivamente na capacidade laborativa.

Entretanto, apesar de representarem os diagnósticos mais frequentemente registrados, os transtornos de ansiedade e os transtornos menores do humor apresentaram chances de deferimento e de afastamento prolongado significativamente menores que as psicoses, resultando nas menores razões de chance nos modelos de regressão logística. Em seu estudo, Okpaku *et al.* (1994) também observaram que requerentes de benefício por incapacidade com diagnóstico de psicose ou de transtornos do humor tiveram maior chance de obterem deferimento pelos profissionais do seguro social, quando comparados aos casos de ansiedade. Scott *et al.* (2006), evidenciaram que os transtornos do humor estiveram mais associados a incapacidade que os transtornos de ansiedade e aqueles por uso de substâncias e que mesmo os transtornos mais leves do humor mostraram-se mais incapacitantes que os quadros ansiosos.

Ressalte-se aqui que as avaliações realizadas por perito médico com especialidade em psiquiatria resultaram em menor chance de deferimento; por outro lado, os segurados avaliados por estes profissionais nos Ax1 — quando considerados os quatro períodos sem os peritos credenciados — tiveram chance de afastamento prolongado significativamente maior que os segurados avaliados por peritos não-psiquiatras. Tais resultados reforçam a hipótese de que os psiquiatras estariam cumprindo com mais propriedade a função de barreira do perito médico do INSS, provavelmente permitindo acesso ao benefício apenas aos segurados com transtornos mentais mais graves e, portanto, com incapacidade mais prolongada.

Na avaliação do diagnóstico secundário, nota-se que as comorbidades psiquiátricas foram as mais freqüentemente registradas, seguidas de quadros cardiovasculares e musculoesqueléticos. Segundo Andrade *et al.* (2006), a co-ocorrência de dois ou mais transtornos mentais é comum e pode chegar a 30%, de acordo com estudos populacionais; enquanto as mulheres apresentam mais freqüentemente comorbidade entre depressão e ansiedade, nos homens a associação entre TUSPA e transtorno de conduta é a mais encontrada. No presente estudo, chama a atenção a presença de grupos considerados mais graves registrados como diagnósticos secundários a outros transtornos mentais — as psicoses (2,3% no geral; 4,1% entre os concursados antigos) e os transtornos maiores do humor (7,8% no geral; 10,8% entre os credenciados) — e a maior freqüência de TUSPA como diagnóstico secundário que como principal (10,2% e 6,0%, respectivamente): tais resultados podem dever-se tanto a erros diagnósticos quanto ao desconhecimento dos critérios de hierarquia diagnóstica dos transtornos mentais por parte dos peritos médicos.

No que diz respeito às comorbidades clínicas, Prince *et al.* (2007) chamaram a atenção para os transtornos mentais como fatores de risco para o desenvolvimento de doenças transmissíveis e não-transmissíveis e como contribuição a danos acidentais e não-acidentais; além disso, muitas patologias clínicas aumentariam o risco de transtornos mentais ou prolongariam seus episódios. Moussavi *et al.* (2007) encontraram uma prevalência de depressão significativamente mais elevada entre portadores de doenças clínicas crônicas — como artrite, angina e diabetes — e a presença de depressão mostrou-se associada a piora da condição clínica destes pacientes. Outros estudos têm destacado que a presença de comorbidades clínicas ou psiquiátricas tem se mostrado mais incapacitante que qualquer transtorno mental ou doença clínica isolados (GLOZIER, 2002; SCOTT *et al.*, 2006; WATKINS *et al.*, 1999). No presente estudo, a ausência de registro de comorbidade resultou numa chance de deferimento significativamente menor; e, quando avaliados os quatro períodos sem os peritos credenciados, numa chance de afastamento prolongado também

significativamente menor, em relação à presença de outras comorbidades clínicas (que não as psiquiátricas, musculoesqueléticas e cardiovasculares).

Quando presentes, a maioria dos benefícios anteriores aos Ax1 avaliados deveu-se a um quadro psiquiátrico. Ao comparar os transtornos mentais registrados como diagnóstico principal no Ax1 àqueles registrados no benefício anterior, observa-se um elevado índice de mudanças diagnósticas, especialmente entre os transtornos de ansiedade. Destaca-se, entretanto, a baixa taxa de manutenção do diagnóstico para os grupos de transtornos mentais mais graves: foi de apenas 40,7% para as psicoses e de 45,0% para os transtornos maiores do humor. No caso das psicoses, que se referem a quadros psiquiátricos com características clínicas melhor definidas, é interessante destacar que 11,1% dos segurados tiveram o diagnóstico principal alterado para transtornos de ansiedade e 18,5% para transtornos menores do humor no Ax1 avaliado. Ainda que devam ser levadas em consideração as dificuldades relativas à confiabilidade dos diagnósticos psiquiátricos (CAETANO, 1977; KATES *et al.*, 1997) e à diferenciação entre quadros depressivos e ansiosos (COUTINHO *et al.*, 1999), tais resultados apontam também para a possibilidade de insuficiência de treinamento dos peritos médicos para avaliação de segurados com transtornos mentais. Não se pode descartar aqui a hipótese dos mesmos estarem transcrevendo no SABI os diagnósticos informados nas declarações dos médicos assistentes.

Nos últimos anos, as reformas realizadas na Previdência Social pelo Governo elevaram a idade mínima para aposentadoria integral e introduziram o chamado fator previdenciário no cálculo do benefício — quanto mais jovem for o requerente, menor o valor da aposentadoria por tempo de contribuição. Desta forma, os segurados tendem a continuar no trabalho por um período mais longo, aumentando-se o tempo de contribuição e, conseqüentemente, reduzindo-se os gastos previdenciários no curto e longo prazos (MARQUES *et al.*, 2003; MARQUES e MENDES, 2004; SILVA, 2004). Uma possibilidade, entretanto, não pode ser descartada: segurados com tempo de contribuição próximo ao necessário para o requerimento da aposentadoria podem tentar alcançá-la por meio do Auxílio-doença que, em seguida, pode ser transformado em Aposentadoria por Invalidez, em cujo cálculo não incide o fator previdenciário.

Na Alemanha, a segurança de que será possível contar com o seguro social — caso se torne necessário no futuro — lhe confere uma avaliação positiva entre a população daquele país (GIOVANELLA, 1999); sensação que a instabilidade presente na história da Previdência Social deste país não pôde semear entre os brasileiros. Segundo Silva (2004), a ampliação da cobertura previdenciária e a reversão da desigualdade social deveriam basear-se no princípio

da seguridade universal, prática que só será possível com a retomada do crescimento econômico, geração de empregos, filiação à Previdência, aumento da arrecadação e garantia de cobertura previdenciária aos segurados. De acordo com Giovanella (1999), mais do que assegurar igualdade de oportunidades, o Estado deve promover meios para que o indivíduo possa adquirir e manejar tais oportunidades, garantindo as pré-condições para a auto-ajuda.

Discute-se se o excesso de políticas sociais tende a acomodar a população, tornando-a desestimulada para se mobilizar e buscar melhores oportunidades. Apesar dos altos custos coletivos, o Estado tende a pulverizar os recursos em benefícios financeiros individualmente insuficientes e deixa de promover políticas incisivas que busquem garantir melhores condições para que os brasileiros sejam capazes de gerar sua própria subsistência. Neste cenário, não surpreende o número de segurados que recorrem ao INSS com queixas relativas a transtornos mentais, tanto pela real possibilidade de adoecimento mental em meio a tantas dificuldades sócio-econômicas quanto pela possível utilização de queixas subjetivas — de difícil avaliação pericial — como forma de obter a concessão do Auxílio-doença, equivocadamente tomado por muitos como um outro benefício social.

6 CONCLUSÃO

Coisa que gosto é poder partir sem ter plano. Melhor ainda é poder voltar quando quero. (...) A hora do encontro é também despedida.

Milton Nascimento e Fernando Brant

Esta Dissertação de Mestrado apresenta uma análise inicial do impacto dos transtornos mentais sobre a concessão de benefícios por incapacidade laborativa, que se constituíram no terceiro grupo diagnóstico mais frequentemente registrado como justificativa para o requerimento de Auxílio-doença dentre os segurados do INSS avaliados em perícias iniciais na Gex/JF, no período de julho de 2004 a dezembro de 2006. Traz também a análise dos fatores associados à concessão de benefícios por incapacidade laborativa decorrente de algum desses transtornos.

Entre os requerentes de benefício por incapacidade com registro de transtornos mentais, os resultados indicam uma elevada taxa de cidadãos do sexo feminino, com idade mais avançada e vinculados ao INSS como autônomos ou desempregados; entre as duas APS, as três categorias de peritos médicos e os quatro períodos estudados não foram observadas diferenças quanto ao sexo, à idade e ao vínculo previdenciário do segurado. Evidenciou-se um crescimento da frequência relativa de moradores da região Norte da cidade de Juiz de Fora ao longo dos períodos da pesquisa, sugerindo condições sociais e econômicas locais que precisam ser identificadas pela Previdência Social, para que as devidas ações possam ser efetivadas visando à redução da demanda indevida por benefício por incapacidade laborativa. Os resultados sugerem ainda possíveis relações entre os requerimentos de Auxílio-doença decorrentes de transtornos mentais com o desemprego e a informalidade do mercado de trabalho.

Foi possível identificar que, após as alterações normativas ocorridas na legislação previdenciária em agosto de 2005 e maio de 2006, o perfil de concessão do Auxílio-doença a segurados da Gex/JF com diagnóstico de transtornos mentais avaliados em perícias iniciais (Ax1) sofreu modificações. Observou-se uma redução no número de deferimentos dos requerimentos de Ax1 por parte da Perícia Médica, no tempo médio de afastamento e no número médio de renovações do benefício; a frequência de deferimentos, que esteve muito próxima entre as duas APS, foi menor entre os peritos médicos contratados por concursos

realizados após 2005 e reduziu-se bastante ao longo dos períodos estudados. Com a instituição do PP, houve redução na frequência de perícias de ordem 2 (Ax2) e de deferimento dos Ax2 requeridos, sugerindo a efetividade desta medida como complementação à COPES. O tempo médio entre o requerimento do benefício e a realização do exame médico-pericial também sofreu redução, contribuindo para a redução das filas do INSS e, provavelmente, dos gastos com o pagamento de benefícios durante a espera pela avaliação pericial. Todavia, os resultados sugerem que as alterações verificadas no perfil de concessão de Auxílio-doença dever-se-iam mais a mudanças na prática dos peritos médicos da Previdência Social — tanto sobre seu papel de barreira nas avaliações periciais quanto da característica temporária do benefício por incapacidade — que apenas às mudanças na legislação e no Quadro de Pessoal da Perícia Médica do INSS.

Os transtornos mentais mais frequentemente registrados — tanto como diagnóstico principal no Ax1 e no benefício anterior, quanto como diagnóstico secundário no Ax1 avaliado — foram os transtornos menores de humor e os transtornos de ansiedade, quadros mais leves, sem maiores repercussões sobre a capacidade laborativa. As frequências de manutenção dos códigos da CID-10 registrados como diagnóstico principal no Ax1, em relação aos registrados no benefício anterior, foram pequenas, mesmo para os transtornos por uso de substâncias, transtornos maiores do humor e psicoses, quadros mais graves, com características diagnósticas melhor definidas.

Uma vez que as chances de deferimento e de afastamento prolongado foram maiores entre segurados diagnosticados com transtornos mentais mais graves e que apresentavam comorbidades, os resultados encontrados são sugestivos de que as avaliações dos requerimentos de Auxílio-doença pela Perícia Médica da Gex/JF foram adequadamente realizadas, principalmente quando a cargo de perito médico especialista em psiquiatria. Indicam ainda que outras características avaliadas também tiveram influência significativa sobre o deferimento e sobre o tempo de afastamento: maior chance de deferimento esteve fortemente associada a segurados com idade de até 29 anos, empregados e do sexo masculino; e maior chance de afastamento prolongado mostrou associação significativa com segurados com idade acima de 50 anos, do sexo masculino, com longa evolução do transtorno mental e mais de 4 renovações do benefício.

