

AS FUNÇÕES DA PERÍCIA OFICIAL EM SAÚDE NO ÂMBITO DO SIASS: UMA VISÃO DOS PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS¹²

The functions of the health examination in the SIASS: a point-of-view of the professionals involved

Vivian Heringer Pizzinga³ 

Centro Federal de Educação Tecnológica Celso Suckow da Fonseca
Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.⁴

Rafaela Teixeira Zorzanelli⁵ 

Universidade Estadual do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

Resumo

O presente artigo visa examinar a função da perícia oficial em saúde no âmbito do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal (SIASS) a partir da visão de seus praticantes, ou seja, dos que estão envolvidos direta ou indiretamente na atividade de periciar trabalhadores que apresentam algum tipo de incapacidade para o trabalho assim como necessitam de enquadramento em dispositivos legais no trabalho (afastamentos, redução de carga horária, entre outros). Para isso, utilizou-se metodologia qualitativa por meio de análise de 32 entrevistas semi-estruturadas e em profundidade, realizadas ao longo de 2019, com equipe multiprofissional (médicos, odontólogos, psicólogos, assistentes sociais e fisioterapeuta de 5 instituições federais de ensino do Estado do Rio de Janeiro). A análise do material utilizou o *software* de análise qualitativa Atlas.ti para organização e categorização das unidades analíticas encontradas nas entrevistas. Dentre os achados, destacamos: 1) funções da perícia; 2) a suspeita como princípio; e 3) dilemas em relação ao trabalho pericial. Ao final, analisamos também a categoria relacionada à aposentadoria por invalidez, referente a outro eixo temático.

Palavras-chave: Perícias em Saúde; Servidor Público Federal; funções da perícia.

¹ Editora responsável pela avaliação: Prof.^a Dr.^a Karine Vanessa Perez e Prof.^a Dr.^a Liliam Deisy Ghizoni.

² Copyright© 2021 Pizzinga *et al.* Este é um artigo em acesso aberto distribuído nos termos da Licença Creative Commons. Atribuição que permite o uso irrestrito, a distribuição e reprodução em qualquer meio desde que o artigo original seja devidamente citado.

³ vivianhp@globo.com

⁴ Rua R. Gen. Canabarro, 485 - Maracanã, Rio de Janeiro – RJ, CEP: 20271-204.

⁵ rtzorzanelli@gmail.com

Abstract

This article aims to examine the official health examination function in the *Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal (SIASS)* from the point of view of its practitioners, namely the persons who are directly or indirectly involved in the activity of examining workers who are eligible for removal from their job functions as well as workers who need work legal framing (licenses, workload reduction, among others). For such purpose qualitative methodology was used through the analysis of 32 semi-structured and in-depth interviews, carried out in 2019, with a multi-professional team (doctors, dentists, psychologists, social workers and one physiotherapist) at 5 federal educational institutions in the State of Rio de Janeiro. The information gathered has been analyzed by means of a qualitative data analysis software, Atlas.ti, so as to organize and categorize the analytical units obtained in the interviews. Among the results, we highlight: 1) examination health functions; 2) suspicion as a principle; and 3) dilemmas with regards to the examination health work. At the end, ‘disability retirement’, a category regarding another thematic axe, was also analyzed.

Key-words: Health examination; Federal public servant; examination health functions.

Introdução

O trabalho, quando chega ao ponto de encetar o adoecimento do trabalhador, ou quando é o lugar onde isso se dá, encontra na situação de perícia médica o momento oficial da avaliação da legitimidade desse adoecimento. Trata-se, portanto, a perícia médica, de uma ocasião de grande importância na vida do trabalhador, especialmente quando seu objeto de avaliação são doenças crônicas, afastamentos longos ou recorrentes, ou quando há necessidade de uma mudança significativa de local de trabalho ou das próprias funções exercidas, para citar alguns exemplos⁶. A decisão do perito ou da junta oficial pode mudar toda a vida do trabalhador: desde uma aposentadoria por invalidez precoce até o recebimento de um diagnóstico⁷, que, pelo fato de possuir “força performativa” (Bezerra Jr., 2014, p. 15), gera desdobramentos psíquicos e sociais que não são desprovidos de repercussão. Ademais, os casos de licenças por sofrimento mental e sua relação com o contexto de trabalho trazem ainda maior complexidade para o momento pericial, pois podem envolver, além do sofrimento que lhe é inerente, estigma, desconfiança e mudanças drásticas de vida e trabalho.

⁶Há outras avaliações realizadas nas perícias, como situações de isenção de imposto de renda, por exemplo, mas este trabalho busca focar processos de saúde-doença no trabalho.

⁷ A perícia não é propriamente o lugar de fazer diagnósticos, mas eles não deixam de acontecer, em alguns casos, conforme relatam os sujeitos entrevistados, sobretudo se há discordância do raciocínio clínico do médico assistente e o perito avalia que há risco de morte para o periciado.

Encontrando-se em uma situação de avaliação, o periciado deve se esforçar para comprovar a legitimidade de sua condição através de relatos coerentes, documentos e laudos, isto é, evidências objetivas e aceitáveis de sua doença. O perito, por seu turno, estabelecerá, através dos meios de que dispõe, a legitimidade do adoecimento e, mais ainda, poderá identificar, quando houver, a existência donexo causal/concausal⁸ com a atividade laboral. Mas cabe perguntar: o que de fato a perícia avalia? O que, exatamente, ela mede?

Illich (1975), em sua crítica ao que chamou de “colonização médica da vida” e ao monopólio profissional dos meios de tratamento (p. 6), já apontara que cabe à profissão médica o poder de decidir quais dores podem ser consideradas autênticas e quais as que seriam imaginadas, simuladas e, portanto, não legitimadas. Nesse mesmo viés, Szasz (1956), ao problematizar o conceito de *malingering* e suas possíveis acepções de, por um lado, simulação de sintomas ou doenças e, por outro, de um diagnóstico psiquiátrico, identifica o poder social do médico, uma vez que lhe cabe decidir comportamentos que são recompensados e comportamentos que, ao contrário, são punidos, carregando, o médico, a função de árbitro de um jogo cujas regras são sociais. Ou ainda, como sinaliza Codo, o perito “coloca *sub judice* a dor do outro”, e, ao desconfiar de seu paciente, não cuida, não cura, sendo, concomitantemente, um “antimédico” (Codo, 2013, p. 24). Sobre o papel do médico e a relação mais específica com a prática pericial, Illich aponta ainda a má definição desse papel, ao assinalar a mistura, promovida pelas profissões da área de saúde, entre serviços clínicos, medicina científica e gerência técnica da saúde pública, na qual, neste último caso, os pacientes são transformados “em administrados, cuja saúde é assumida por uma burocracia médica” (Illich, 1975, p. 59). Desse modo, levando-se em consideração o que Illich chamava de “gestão técnica das sensações, das experiências e do porvir individuais” (p.116), pergunta-se como os profissionais de saúde, e mais especificamente os peritos médicos, entendem a prática pericial?

Sendo a perícia, também no âmbito do SIASS⁹, responsável pelo afastamento do servidor para tratar a saúde, ou por conceder ou não horário especial, referente a servidores que têm algum tipo de deficiência ou acompanham familiares com doenças crônicas, ou pela decisão quanto à isenção de imposto de renda motivada por presença de doença especificada em lei, entre outras situações, a presente pesquisa teve como foco as percepções e práticas dos

⁸O nexo concausal surge junto ao nexo causal, noção pela qual se pode identificar que, ao lado de fatores causais extralaborais na produção do adoecimento, encontra-se ao menos uma causa que se relaciona à execução do trabalho (Oliveira, 2011, citado em Maeno, 2018, p. 116).

⁹No SIASS, a perícia médica, como será visto adiante, adquire o nome ‘perícia em saúde, pelas razões que serão comentadas. Elas serão aqui designadas dessa forma doravante.

profissionais envolvidos nessa função, procurando ressaltar alguns aspectos específicos que foram relevantes nas falas dos entrevistados, como desconforto em relação à função de perito, as concepções sobre quais seriam as funções da perícia (o que envolve a visão sobre os periciados), a suspeita como princípio, além de uma temática que se apresenta como limite, entre outras, para a perícia, qual seja, a aposentadoria por invalidez. Assim, a proposta deste artigo é, a partir de alguns trechos selecionados de tais entrevistas, examinar algumas das funções atribuídas às aqui chamadas perícias em saúde (tal como nomeado pelo Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal – SIASS) por alguns médicos e odontólogos peritos e outros profissionais de saúde que constituem a chamada equipe de suporte à perícia, no âmbito do poder executivo federal. Diferente da perícia médica, a perícia em saúde pressupõe um trabalho interdisciplinar, em que os peritos médicos e odontólogos são os que têm o poder legal de emitir laudos e decisões, mas que trabalham – espera-se – em parceria com profissionais de outras áreas de saber.