Por outro lado, este estudo coloca em evidência possíveis falhas no trabalho dos peritos médicos da Gex/JF no que se refere ao registro da profissão, do diagnóstico dos transtornos mentais e da Data do Início da Incapacidade (DII) dos segurados avaliados, apontando para a necessidade de melhor treinamento desses profissionais, assim como para as

deficiências institucionais que podem contribuir para ocorrência de tais equívocos — seja por brechas na legislação, seja por inadequação do sistema informatizado atualmente utilizado pela Perícia Médica ou, ainda, por falta de oferta de treinamento específico e mais efetivo aos profissionais médicos deste setor. Sugere ainda a existência de ônus indevido à Previdência Social, com segurados recorrendo ao Auxílio-doença com diagnóstico de transtornos mentais, parte deles, com poucas contribuições previdenciárias, vindo a receber benefícios por incapacidade por tempo prolongado. Chama a atenção para a existência de lacunas na legislação previdenciária que favorecem a utilização deste benefício como recurso financeiro para suprir carências nas áreas social e trabalhista, as quais extrapolam a existência de incapacidade laborativa e, conseqüentemente, o campo de avaliação médico-pericial. Destaca ainda a necessidade de ações que objetivem resgatar e valorizar a capacidade laborativa dos segurados com transtornos mentais, intensificando e aprimorando as ações do serviço de Reabilitação Profissional.

Por fim, os resultados aqui apresentados indicam a necessidade de estudos prospectivos que possam testar as hipóteses levantadas por este estudo. Indica-se aqui, especificamente, a realização de um estudo que acompanhe, desde o exame médico-pericial inicial, segurados avaliados por peritos médicos com formação nas diversas áreas da Medicina com o objetivo de buscar identificar possíveis vieses nas conclusões médico-periciais e, simultaneamente, avaliar o trabalho da Reabilitação Profissional, buscando comprovar sua eficácia no resgate da capacidade laborativa dos segurados que estejam recebendo Auxílio-doença.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA DE NOTÍCIAS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. **Benefícios por invalidez vão sair mais rápido**. Brasília, 01 de dezembro de 2000. Disponível em: <

http://www.previdencia.gov.br/agprev/agprev_mostraNoticia.asp?Id=421&ATVD=1&xBotao=1 >. Acesso em: 27 de maio de 2007.

_____. **Benefícios**: Copes vai reduzir perícias em 40%. Brasília, 09 de agosto de 2005a. Disponível em: <

<http://www.previdenciasocial.gov.br/agprev/MostraNoticia.asp?Id=20458&ATVD=1&xBotao=1> >. Acesso em: 23 de agosto de 2008.

_____. **DF**: Sistema de Cobertura Previdenciária Estimada reduz número de perícias médicas. Brasília, 29 de novembro de 2005b. Disponível em: <

<http://www.previdenciasocial.gov.br/agprev/MostraNoticia.asp?Id=21949&ATVD=1&xBotao=1> >. Acesso em: 23 de agosto de 2008.

_____. **Perícia Médica**: Médicos concursados são responsáveis por 67% das perícias. Brasília, 15 de dezembro de 2005c. Disponível em: <

<http://www.previdenciasocial.gov.br/agprev/MostraNoticia.asp?Id=22137&ATVD=1&xBotao=1> >. Acesso em: 23 de agosto de 2008.

_____. **Perícia Médica**: Médicos do quadro são responsáveis por 65% dos exames Brasília, 01 de novembro de 2005d. Disponível em: <

<http://www.previdenciasocial.gov.br/agprev/MostraNoticia.asp?Id=21624&ATVD=1&xBotao=1> >. Acesso em: 23 de agosto de 2008.

_____. **Perícia Médica**: Sistema de bloqueio de perícias começa hoje. Brasília, 16 de março de 2005e. Disponível em: <

http://www.previdencia.gov.br/agprev/agprev_mostraNoticia.asp?Id=18266&ATVD=1&xBotao=1 >. Acesso em: 14 de julho de 2008.

_____. **Ministro**: Nelson Machado fala sobre benefícios por incapacidade na Procuradoria Geral da República. Brasília, 06 de setembro de 2006a. Disponível em: <

<http://www.mpas.gov.br/agprev/MostraNoticia.asp?Id=25152&ATVD=1&xBotao=1> >. Acesso em: 28 de dezembro de 2006.

_____. **Serviços**: população ainda confunde Previdência e Saúde. Brasília, 10 de janeiro de 2006b. Disponível em: <

http://www.previdencia.gov.br/agprev/agprev_mostraNoticia.asp?Id=22335&ATVD=1&xBotao=1 >. Acesso em: 01 de novembro de 2006.

_____. **PNAD 2007**: Segurados da Previdência ultrapassam 50% da PEA. Brasília, 18 de setembro de 2008. Disponível em: <

http://www.previdencia.gov.br/agprev/agprev_mostraNoticiaRelacionadas.asp?Id=31520&ATVD=1&DN1=18/09/2008&H1=10:50&xBotao=0 >. Acesso em: 20 de setembro de 2008.

ANDRADE, L. H. S. G. D.; VIANA, M. C.; SILVEIRA, C. M. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 33, p. 43-54, 2006.

ANDRADE, L. H. S. G. D. A. *et al.* Epidemiologia dos transtornos mentais em uma área definida de captação da cidade de São Paulo, Brasil. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 26, n. 5, p. 257-61, 1999.

ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 8ª ed. São Paulo: Cortez, 2002 *apud* MARASCIULO, A. C. E. **Avaliação de desempenho do programa de benefícios por incapacidade do Instituto Nacional do Seguro Social, gerência de Florianópolis, SC, 2000-2002**. 2004. 236p. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) — Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

BARBOZA, D. B.; SOLER, Z. A. S. G. Afastamentos do trabalho na enfermagem: ocorrências com trabalhadores de um hospital de ensino. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 2, p. 177-183, 2003.

BATICH, M. Previdência do trabalhador: uma trajetória inesperada. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 18, n. 3, 2004.

BOFF, B. M.; LEITE, D. F.; AZAMBUJA, M. I. Morbidade subjacente à concessão de benefício por incapacidade temporária para o trabalho. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 337-342, 2002.

BRASIL. Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923 - Lei Eloy Chaves. Cria, em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no país, uma Caixa de Aposentadoria e Pensões para os respectivos empregados. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28/01/1923.

_____. Lei nº 3.807, de 26 de agosto de 1960 - LOPS. Dispõe sobre a Lei Orgânica da Previdência Social. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 05/09/1960.

_____. Decreto-Lei nº 72, de 21 de novembro de 1966. Unifica os Institutos de Aposentadoria e Pensões e cria o Instituto Nacional de Previdência Social. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22/11/1966.

_____. Decreto nº 99.350, de 27 de junho de 1990. Cria o Instituto Nacional do Seguro Social - INSS, define sua Estrutura Básica e o Quadro Distributivo de Cargos e Funções do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores de suas Unidades Centrais, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18/06/1990.

_____. Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25/07/1991.

_____. Lei nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 08/12/1993.

_____. Ministério do Trabalho. **Classificação Brasileira de Ocupações - CBO-94**. Brasília: 1994. 905 p.

_____. Decreto nº 3.048, de 06 de maio de 1999. Aprova o Regulamento da Previdência Social, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 07/05/1999a.

_____. Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21/12/1999b.

_____. Decreto nº 3.668, de 22 de novembro de 2000. Altera o Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto nº 3.048, de 06 de maio de 1999. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23/11/2000.

_____. Coordenação Geral de Benefícios por Incapacidade – Diretoria de Benefícios – Instituto Nacional do Seguro Social. **Manual de Perícia Médica da Previdência Social**. Brasília. Versão 2: 2002. 118 p.

_____. Lei nº 10.876, de 02 de junho de 2004. Cria a Carreira de Perícia Médica da Previdência Social, dispõe sobre a remuneração da Carreira de Supervisor Médico-Pericial do Quadro de Pessoal do Instituto Nacional do Seguro Social – INSS e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 03/06/2004.

_____. Ministério da Previdência Social / Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social. **Anuário Estatístico da Previdência Social 2005 - Suplemento Histórico (1980-2005)**. Brasília. Volume 3: p. 56-58, 2005a.

_____. Diretoria de Benefícios – Instituto Nacional do Seguro Social. **Orientação Interna nº 130, de 13 de outubro de 2005**. Assunto: Cobertura Previdenciária Estimada – Conclusão Médico-Pericial. Publicação exclusiva em Boletim de Serviço, destinando-se a disciplinar procedimentos operacionais. 2005b.

_____. Ministério da Previdência Social / Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social. **Anuário Estatístico da Previdência Social 2006**. Brasília. Volume 15: p. 19, 2006a.

_____. Decreto nº 5.870, de 08 de agosto de 2006. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo de Cargos em Comissão, das Funções Gratificadas e das Funções Comissionadas do Instituto Nacional do Seguro Social – INSS, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 09/08/2006b.

_____. Diretoria de Benefícios – Instituto Nacional do Seguro Social. **Orientação Interna nº 138, de 11 de maio de 2006**. Dispõe sobre os procedimentos de perícia médica. Publicação exclusiva em Boletim de Serviço, destinando-se a disciplinar procedimentos operacionais. 2006c.

_____. Ministério da Previdência Social / Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social. **Anuário Estatístico da Previdência Social 2007**. Brasília. Volume 16: p. 19, 2007a.

_____. Instituto Nacional do Seguro Social. Instrução Normativa nº 20, de 11 de outubro de 2007. Estabelece critérios a serem adotados pela área de Benefícios. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 11/10/2007. 2007b.

_____. Instituto Nacional do Seguro Social. Instrução Normativa nº 23, de 13 de dezembro de 2007. Altera a Instrução Normativa nº 20 INSS/PRES, de 11 de outubro de 2007. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 14/12/2007c.

_____. Instituto Nacional do Seguro Social. Instrução Normativa nº 27, de 30 de abril de 2008. Altera a Instrução Normativa nº 20 INSS/PRES, de 11 de outubro de 2007. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 02/05/2008.

CAETANO, R. Causas de Baja Confiabilidad del Diagnostico en Psiquiatria: Una Revision Critica. **Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina**, Buenos Aires, n. 23, p. 296-306, 1977.

CASSIS, I. *et al.* Quality of work incapacity assessment in the Swiss disability insurance system. **International Journal of Quality Health Care**, Bradford, v. 8, n. 6, p. 567-75, Dec 1996.

CECHIN, J.; GIAMBIAGI, F. O aumento das despesas do INSS com o Auxílio-doença. **Boletim de Conjuntura do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**, Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada: p. 81-90, 2004.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1.851/2008, de 14 de agosto de 2008. Altera o art. 3º da Resolução CFM nº 1.658, de 13 de fevereiro de 2002, que normatiza a emissão de atestados médicos e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18/08/2008.

CHINAMASA, C. F.; HELLER, R. F.; MCELLDUFF, P. Early retirement: does cause of invalidity influence rate of social security benefit processing in Zimbabwe? **Occupational Medicine**, Chicago, v. 54, n. 1, p. 47-51, Jan 2004.

COUTINHO, E. D. S. F.; ALMEIDA FILHO, N.; MARI, J. D. J. Fatores de risco para morbidade psiquiátrica menor: resultados de um estudo transversal em três áreas urbanas no Brasil. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 26, n. 5, p. 246-56, 1999.

CENTRO DE PESQUISAS SOCIAIS; UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA. **Anuário Estatístico de Juiz de Fora – 2007** (Ano-base 2006). Juiz de Fora, 2007.

Disponível em: <

<http://www.pjf.mg.gov.br/cidade/anuario2007/anuario%20layout/anuarioindex.htm> >. Acesso em: 27 de junho de 2008.

EMPRESA DE TECNOLOGIA E INFORMAÇÕES DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. **Base de dados históricos do Anuário Estatístico da Previdência Social**. 2007. Disponível em: < <http://creme.dataprev.gov.br/infologo/inicio.htm> >. Acesso em: 15 de setembro de 2008.

DUBOVSKY, S. L.; DAVIES, R.; DUVOSKY, A. N. Transtornos do humor. In: HALES, R. E.; YUDOFKY, S. C. (Ed.). **Tratado de Psiquiatria Clínica**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. cap. 10, p.426-521.

ELDERS, L. A.; BURDORF, A.; ORY, F. G. Ethnic differences in disability risk between Dutch and Turkish scaffolders. **Journal of Occupational Health**, Tokyo, v. 46, n. 5, p. 391-7, Sep 2004.

ELINSON, L.; HOUCK, P.; PINCUS, H. A. Working, receiving disability benefits, and access to mental health care in individuals with bipolar disorder. **Bipolar Disorders**, Copenhagen, v. 9, n. 1-2, p. 158-65, Feb-Mar 2007.

FARIA, A. C. D.; BARBOZA, D. B.; DOMINGOS, N. A. M. Absenteísmo por transtornos mentais na enfermagem no período de 1995 a 2004. **Arquivos de ciências da saúde**, São José do Rio Preto, v. 12, n. 1, p. 14-20, 2005.