Este estudo é derivado de tese de doutorado que buscou examinar, através de entrevistas, experiência etnográfica em congresso e análise dos documentos normativos do SIASS, algumas funções atribuídas às perícias em saúde e sua forma de realização nas unidades em que acontecem, o que levou à reflexão sobre valores e princípios aí incluídos e possuem rebatimentos nas práticas que os profissionais exercem no dia a dia do ofício pericial. Acredita-se que a compreensão sobre qual seja o papel do perito em saúde e a função de seu ofício junto aos servidores no cenário pericial ajude a compreender a maneira como as práticas periciais, no contexto específico aqui escolhido, se aproxima ou se distancia dos princípios da Saúde do Trabalhador e, de igual forma, em que medida dialoga ou se alia a uma gestão de natureza gerencial (que, no meio privado, poderia ser concebida como sendo uma aliança patronal).

As perícias em saúde e o SIASS

As Unidades SIASS não visam exclusivamente realizar perícias em saúde, mas também ações de saúde do trabalhador, ainda que os princípios teóricos que aparecem nos textos sobre essa Unidade muitas vezes mostrem-se híbridos e se confundam com o viés teórico da saúde ocupacional (Machado, 2015). Um dos princípios básicos do campo de saúde do trabalhador é o afastamento das práticas da medicina do trabalho e da saúde ocupacional, que, ao investigarem o adoecimento no contexto laboral, colocam ênfase em aspectos puramente químicos, físicos e/ou biológicos, deixando de lado os determinantes sociais e os processos vinculados à própria organização do trabalho, fatores que podem ter estreita ligação com o

processo de saúde-doença do trabalhador (Lacaz, 1997; Minayo Gomez, 2011). Neste sentido, é possível dizer que há uma aproximação da saúde do trabalhador com o campo das diversas clínicas do trabalho, que, segundo Bendassolli e Soboll (2011), seriam “um conjunto de teorias que têm como foco de estudo a relação entre trabalho e subjetividade” (p. 3), e que, apesar de diferenças epistemológicas e metodológicas, guardam em comum a preocupação com a vulnerabilização dos sujeitos e dos coletivos profissionais” (p. 15).

Como aponta Machado (2015), o primeiro órgão de atenção à saúde do servidor no âmbito federal foi o Sistema Integrado de Saúde Ocupacional do Servidor Público Federal (SISOSP), que surge a partir do Decreto 5.961, de 6 de novembro de 2006, e que, como bem observa o autor, orienta-se pelas diretrizes da saúde ocupacional. Segundo Machado, há um “caráter uniformizador das práticas” (p. 78), que pode ser visto tanto a partir da definição de sua finalidade quanto da descrição das atribuições do órgão, entre as quais se encontram a “realização de procedimentos ambulatoriais relativos a doenças ocupacionais”, o “gerenciamento dos prontuários médicos de saúde ocupacional dos servidores” (Decreto 5.961/2006), entre outras que se centram nos fatores ambientais do trabalho. A substituição do SISOSP pelo SIASS, com o Decreto-Lei 6.833, de 29 de abril de 2009, trouxe mudanças importantes, dado que seu texto jurídico procura definir alguns conceitos que servem de guia para as práticas (Machado, 2015), não havendo menção à saúde ocupacional. Por outro lado, complementando o Decreto, em 10 de agosto de 2012, é publicada a Portaria número 1.397, que estabelece a cooperação técnica entre instituições públicas federais para a formação de Unidades SIASS. Tal cooperação tem como objetivo “a execução de ações e atividades de prevenção aos agravos, de promoção e acompanhamento da saúde dos servidores e de perícia oficial” (Portaria 1.397, Art. 2º, 2012).

Nesse documento, há a listagem de competências do SIASS, destacando-se, entre outras, a primeira, em seu artigo 12: “realizar perícia oficial, médica e odontológica, com o objetivo de avaliar o estado de saúde do servidor para o exercício das atividades laborais” (Portaria 1.397, Art. 12, 2012). Não se pode deixar de notar que, apesar de a realização da perícia vir em primeiro lugar na listagem, há, a seguir, a menção à intervenção nos “fatores causadores de adoecimento dos servidores, tanto nos aspectos individuais como nas relações coletivas, no ambiente de trabalho” (idem). O apontamento das relações coletivas e do ambiente de trabalho como possíveis causadores de adoecimento é um avanço face ao paradigma do Sistema Integrado de Saúde Ocupacional do Serviço Público Federal (SISOSP).

No que concerne à perícia oficial em saúde do SIASS, o médico e o odontólogo peritos são os responsáveis por constituir perícias singulares ou juntas oficiais para avaliar pleitos em

saúde do servidor público federal, como licença médica e outras já citadas. O SIASS preconiza a presença de outros profissionais de saúde, como assistentes sociais e psicólogos, que compõem a equipe de suporte à perícia, cuja missão é avaliar os casos que se relacionam às suas áreas de atuação para oferecer subsídios à decisão médica. No entanto, não são todas as instituições federais com SIASS que seguem à risca a orientação de ter profissionais oriundos de outras áreas para composição de equipe multidisciplinar. Ressalte-se que, no caso das entrevistas realizadas nesta pesquisa, das cinco instituições, uma não possuía esses profissionais ligados à perícia e os médicos peritos não sentiam falta dessa parceria profissional.

Um dos principais documentos do SIASS é o Manual de Perícia Oficial em Saúde do Servidor Público Federal (2017), constituindo-se como uma espécie de guia de conduta dos trabalhadores de perícia, além de trazer conceituações diversas. O documento é extenso, mas um dos pontos que vale abordar encontra-se na seção sobre a ética profissional do perito e da equipe, em que são apontados os interesses sociais que devem orientar o trabalho dos peritos, cujo papel é assegurar os direitos do servidor e também “defender a APF [Administração Pública Federal]” (idem). Numa consulta breve ao Dicionário Caldas Aulete *online*¹⁰, o primeiro significado refere-se a “proteger-se de ataque”. A escolha do verbo ‘defender’ indica a possibilidade de que a APF esteja sujeita a ataques, evidenciando uma possível relação com o entendimento que os peritos podem construir da função pericial, o que será discutido adiante.

Considera-se também relevante a parte do Manual que se dedica à relação do perito com o servidor, trecho que leva à demarcação de fronteiras que separam as atividades de cuidado e as atinentes ao ato pericial. O objetivo relacionado ao tratamento de saúde, segundo o Manual, se distancia do objetivo da perícia, dado que, no primeiro caso, supostamente, o paciente escolhe o profissional de modo espontâneo e teria todo o interesse de relatar ao médico tudo relacionado à sua enfermidade. Haveria, nesse caso, “um clima de mútua confiança e empatia” (p.4). No polo oposto, há a descrição da relação entre perito e periciado, em que se escolhe partir do pressuposto de que “pode haver mútua desconfiança. O periciado tem o interesse de obter um benefício, o que pode levá-lo a prestar, distorcer ou omitir informações que levem ao resultado pretendido e o perito pode entender que existe simulação” (p.4). Relacionando-se com este ponto, há passagens anteriores em que o texto do Manual aponta a importância da imparcialidade do perito, com ênfase nas possibilidades de engano e simulação que o profissional poderá encontrar por parte do periciado. A preocupação com a desconfiança se verifica logo adiante no mesmo texto, quando assinala que cabe ao perito “uma escuta que deve

¹⁰ <http://www.aulete.com.br/defender>

ir além do que verbaliza o periciado na tentativa de desvendar o que não foi revelado” (p. 4), sendo que deve “estar atento para identificar simulações” (p. 5). Como dito anteriormente, há outros aspectos importantes no Manual de Perícia, mas neste artigo será priorizado o destaque a esses dois pontos por sua relação com a atitude do perito diante do periciado.