FORD, F. M.; FORD, J. Non-attendance for Social Security medical examination: patients who cannot afford to get better? **Occupational Medicine**, Chicago, v. 50, n. 7, p. 504-7, Sep 2000.

GARCÍA-DÍAZ, A. *et al.* Incapacidad temporal: características en un centro de salud durante el período 2000-2002. **Atención Primaria**, Barcelona, v. 37, n. 1, p. 22-9, 2006.

GIOVANELLA, L. Entre o mérito e a necessidade: análise dos princípios constitutivos do seguro social de doença alemão. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 133-46, 1999.

GLOZIER, N. Mental ill health and fitness for work. **Occupational and environmental medicine**, London, v. 59, n. 10, p. 714-20, Oct 2002.

GONZAGA, P. **Perícia médica da previdência social**. 4. ed. São Paulo: LTr, 2006. 336p.

GUIATEL. **Lista Telefônica de Juiz de Fora**: Maria Ângela Villefort. Ano 6, Edição 6. 2007.

HO, B.-C.; BLACK, D. W.; ANDREASEN, N. C. Esquizofrenia e outros transtornos psicóticos. In: HALES, R. E.; YUDOFKY, S. C. (Ed.). **Tratado de Psiquiatria Clínica**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. cap. 9, p.370-425.

HOLLANDER, E.; SIMEON, D. Transtornos de ansiedade. In: HALES, R. E.; YUDOFKY, S. C. (Ed.). **Tratado de Psiquiatria Clínica**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. cap. 11, p.522-602.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2000**. 2000. Disponível em: < http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/default_censo_2000.shtm >. Acesso em: 12 de fevereiro de 2007.

_____. **Banco de Dados – Cidades@**. 2007. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br/cidaesat/default.php> >. Acesso em: 13 de fevereiro de 2007.

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL. Treinamento Presencial dos Peritos Médicos da Previdência Social. **Material Instrucional – Intraprev**, 2007. Disponível em: < http://10.69.3.53/dirben/material_instrucional/material_instrucional.pdf >. Acesso em: 08 de janeiro de 2008.

KATES, N. *et al.* Integrating mental health services within primary care. A Canadian program. **General Hospital Psychiatry**, New York, v. 19, n. 5, p. 324-32, Sep 1997.

KOHN, R.; MELLO, M. F. D.; MELLO, A. D. A. F. D. O ônus e a carência de atendimento da saúde mental no Brasil. In: MELLO, M. F. D.; MELLO, A. D. A. F. D., *et al* (Ed.). **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 200-207.

LAZZARO, C. D. S.; ÁVILA, L. A. Somatização na prática médica. **Arquivos de Ciências da Saúde**, São José do Rio Preto, v. 11, n. 2, p. 105-108, 2004.

LABORATÓRIO DE ESTUDOS ESTATÍSTICOS NA SAÚDE. **Bairros e Setores de Juiz de Fora**: Laboratório de Estudos Estatísticos na Saúde – Universidade Federal de Juiz de Fora 2007.

LEO, R. J.; DEL REGNO, P. Social Security Claims of Psychiatric Disability: Elements of Case Adjudication and the Role of Primary Care Physicians. **The Primary Care Companion of the Journal of Clinical Psychiatry**, Memphis, v. 3, n. 6, p. 255-262, Dec 2001.

LIMA, B. G. D. C. O Programa de Cobertura Previdenciária Estimada e o Pedido de Prorrogação - necessidade ou subversão? In: 1º CONGRESSO BRASILEIRO DE PERÍCIA MÉDICA PREVIDENCIÁRIA, 24 a 26 de maio de 2007, Salvador. **ANMP em Foco – Revista da Associação Nacional dos Médicos Peritos da Previdência Social**, Brasília: Associação Nacional dos Médicos Peritos da Previdência Social, 2007, p. 24.

LIMA, M. S. D.; SOARES, B. G. D. O.; MARI, J. J. Saúde e doença mental em Pelotas, RS: dados de um estudo populacional. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 26, n. 5, p. 225-35, 1999.

LUDERMIR, A. B.; MELO FILHO, D. A. D. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, p. 213-221, 2002.

MARASCIULO, A. C. E. **Avaliação de desempenho do programa de benefícios por incapacidade do Instituto Nacional do Seguro Social, gerência de Florianópolis, SC, 2000-2002**. 2004. 236p. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) — Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

MARI, J. D. J.; JORGE, M. R.; KOHN, R. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos em adultos. In: MELLO, M. F. D.; MELLO, A. D. A. F. D., *et al* (Ed.). **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007. p.119-141.

MARQUES, R. M.; BATICH, M.; MENDES, Á. Previdência social brasileira: um balanço da reforma. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 17, p. 111-121, 2003.

MARQUES, R. M.; MENDES, Á. O governo Lula e a contra-reforma previdenciária. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 18, n. 3, 2004.

MARX, K. **Manuscritos Econômicos-filosóficos e Outros Textos Escolhidos**. São Paulo: Abril Cultural e Industrial, 1974. 413p.

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

MENEZES, J. S. R. Tentativa de Engodo: Simulação em Perícias Médicas Judiciais. **Cadernos de Seguro**, Rio de Janeiro, n. 130, p. 13-16, 2005.

MONCRIEFF, J.; POMERLEAU, J. Trends in sickness benefits in Great Britain and the contribution of mental disorders. **Journal of Public Health Medicine**, Oxford, v. 22, n. 1, p. 59-67, Mar 2000.

MORA, M. Auxílio-doença: contribuição para um diagnóstico. **Boletim de Conjuntura do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada: 89-100 p. 2007.

MOURA, A. A. G. D.; CARVALHO, E. F. D.; SILVA, N. J. C. D. Repercussão das doenças crônicas não-transmissíveis na concessão de benefícios pela previdência social. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p. 1661-1672, 2007.

MOUSSAVI, S. *et al.* Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. **Lancet**, London, v. 370, n. 9590, p. 851-8, Sep 8 2007.

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL; INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL; EMPRESA DE TECNOLOGIA E INFORMAÇÕES DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. **Boletim Estatístico da Previdência Social**. Vol 13, nº 05, 2008a.

_____. **Boletim Estatístico da Previdência Social**. Vol 13, nº 08, 2008b.

_____. **Boletim Estatístico da Previdência Social**. Vol 13, nº 11, 2008c.

MURRAY, C. J.; LOPEZ, A. D. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. **Lancet**, London, v. 349, n. 9063, p. 1436-42, May 17 1997.

MYKLETUN, A. *et al.* A population-based cohort study of the effect of common mental disorders on disability pension awards. **American Journal of Psychiatry**, Arlington, v. 163, n. 8, p. 1412-8, Aug 2006.

NERI, M. C. **Cobertura previdenciária: diagnóstico e propostas**. Coleção Previdência Social – Série Estudos. Brasília: Ministério da Previdência Social. Volume 18: 2003, 324p.

OKPAKU, S. O.; SIBULKIN, A. E.; SCHENZLER, C. Disability determinations for adults with mental disorders: Social Security Administration vs independent judgments. **American Journal of Public Health**, Washington, v. 84, n. 11, p. 1791-5, Nov 1994.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

_____. **Relatório sobre a saúde no mundo – 2001: Saúde Mental: nova concepção, nova esperança**. Geneva: 2001.

PÉREZ MILÁN, J. F. Simulación neuropsiquiátrica: aspectos forenses. **Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana**, Habana, v. 4, n. 1, 2007.

PREFEITURA DE JUIZ DE FORA. **Atlas Social – Juiz de Fora**: Diagnóstico. Juiz de Fora, 2006. Disponível em: < <http://www.atlassocialjf.pjf.mg.gov.br/> >. Acesso em: 12 de setembro de 2007.

PRINCE, M. *et al.* No health without mental health. **Lancet**, London, v. 370, n. 9590, p. 859-77, Sep 8 2007.

PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA. **Regionalização da Rede Assistencial de Juiz de Fora – 2006**: Programa de Saúde da Família – Prefeitura de Juiz de Fora, 2006.

QUADAGNO, J. Incentives to disability in federal disability insurance and supplemental security income. **Clinical Orthopaedics and Related Research**, Philadelphia, n. 336, p. 11-7, Mar 1997.

RIBEIRO, M. S. *et al.* Concordância diagnóstica entre profissionais dos níveis primário e secundário na atenção à saúde mental. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 11, n. 2, p. 126-135, 2008.

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

SCOTT, K. M. *et al.* Disability in Te Rau Hinengaro: the New Zealand Mental Health Survey. **The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, Melbourne, v. 40, n. 10, p. 889-95, Oct 2006.

SHIELS, C.; GABBAY, M. B.; FORD, F. M. Patient factors associated with duration of certified sickness absence and transition to long-term incapacity. **British Journal of General Practice**, London, v. 54, n. 499, p. 86-91, Feb 2004.

SILVA, A. A. D. A reforma da previdência social brasileira: entre o direito social e o mercado. **São Paulo em perspectiva**, São Paulo, v. 18, n. 3, 2004.

SILVA, E. S. Crise econômica, trabalho e saúde mental. In: SILVA, E. S.; STEINER, M. H. C. D. F.; SILVA, M. C. D. **Crise, trabalho e saúde mental no Brasil**. São Paulo: Traço, 1986. p. 54-132.

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

SOAR FILHO, E. J. A interação médico-cliente. **Revista da Associação Médica Brasileira (1992)**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 35-42, 1998.

SOCIAL SECURITY ADMINISTRATION. Mental Health Treatment Study. **Social Security Online**, 2008. Disponível em: < <http://www.socialsecurity.gov/disabilityresearch/mentalhealth.htm> >. Acesso em: 20 de setembro de 2008.

SWARTZ, J. A.; LURIGIO, A. J.; GOLDSTEIN, P. Severe mental illness and substance use disorders among former Supplemental Security Income beneficiaries for drug addiction and alcoholism. **Archives of General Psychiatry**, Chicago, v. 57, n. 7, p. 701-7, Jul 2000.

TREMBLAY, T. *et al.* Effect of benefits counseling services on employment outcomes for people with psychiatric disabilities. **Psychiatric Services**, Washington, v. 57, n. 6, p. 816-21, Jun 2006.

TREVISOL-BITTENCOURT, P. C. *et al.* Condições mais frequentes em um ambulatório de perícia neurológica. **Arquivos de neuro-psiquiatria**, São Paulo, v. 59, n. 2A, p. 214-218, 2001.

VALIM, J. Previdência: os números por trás das agressões no INSS. **Zero Hora**. Porto Alegre, 2007.

WANG, P. S. *et al.* Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. **Lancet**, London, v. 370, n. 9590, p. 841-50, Sep 8 2007.

WATKINS, K. E. *et al.* Changes in mental health and service use after termination of SSI benefits. **Psychiatric Services**, Washington, v. 52, n. 9, p. 1210-5, Sep 2001.

WATKINS, K. E.; WELLS, K. B.; MCLELLAN, A. T. Termination of social security benefits among Los Angeles recipients disabled by substance abuse. **Psychiatric Services**, Washington, v. 50, n. 7, p. 914-8, Jul 1999.

ZAMBRONI-DE-SOUZA, P. C. Trabalhando com saúde: trabalho e transtornos mentais graves. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, p. 175-183, 2006.

APÊNDICE A – RESULTADOS DO LEVANTAMENTO PRÉVIO REALIZADO ATRAVÉS DO MÓDULO GESTÃO DO SISTEMA DE ADMINISTRAÇÃO DE BENEFÍCIOS POR INCAPACIDADE

1 TOTAL DE PERÍCIAS REALIZADAS

Conforme evidenciado na TABELA-1, foram realizadas 301.278 perícias na Gex/JF, das quais 129.373ⁱ (42,9%) eram de Ax1. Entre estes Ax1, 21.565 (16,7%) tiveram o registro de algum transtorno mental como diagnóstico principal.

O GRÁFICO-1 traz o total de perícias ambulatoriais realizadas na Gex/JF no período avaliado, evidenciando que cerca de 43% foram perícias de Ordem 1 (Ax1). A variação mensal daquele total é evidenciada no GRÁFICO-2 que mostra uma linha irregular, alternando aumentos e quedas do número de perícias concluídas na Gex/JF.