Método

Esta pesquisa teve seu projeto submetido ao comitê de ética do Instituto de Medicina Social (IMS/UERJ), e o parecer consubstanciado favorável sob número 3.625.925. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas e em profundidade, com 32 profissionais de saúde, ao longo de 2019. A partir do reconhecimento de que as equipes eram multiprofissionais, decidiu-se contemplar ao máximo as diferentes especialidades envolvidas nas entrevistas, tendo-se com isso, vinte médicos/as, quatro psicólogos/as, quatro assistentes sociais, três odontólogos/as e um/a fisioterapeuta. Tais profissionais estavam lotados em 5 instituições federais de ensino do Estado do Rio de Janeiro, escolhidas por apresentarem pessoas conhecidas da pesquisadora principal que facilitariam o contato com outros servidores ligados às perícias em saúde, oferecendo mais chances de viabilizar a pesquisa. Cabe acrescentar que as cinco instituições guardam a característica de serem instituições de ensino da rede federal, possuindo servidores situados em dois tipos de carreiras: a dos docentes e a dos técnicos-administrativos em educação (neste caso, de nível médio e superior, a depender do cargo), isto é, os servidores periciados, em todas elas, pertencem a uma estrutura semelhante, preservadas suas peculiaridades institucionais. Essas duas grandes carreiras da rede federal de educação trazem importantes vivências institucionais aos servidores e podem ter influência em situações de adoecimento, uma vez que os conflitos de poder e de prestígio também se ligam e elas.

Em um primeiro contato, a pesquisadora apresentou-se a seis instituições com o convite para participarem e cinco aceitaram. A pesquisadora principal entrou em contato com as chefias imediatas dos SIASS de cada instituição, ou com os comitês de pesquisa, através de protocolo, apresentando a proposta da pesquisa e a solicitação de anuência. Quanto à amostra de profissionais selecionada, ela traduziu a heterogeneidade das equipes do SIASS e de cada instituição, na medida em que há mais médicos do que os demais profissionais que compõem as equipes multiprofissionais. Ademais, a presença de odontólogos também não é regular e apenas uma instituição contava com fisioterapeuta. Além disso, os médicos têm formação original diferenciada, tendo sido entrevistados pediatras, neurologistas, endocrinologistas, psiquiatras, obstetras, oncologistas, clínicos gerais e outros. A proposta esclarecia que as

informações, obtidas através de gravações para transcrição posterior, manteriam os dados pessoais anônimos, e sua divulgação, de forma coletiva, e não individual, seria feita de maneira a que o entrevistado não pudesse ser identificado. Após a aprovação do projeto pelo CEP, a pesquisadora principal entrou em contato com as instituições, indo até elas e apresentando a proposta às respectivas chefias ou com alguns trabalhadores com os quais tinha contato prévio. A partir daí, o processo se deu de forma diferenciada de acordo com cada instituição: em algumas, as chefias partilharam com seus funcionários o projeto e aqueles que quiseram foram entrevistados, organizando as entrevistas ou delegando a um dos servidores a organização dessas entrevistas, ao passo que em outras novos contatos foram feitos através do método bola de neve, quando então a pesquisadora obtinha o contato de algum dos profissionais, marcava separadamente e ia até o local de trabalho realizar a entrevista. As entrevistas foram transcritas e apagadas.

Para a análise do material e organização das unidades temáticas, utilizou-se o *software Atlas.ti*, que, no caso desta pesquisa, facilitou o manejo das categorias de análise e o acesso, por parte das pesquisadoras, aos dados reunidos. As entrevistas tiveram como temas principais as diferenças entre a prática do profissional na perícia e em outros contextos, as dúvidas que o profissional encontra no cotidiano prático de sua função e as formas que utiliza para saná-las, a relação do profissional entrevistado com a equipe multiprofissional, a função de perícia tal como ela é entendida pelo entrevistado, sua trajetória profissional até a chegada ao SIASS e sua avaliação da função da perícia em relação ao órgão federal, em relação ao trabalhador periciado, e em relação às suas expectativas em relação à função.

A partir da leitura exhaustiva das transcrições, foram constituídos diversos eixos analíticos, que funcionavam como unidades temáticas e que foram úteis para lançar hipóteses, compreender, mapear as percepções, os valores e as ideias dos profissionais entrevistados sobre os temas acima descritos. O software de análise qualitativa permitiu que, para cada entrevista, fossem criados “códigos” que facilitaram em muito a organização dessas unidades de sentido, norteadas pelo princípio da análise de conteúdo (Bardin, 1979). Optamos por apresentar nos resultados algumas das unidades de sentido que mais se destacaram nas falas dos entrevistados.

Resultados

Com base nos eixos temáticos mencionados na seção anterior, foram constituídas categorias analíticas e algumas delas serão priorizadas neste artigo, quais sejam: “Funções da perícia”, “A suspeita como princípio” e “Dilemas em relação ao trabalho pericial”. Ao final,

também será analisada a questão da aposentadoria por invalidez, que não se encontra nessas categorias analíticas, mas que faz parte de uma das situações limites para a perícia, também reunidas com a análise das transcrições.

Funções da perícia

A categoria referente às funções da perícia inclui uma ampla gama de definições, menções e questionamentos a possíveis objetivos da perícia. Ela diz respeito, grosso modo, ao papel que deve ser cumprido pela equipe e/ou por cada profissional, e a forma como cada entrevistado compreende essa função, suas debilidades, seus alcances. São frequentes as falas que remetem a função da perícia, prioritariamente, à mediação de conflitos ou à mediação entre os interesses da instituição e os do servidor.

Utilidade acho que é justamente essa, tentar mediar uma necessidade de um indivíduo e uma necessidade de uma instituição, que é o grande desafio da perícia, você tentar acertar isso, equacionar [...] (Médico 1).

A ideia de “equacionar” necessidades que se originam de polos opostos – servidor de um lado, instituição de outro – é frequente, mas há também relatos que pautam a função de mediação da perícia para negá-la, no sentido de que são endereçadas ao perito situações referentes a conflitos de poder dentro da instituição que, todavia, não seriam ‘médicas:

(...) acho difícil o trabalho do perito na razão desse problema (...) de canalizar pra perícia médica às vezes problemas que não são necessariamente médicos, tipo conflitos de chefias... então deságua aqui no serviço, na perícia, conflitos... que a pessoa fica insegura, com fobia, aí entra todo o aspecto comportamental e aí se afasta, não por uma razão exclusivamente médica, então (...) nós deveríamos ter um serviço de atendimento a esses conflitos, (...) que a gente pudesse aqui tratar só de causas médicas, e não de afastamentos por motivos outros (...) determinado bullying, determinada perseguição [...] (Médico 2).

Encontrou-se também a ideia de que a função equivale à justiça, no sentido de que a perícia irá julgar a legitimidade de uma demanda:

[...] quando você tá fazendo uma perícia, você tá ali para julgar aquela pessoa, então já é um outro tipo de relacionamento (Médica 3).

Essa fala se encaixa na diferenciação entre a função de assistência da medicina e a função pericial, atualizando a demarcação de fronteiras apontada pelo Manual de Perícia.

Há, por outro lado, diversas falas que situam a função da perícia como algo que se refere à lei, em que a perícia tem a função de “enquadramento legal”, já que faria cumprir a lei:

[...] como a minha supervisora disse, ‘vamos enquadrar’, porque a gente não dá benefício, a gente enquadra o periciando na lei, então nós andávamos com decreto debaixo do braço, porque era nossa consulta, nós enquadramos o periciando na lei, (...) vamos ser justos para não conceder a quem tá forjando aquele quadro, então é isso que foi muito importante, a justiça em si, como ela dizia, ‘é dinheiro público, é dinheiro meu, é dinheiro seu, é dinheiro de todos nós aqui que estamos financiando um benefício que não era pra ter’, então essa justiça, esse critério de justiça pra mim foi muito importante (Médica 4).

No entanto, o “enquadramento legal” não seria necessariamente algo simples como receber uma demanda, encaixá-la na lei a partir da consulta a um decreto e emitir um laudo. Pelo contrário: a depender da situação que chega aos profissionais, trata-se da avaliação de casos impregnados de complexidade, como adoecimentos relacionados a situações assediadas ou à própria organização do trabalho ou ainda a questões político-institucionais diversas.

Enquadrar, no trecho da médica 3, é legislar a favor do Estado, e esse tema recorre na fala de outro entrevistado ao demonstrar sua discordância em relação a essa suposta função da perícia:

Nós somos fiscais do Estado”. E aí ele fala que a gente tem que ficar atento o tempo inteiro à questão da legislação porque nós somos fiscais do Estado, então é como se a gente fosse... tivesse que... legislar a favor do estado? Ou agir do ponto de vista médico a favor do Estado? Eu particularmente eu não gosto disso. Eu acho que você tem que pensar no ser humano que tá ali (Médico 5).