O GRÁFICO-3 traz a frequência dos diagnósticos registrados nas perícias realizadas na Gex/JF: os mais frequentes foram os quadros osteomusculares (grupo M da CID-10: 30%), cardiovasculares (grupo I: 26%) e psiquiátricos (grupo F: 17%). Ao longo do período estudado, como mostra o GRÁFICO-4, houve aumento progressivo do número de registro dos grupos F e M: de 838 (12%) em julho/2004 para 2.204 (19%) em dezembro/2006 e de 1.608 (25%) para 3.820 (34%), respectivamente.

O GRÁFICO-5 traz o tipo de conclusão pericial de acordo com a categoria do Perito Médico (credenciado ou concursado) e evidencia que a frequência de deferimentos foi maior que a de indeferimentos nos dois grupos, com destaque para os credenciados que foram favoráveis em cerca de 90% das perícias que concluíram. No GRÁFICO-6 observa-se que a conclusão pelo deferimento do requerimento de Auxílio-doença foi mais frequente para todas as categorias de segurados, principalmente entre os empregados (92%).

ⁱ Conforme informações dos técnicos da DATAPREV, a diferença entre o total de Ax1 nas APS Largo do Riachuelo e São Dimas encontrado no levantamento realizado por meio do SABI-Gestão (14.523) e o contido no banco de dados fornecido (11.321) está provavelmente relacionada ao fato de que o SABI-Gestão faz a seleção dos dados sem considerar o campo referente à ordem da perícia. Assim, para um requerimento com duas perícias — uma de Ax1, lida pelo sistema como “laudo=1/ordem=0”, e uma segunda, lida pelo sistema como “laudo=1/ordem=1” —, o SABI-Gestão registraria o fato como duas perícias e a DATAPREV apenas como uma, o Ax1; a outra perícia poderia ser, por exemplo, um caso de PR.

2 TOTAL DE EXAMES PERICIAIS INICIAIS REALIZADOS

O GRÁFICO-7 mostra que houve aumento progressivo de realização de perícias em requerimentos de Ax1 na Gex/JF até março/2006, com uma linha mais homogênea que aquela encontrada no GRÁFICO-2.

O GRÁFICO-8 evidencia que, nos Ax1, enquanto houve um registro menor de quadros cardiovasculares (21%) e maior de osteomusculares (33%), a frequência de quadros psiquiátricos nos Ax1 foi semelhante àquela encontrada na avaliação de perícias de todas as Ordens (Ax1 + Axn): cerca de 17%. A tendência ao aumento progressivo dos grupos F e M ao longo do período avaliado, percebido no GRÁFICO-4, manteve-se nas perícias de Ax1 (GRÁFICO-9).

O GRÁFICO-10 mostra como o número de indeferimentos foi maior nas perícias de Ax1, saindo de 7% quando são avaliadas as perícias de todas as Ordens para 24% nas perícias de Ax1 concluídas pelos credenciados e de 15% para 31% naquelas concluídas pelos concursados. A mesma diferença é evidenciada no GRÁFICO-11 que traz o tipo de conclusão de acordo com a categoria dos segurados: embora os deferimentos tenham se mantido mais frequentes, a frequência de indeferimentos nas perícias de Ax1 foi maior que na avaliação de perícias de todas as Ordens para todas as categorias de segurados do INSS.

3 TOTAL DE EXAMES INICIAIS COM REGISTRO DE TRANSTORNO MENTAL

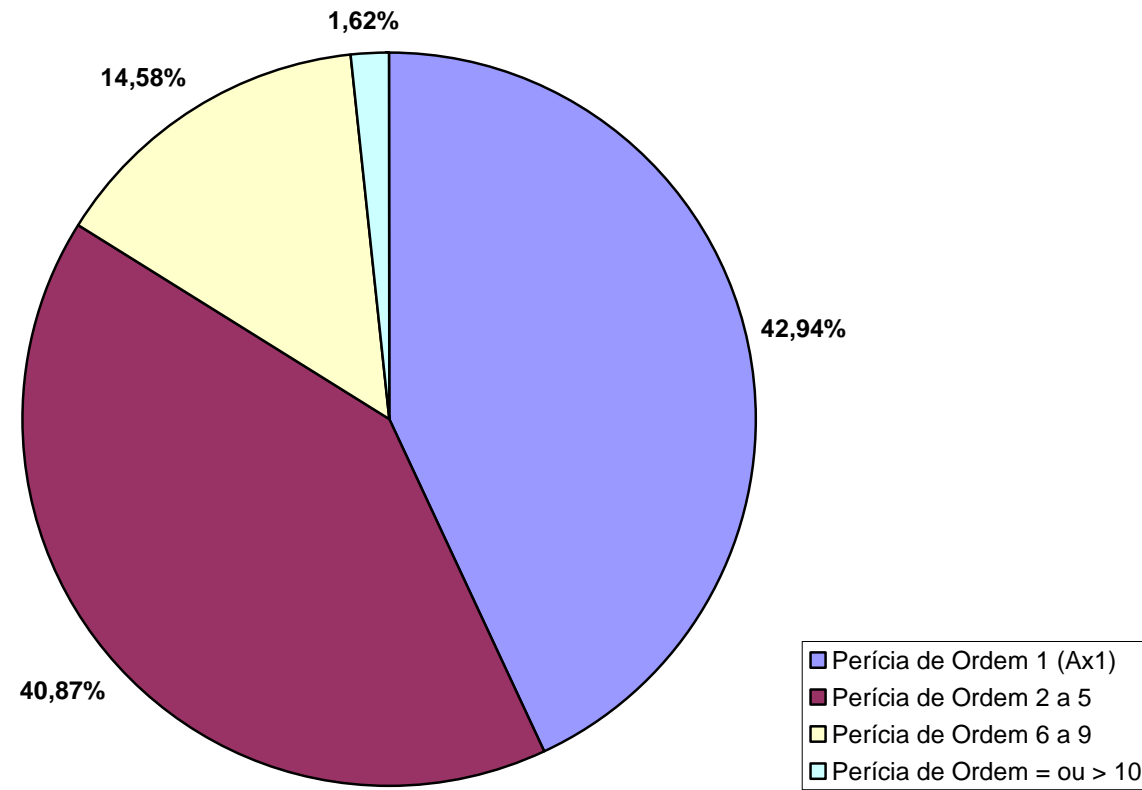
O GRÁFICO-12 evidencia o progressivo aumento do registro de quadros psiquiátricos nas perícias de Ax1 entre julho/2005 e março/2006. Ao final do período avaliado (dezembro/2006) os transtornos mentais representavam 19% dos diagnósticos registrados em Ax1; no primeiro mês do estudo (julho/2004), esse valor era cerca de 13%.

O GRÁFICO-13 mostra como os indeferimentos foram ainda mais frequentes nos casos de Ax1 com registro de transtorno psiquiátrico no diagnóstico principal que nas perícias de todas as Ordens, englobando todos os diagnósticos registrados. Os concursados (35%) mantiveram maior frequência de indeferimentos que os credenciados (28%). Na avaliação do tipo de conclusão por categoria de segurado (GRÁFICO-14), houve um pequeno aumento da frequência de indeferimentos quando se compara com os Ax1 referentes a todos os diagnósticos, exceto para a categoria de desempregados.

TABELA-1 – População avaliada: segurados do INSS requerentes de Auxílio-doença na Gex/JF entre julho de 2004 e dezembro de 2006.

PERÍODO	AGÊNCIAS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL DA GEX/JF												TOTAL DE PERÍCIAS REALIZADAS NA GEX/JF					
	APS LARGO DO RIACHUELO E SÃO DIMAS						DEMAIS APS						Total de Perícias (Ax1 + Axn)		Total de Ax1		Total de Ax1 por CID do grupo F	
	Total de Perícias (Ax1 + Axn)		Total de Ax1		Total de Ax1 por CID do grupo F		Total de Perícias (Ax1 + Axn)		Total de Ax1		Total de Ax1 por CID do grupo F		Total de Perícias (Ax1 + Axn)		Total de Ax1		Total de Ax1 por CID do grupo F	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Jul/04 a jul/05	59.592	35,8	17.710	24,5	3.167	21,8	57.823	42,9	17.712	31,0	2.072	29,4	117.415	39,0	35.422	27,4	5.239	24,3
Ago/05 a abr/06	51.057	30,7	27.629	38,3	5.461	37,6	36.280	26,9	19.288	33,7	2.439	34,6	87.337	29,0	46.917	36,3	7.900	36,6
mai/06 a dez/06	55.789	33,5	26.862	37,2	5.895	40,6	40.737	30,2	20.172	35,3	2.531	35,9	96.526	32,0	47.034	36,4	8.426	39,1
Total	166.438	100	72.201	100	14.523	100	134.840	100	57.172	100	7.042	100	301.278	100	129.373	100	21.565	100

GRÁFICO-1 - Total de Perícias Médicas Ambulatoriais Realizadas na Gex/JF entre Julho/2004 e Dezembro/2006: Distribuição por Ordem (Axn)



**GRÁFICO-2 - Número de Perícias Ambulatoriais (Ax1 + Axn) Realizadas na Gex/JF
ao Longo do Período Avaliado**

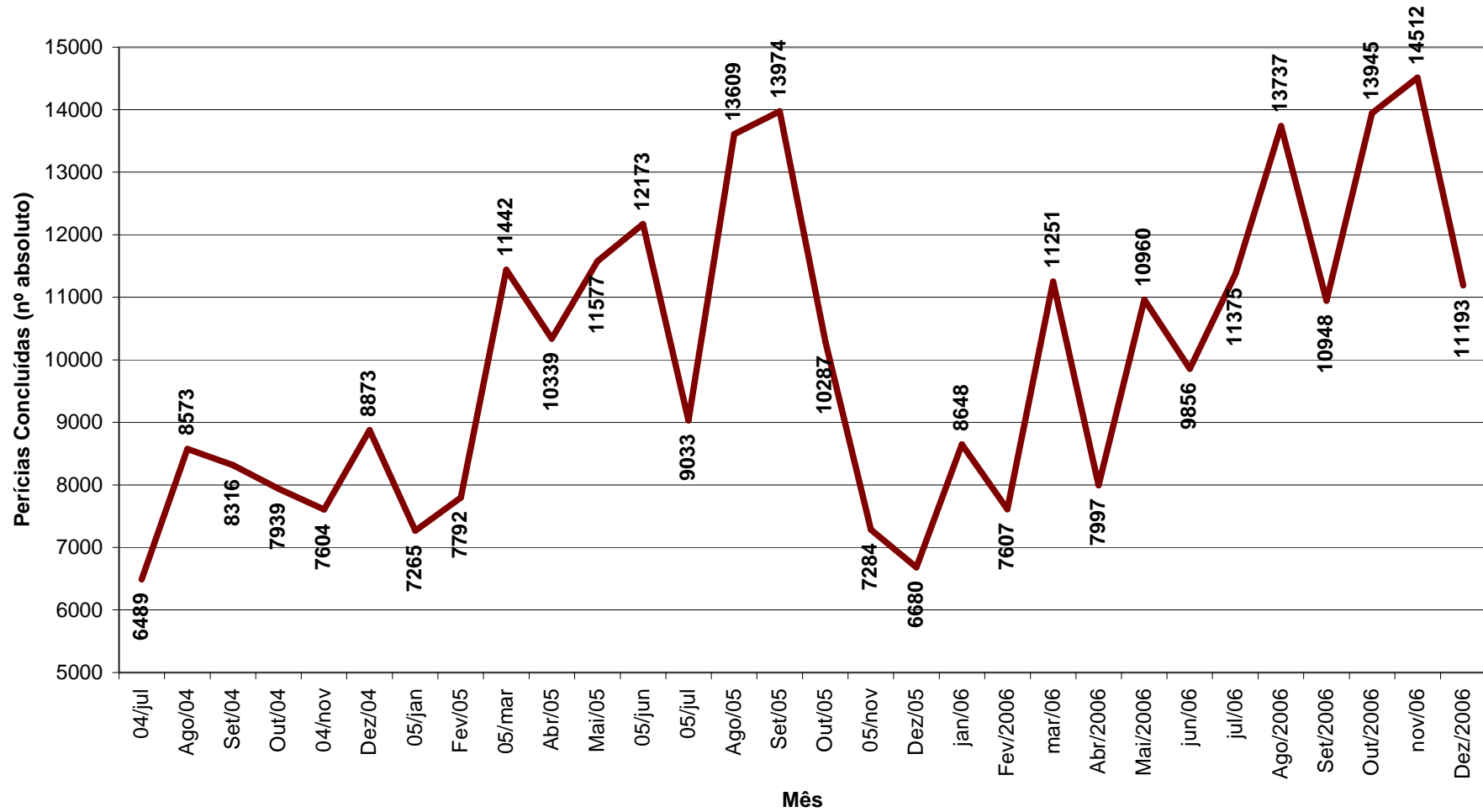


GRÁFICO-3 - Total de Perícias Ambulatoriais (Ax1 + Axn) Realizadas na Gex/JF entre Julho/2004 e Dezembro/2006: Distribuição por Diagnóstico

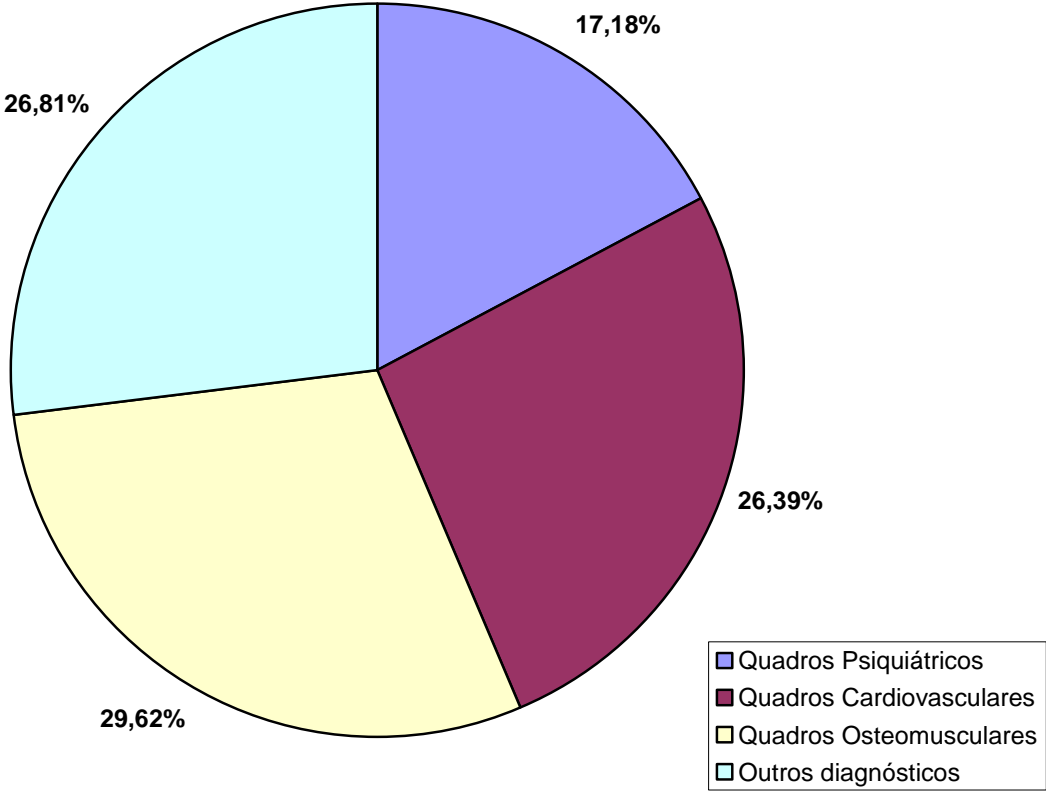


GRÁFICO-4 - Evolução Mensal do Número de Registro dos Principais Diagnósticos no Total de Perícias Realizadas na Gex/JF

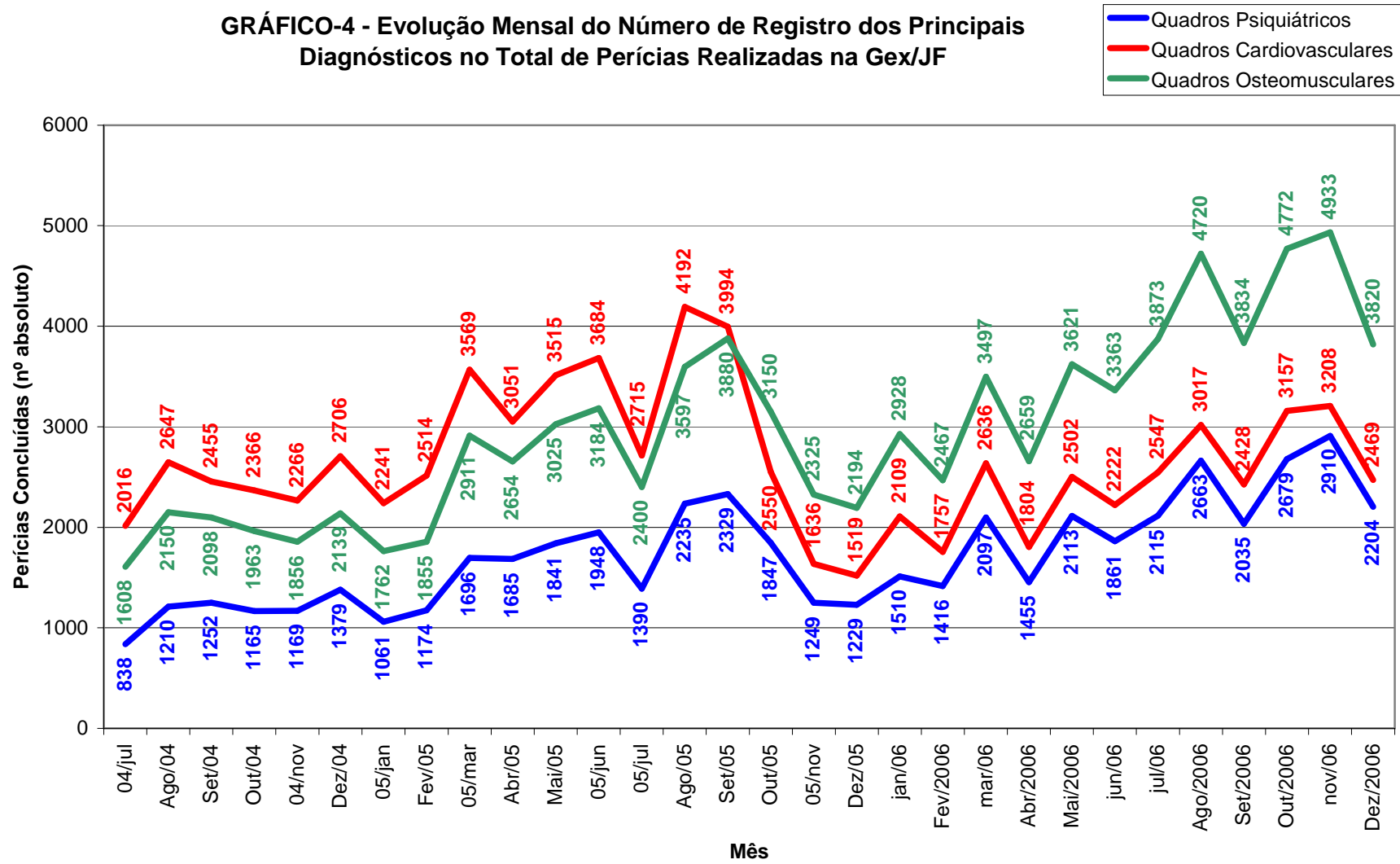


GRÁFICO-5 - Tipo de Conclusão das Perícias Ambulatoriais (Ax1 + Axn) Realizadas na Gex/JF entre Julho/2004 e Dezembro/2006: Distribuição por Categoria de Perito Médico

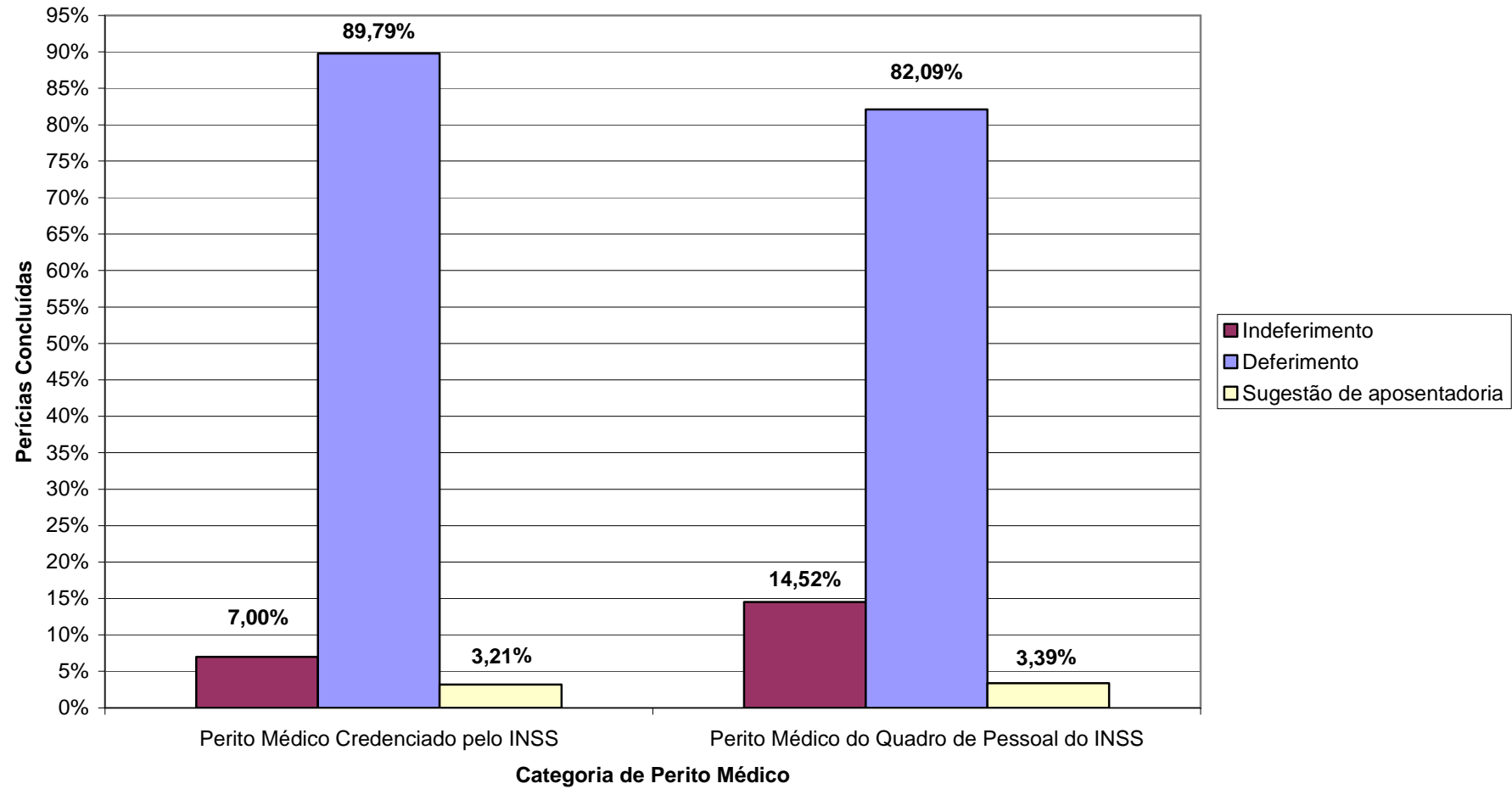


GRÁFICO-6 – Tipo de Conclusão das Perícias Ambulatoriais (Ax1 + Axn) Realizadas na Gex/JF entre Julho/2004 e Dezembro/2006: Distribuição por Categoria de Segurado do INSS

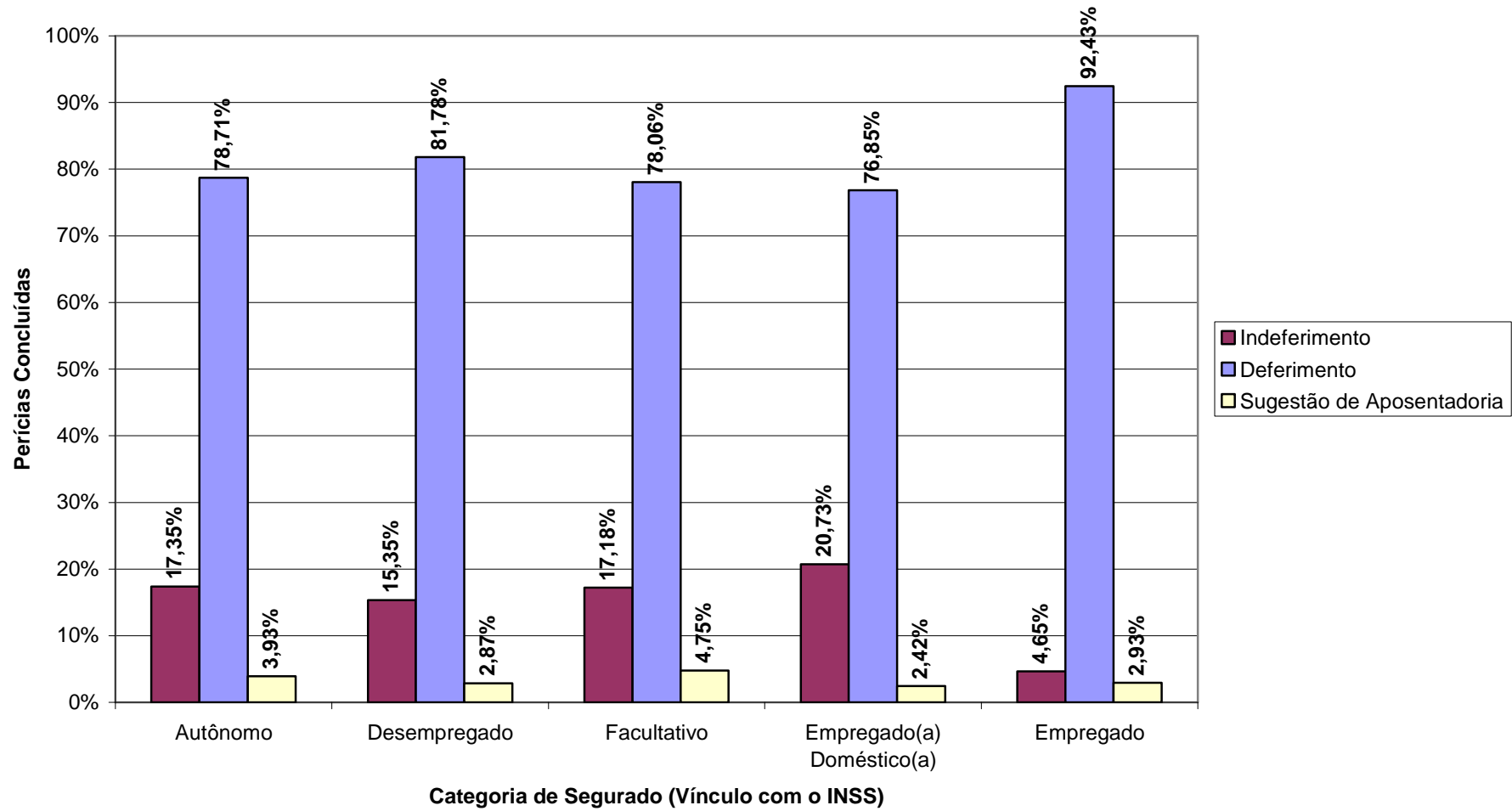


GRÁFICO-7 - Número de Perícias Ambulatoriais de Ax1 Realizadas na Gex/JF ao Longo do Período Avaliado

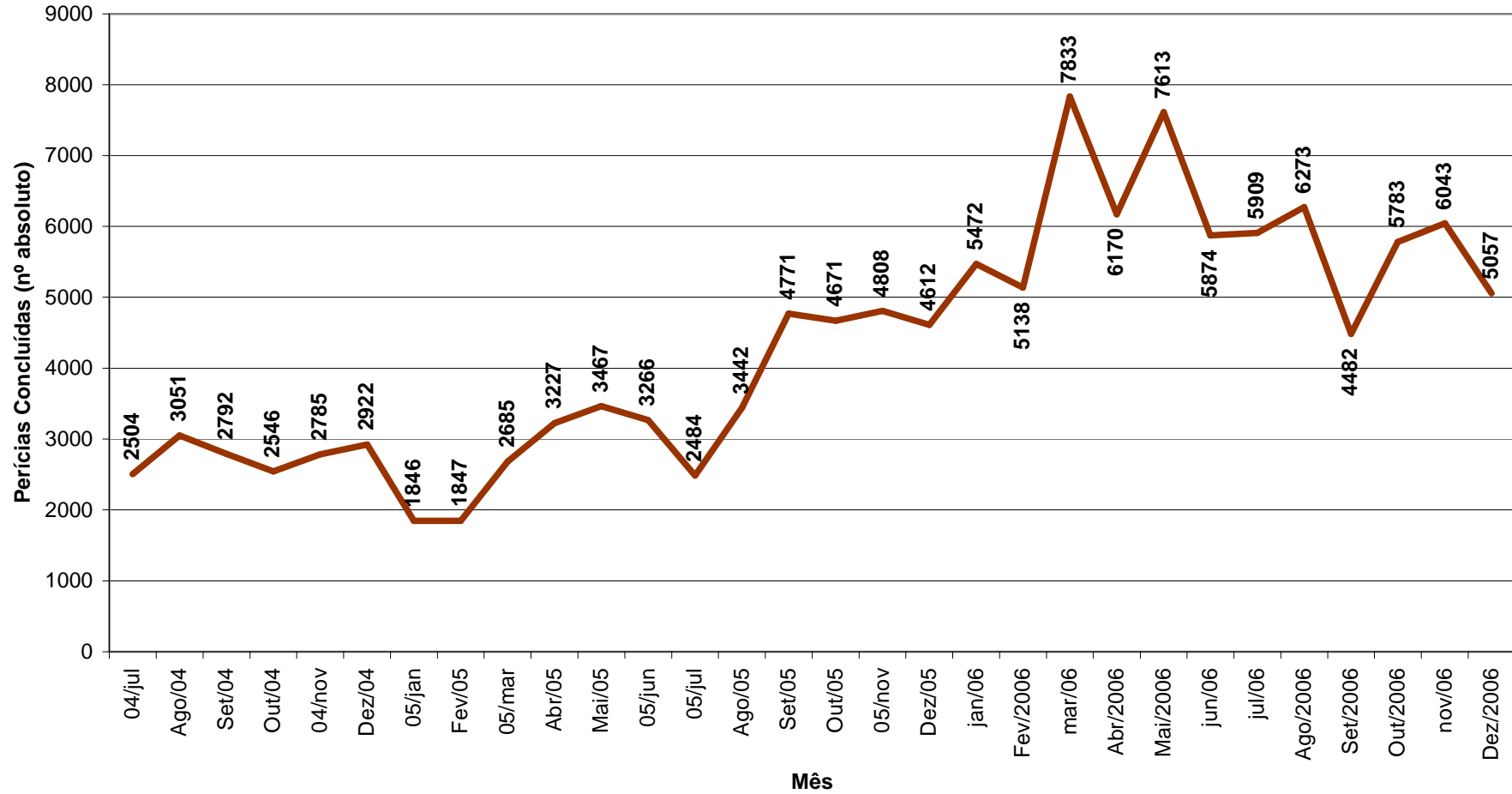


GRÁFICO-8 - Total de Perícias Ambulatoriais de Ax1 Realizadas na Gex/JF entre Julho/2004 e Dezembro/2006: Distribuição por Diagnóstico

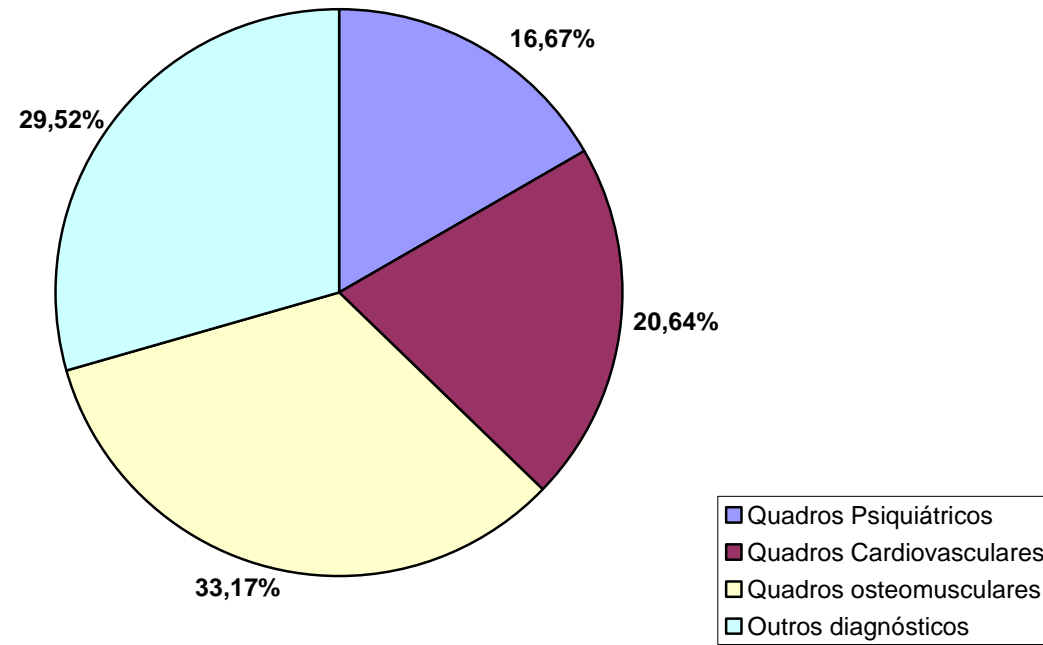


GRÁFICO-9 - Evolução do Número de Registro dos Principais Diagnósticos no Total de Perícias Ambulatoriais de Ax1 Realizadas na Gex/JF: Distribuição por Trimestre

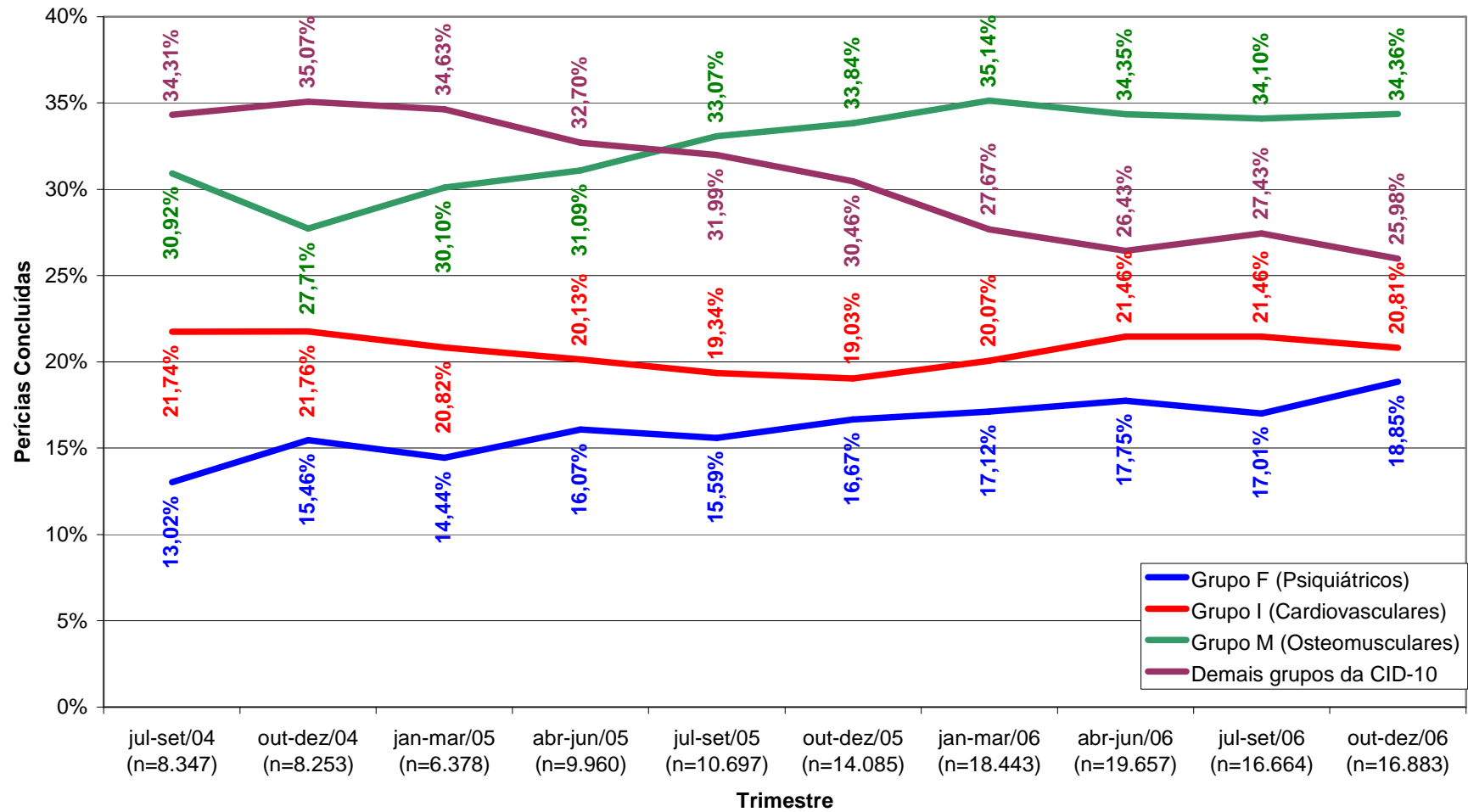


GRÁFICO-10 - Tipo de Conclusão das Perícias Ambulatoriais de Ax1 Realizadas na Gex/JF entre Julho/2004 e Dezembro/2006: Distribuição por Categoria de Perito Médico

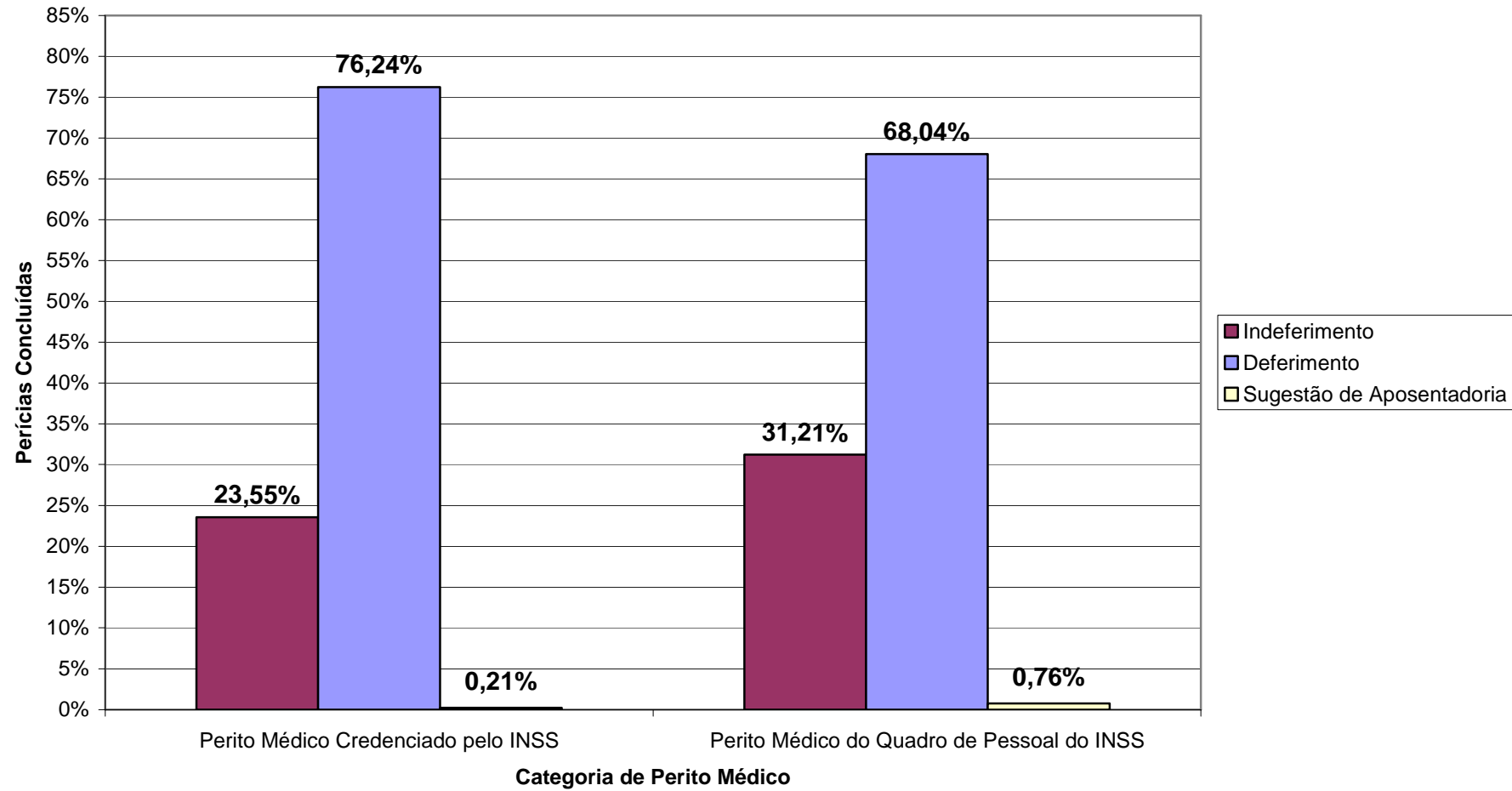


GRÁFICO-11 - Tipo de Conclusão das Perícias Ambulatoriais de Ax1 Realizadas na Gex/JF entre Julho/2004 e Dezembro/2006: Distribuição por Categoria de Segurado do INSS

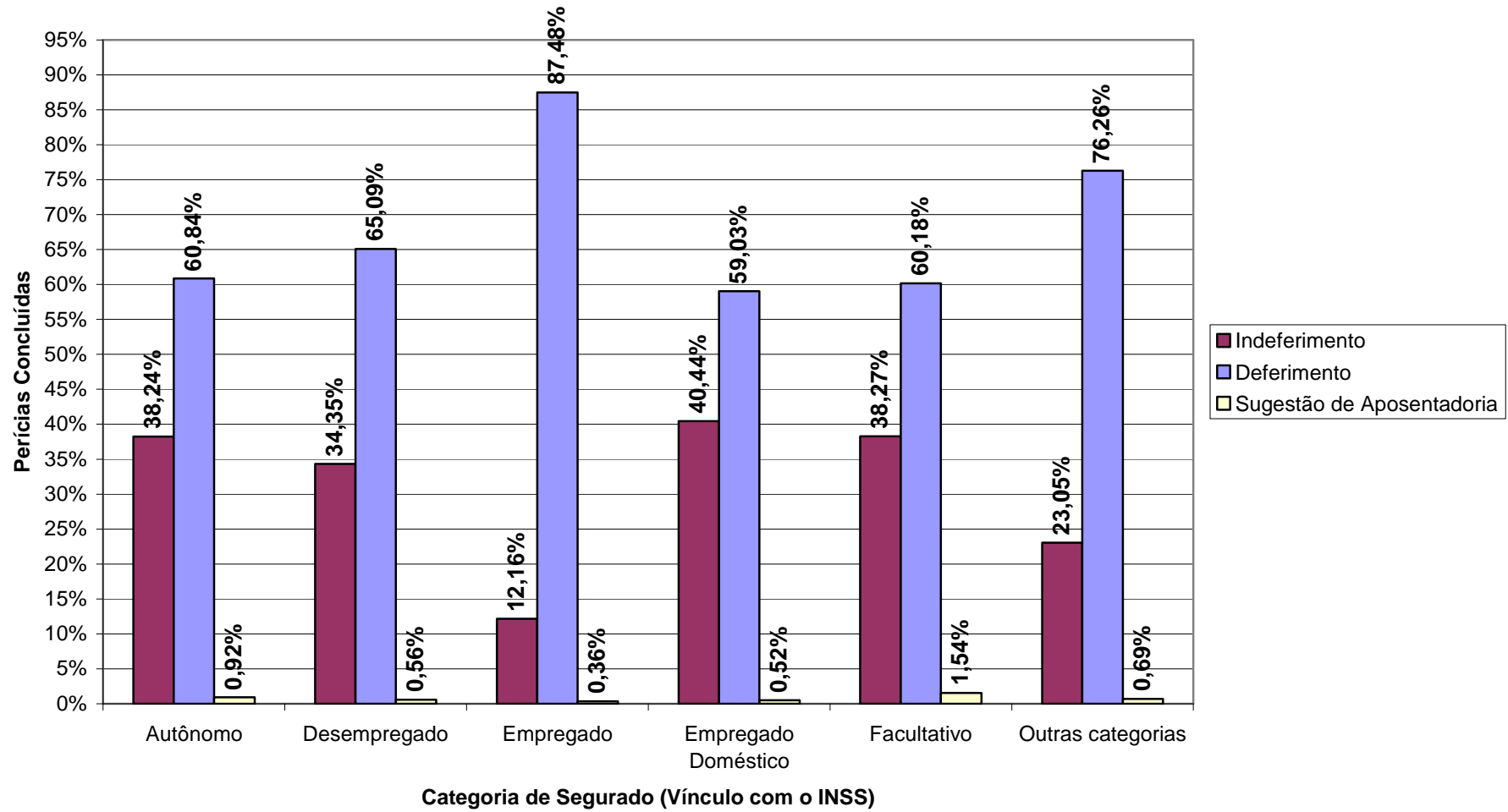


GRÁFICO-12 – Número de Perícias Ambulatoriais de Ax1 com Registro no Diagnóstico Principal de Transtorno Psiquiátrico Realizadas na Gex/JF ao Longo do Período Avaliado

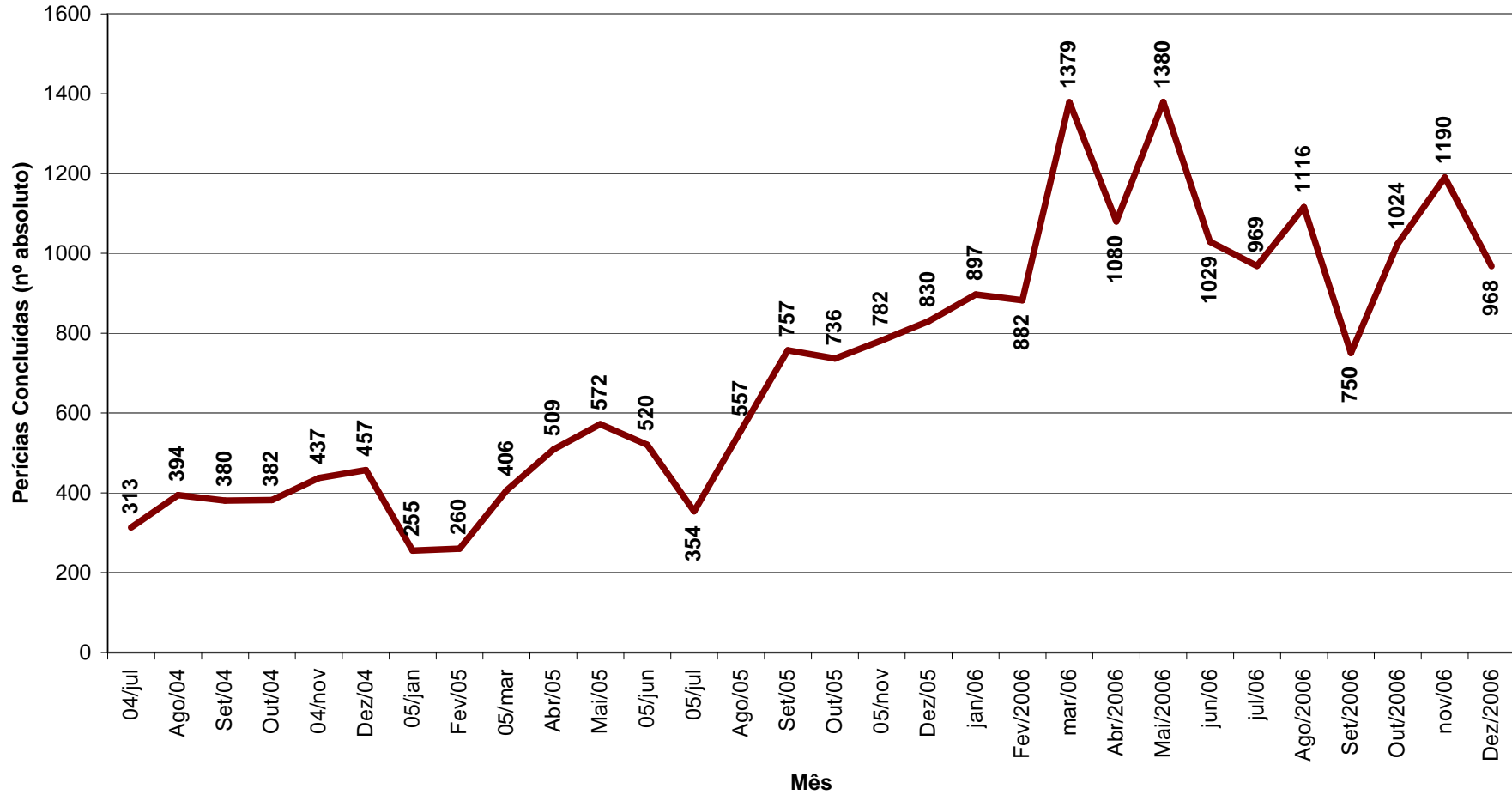


GRÁFICO-13 - Tipo de Conclusão das Perícias Ambulatoriais de Ax1 com Registro no Diagnóstico Principal de Transtorno Psiquiátrico Realizadas na Gex/JF entre Julho/2004 e Dezembro/2006: Distribuição por Categoria de Perito Médico

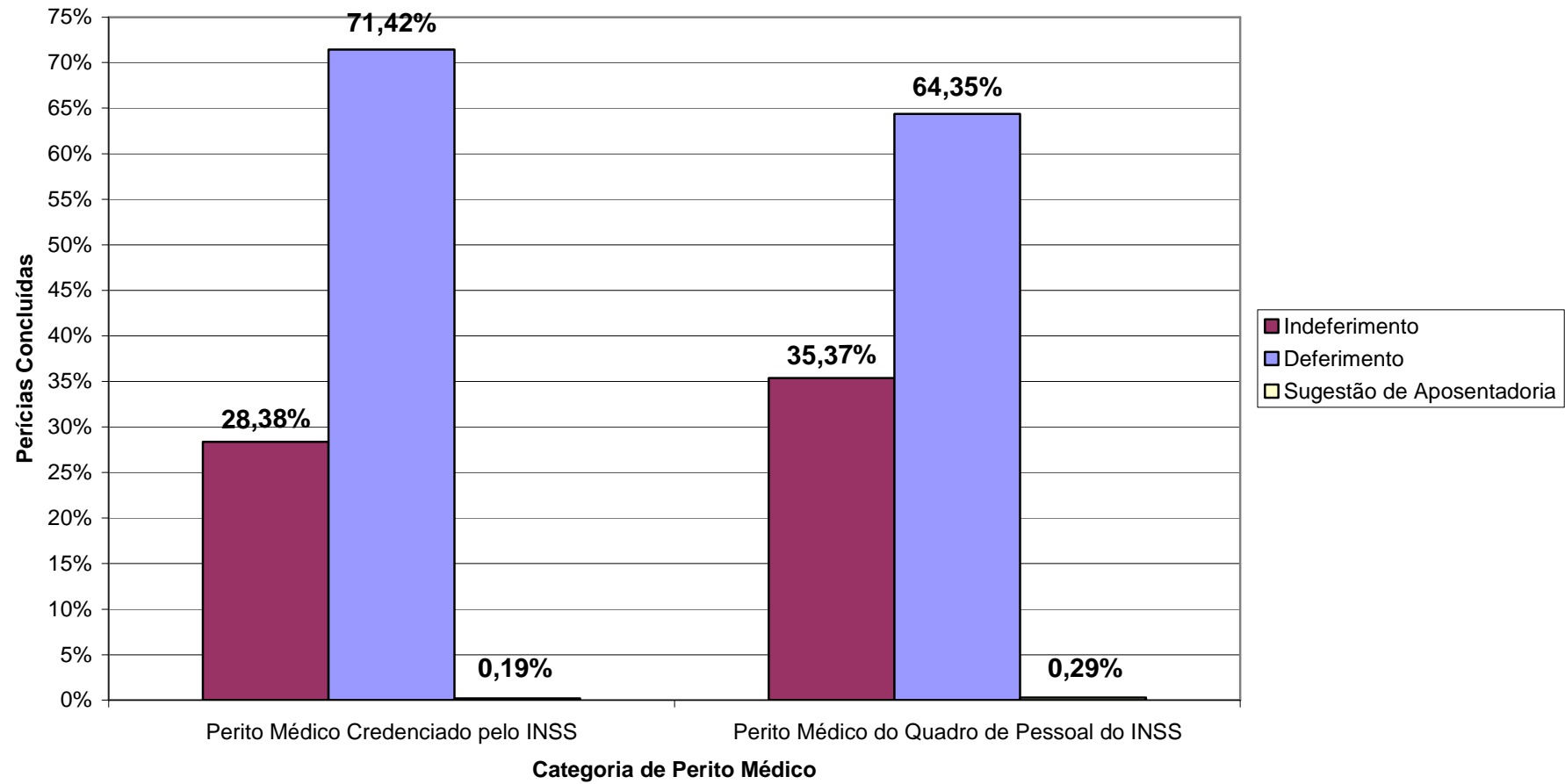
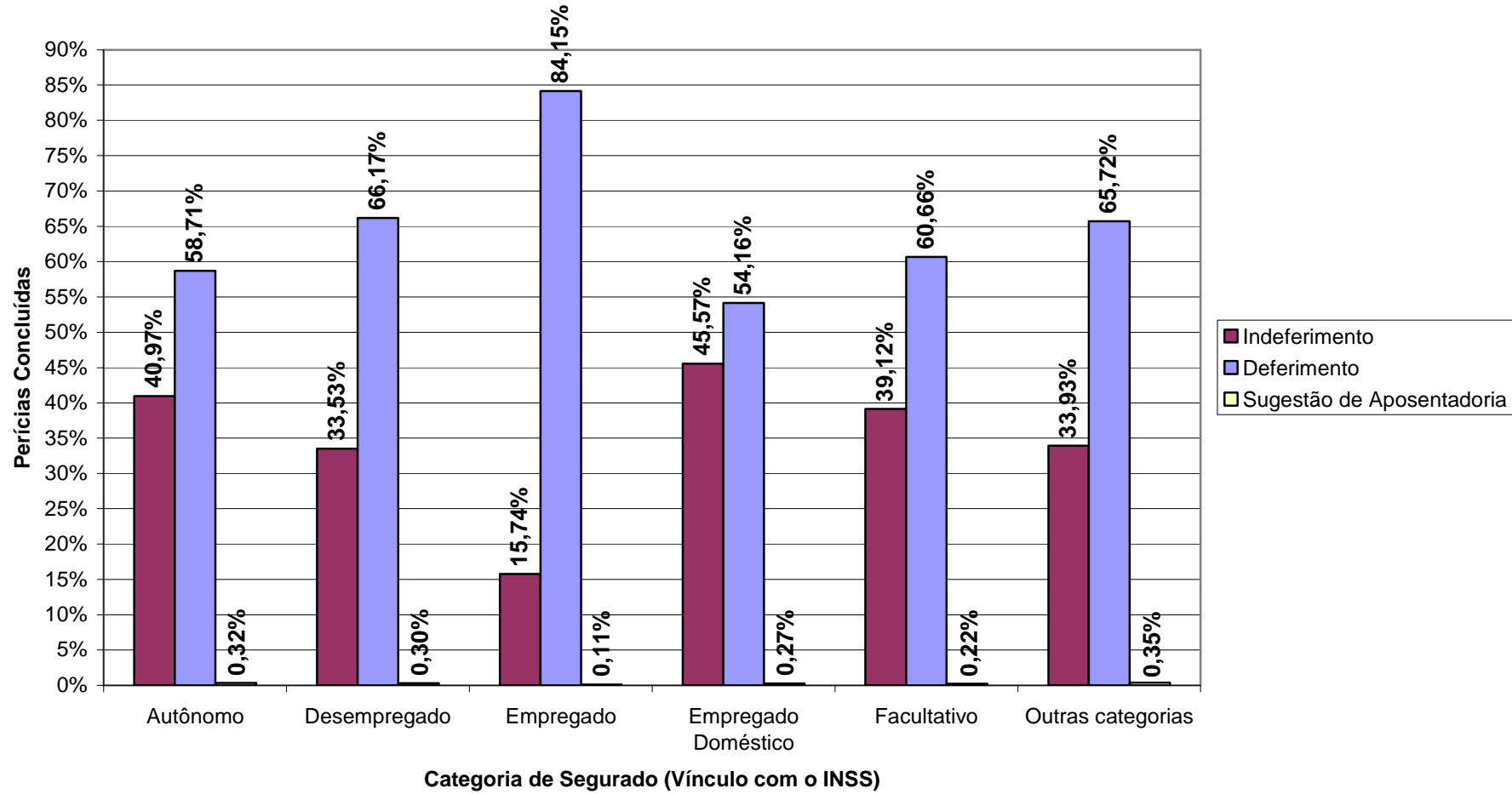


GRÁFICO-14 - Tipo de Conclusão das Perícias Ambulatoriais de Ax1 com Registro no Diagnóstico Principal de Transtorno Psiquiátrico Realizadas na Gex/JF entre Julho/2004 e Dezembro/2006: Distribuição por Categoria de Segurado do INSS



APÊNDICE B – PRODUÇÕES CIENTÍFICAS RELACIONADAS

- 1- “Categorias de segurados da Previdência Social e tipos de conclusão das perícias ambulatoriais em exames iniciais na Gerência Executiva do INSS de Juiz de Fora – MG entre julho de 2004 e dezembro de 2006”:
 - a) Pôster apresentado no 1º Congresso Brasileiro de Perícia Médica, em maio de 2007, em Salvador – BA;
 - b) Tema livre apresentado na X Semana Científica da Faculdade de Medicina da UFJF e XVIII Semana Científica do Hospital Universitário da UFJF, em setembro de 2007, em Juiz de Fora – MG.

- 2- “Exames iniciais concluídos em perícias ambulatoriais na Gerência Executiva do INSS de Juiz de Fora – MG entre julho de 2004 e dezembro de 2006: dados quantitativos relacionados às Agências da Previdência Social, aos diagnósticos dos segurados e ao vínculo dos peritos médicos com o INSS”:
 - a) Pôster apresentado no 1º Congresso Brasileiro de Perícia Médica, em maio de 2007, em Salvador – BA;
 - b) Tema livre apresentado na X Semana Científica da Faculdade de Medicina da UFJF e XVIII Semana Científica do Hospital Universitário da UFJF, em setembro de 2007, em Juiz de Fora – MG.

- 3- “Transtornos psiquiátricos e Previdência Social: análise descritiva de perícias concluídas entre julho de 2004 e dezembro de 2006 na Gerência Executiva do INSS de Juiz de Fora – MG”:
 - a) Pôster apresentado no XXV Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em outubro de 2007, em Porto Alegre – RS;
 - b) Resumo publicado no Suplemento Especial da Revista Brasileira de Psiquiatria (volume 29, página S32, 2007).

- 4- “A importância da correta fixação da Data do Início da Incapacidade”:
 - a) Texto publicado na Revista ANMP em Foco nº 06 (de abril/maio de 2008).

- 5- “Perfil previdenciário e sócio-demográfico dos segurados do Instituto Nacional do Seguro Social requerentes de Auxílio-doença apresentando transtornos mentais”:
 - a) Pôster apresentado no XXVI Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em outubro de

- 2008, em Brasília – DF;
- b) Resumo publicado no Suplemento Especial da Revista Brasileira de Psiquiatria (volume 30, página S14, 2008).
- 6- “Mudanças no perfil de concessão de benefícios por incapacidade a segurados do Instituto Nacional do Seguro Social apresentando transtornos mentais”:
- a) Pôster apresentado no XXVI Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em outubro de 2008, em Brasília – DF;
- b) Resumo publicado no Suplemento Especial da Revista Brasileira de Psiquiatria (volume 30, página S13, 2008).
- 7- “Perfil diagnóstico dos segurados do Instituto Nacional do Seguro Social requerentes de Auxílio-doença apresentando transtornos mentais”:
- a) Pôster apresentado no XXVI Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em outubro de 2008, em Brasília – DF;
- b) Resumo publicado no Suplemento Especial da Revista Brasileira de Psiquiatria (volume 30, página S13, 2008).
- 8- “Relevância dos transtornos mentais entre as perícias médicas de requerentes de Auxílio-doença na Gerência Executiva do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) de Juiz de Fora – Minas Gerais”:
- a) Artigo aprovado para publicação no Fascículo 04, Volume 34 (2008), da HU-Revista.
- 9- “Análise descritiva de exames periciais iniciais de segurados do Instituto Nacional do Seguro Social apresentando transtornos mentais”:
- a) Artigo em avaliação (3ª rodada) para publicação na HU-Revista, após revisão.
- 10- “Influência de alterações normativas da Previdência Social sobre o perfil de concessão de Auxílio-doença relativo a transtornos mentais”:
- a) Artigo aprovado para publicação na Revista Ciência & Saúde Coletiva. Disponível para acesso em:
<http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=2878>.