A suspeita como princípio

A ideia de que a suspeita é um princípio norteador da atividade da perícia em relação ao periciado foi outro tema recorrente entre os resultados, o que se associa às funções de policial, de fiscal, de advogado do diabo, entre outras expressões citadas pelos entrevistados. O texto do Manual de Perícia – muito citado pelos médicos, que recorrem à publicação para tirar dúvidas –, parece mostrar-se uma fonte crucial para fomentar a atitude de desconfiança em relação ao servidor. A questão da suspeita, vinculada à da desconfiança, atualiza os achados e

apontamentos de outras pesquisas com peritos de outras esferas e instâncias. A suspeita já aparece *a priori*, como uma ideia sobre o servidor, em algumas falas:

[...] a gente não olha só o lado do paciente, a gente tem uma interface, a gente tem que olhar pelo órgão que a gente trabalha (...) e a gente tem que olhar pelo servidor. Então acho que esse olhar de... de estar numa interface, (...) torna mais rico e mais complexo, porque o servidor não tem interesse em ser honesto contigo porque ele tem um ganho secundário, então eu acho que... a gente fica mais detetive, assim... pesquisa mais, investiga mais... a gente... tem que ganhar uma certa malícia maior que na assistência não se demanda tanto [...] (Médica 6).

Aqui algumas palavras usadas pela médica sobressaem, como “detetive”, “investiga”, “malícia”, “honesto” e “ganho secundário”. Abaixo, outra médica fala da questão da desconfiança e da relação da função pericial com a justiça, mas compreendendo a desconfiança como algo que parte do periciado:

[...] eu brinco dizendo que o perito está para o servidor assim como o oficial de justiça está para a pessoa que tá atendendo na porta. Eles olham pra gente com desconfiança (Médica 7).

Os odontólogos, não obstante estejam em menor número, também são peritos de agravos no sistema bucomaxilofacial e também levantam a problemática da suspeita:

[...] por mais que a gente esteja aqui para ajudar o periciado, a gente também tá meio numa função investigativa de ver se aquela demanda dele é legítima, entendeu, então a gente parte da premissa de que realmente aquilo ali é o que ele tá precisando, tá tudo dentro dos padrões, mas você tem que averiguar, que se realmente é legítima e se é devido aquilo ali, então você tem um papel investigativo também, né, é essa... a sensação [...] (Odontólogo 1).

A entrevista traz o “papel investigativo”, que acaba por situar a perícia em um viés mais detetivesco, apesar de ter enfatizado que acredita no que o periciado traz enquanto demanda.

O trecho abaixo traz outro viés da suspeita:

[...] então a gente fica meio como advogado do diabo, que é meio diferente do médico em si, o médico tá basicamente preocupado com o paciente, com a convalescença, com o tratamento, e a gente tá mais preocupado em avaliar se o que o médico falou é adequado ou não, a gente faz essa crítica, então é uma posição, pra mim, completamente diferente do médico em si (...) é uma coisa muito técnica, muito mais

fora da medicina, não leva tanto em consideração as mazelas da pessoa, né [...] (Médica 8).

Nesse trecho, o papel do perito em saúde afasta-se da função da medicina fora desse contexto específico, exercida pelo que chama de “médico em si”.

No que se refere à desconfiança, é importante também reproduzir uma fala que traz a questão do exagero dos sintomas por parte do periciado:

[...] quando uma pessoa vai no médico, em geral, ela (...) vai tentar dizer o que ela tá sentindo da forma mais fidedigna, sabe, mais próxima do que é... (...). Na perícia, a maior parte das pessoas também faz isso, mas assim (...) Quando a pessoa vai numa perícia, a pessoa vai tentar supervalorizar os sintomas dela, não quer dizer que eles não existem, mas ela tá sendo ali avaliada por conta daquela doença, então ela acaba tentando supervalorizar (...) pra... ratificar aquilo ali que tá escrito por alguém... (...) a maior parte das pessoas é honesta e tá ali passando mal, tá doente mesmo, mas, assim, eu acho que existe essa variação (...). E a gente não consegue ter uma visão isenta. Eu acho difícil isso. Porque a gente não tem um preparo pra isso. Eu tenho um olhar clínico sobre uma perícia, e eu não deveria ter um olhar clínico, deveria ter um olhar... mais de perícia [...] (Médica 9).

Associada à suspeita, está a questão da dor e da objetividade da avaliação que ocorre na perícia e nas queixas relatadas pelos periciados:

Acho que sim. Procurando dados mais objetivos de exames (...) ou, às vezes, conversando com o médico que assiste aquela pessoa, pra gente tentar ter um olhar um pouco menos tendencioso a só o que a pessoa traz pra gente de informação, porque tem coisas que são extremamente subjetivas, dor, por exemplo, é extremamente subjetivo. A pessoa me diz que ela tá com dor, eu não tenho como desacreditar, né, mas o médico que acompanha pode dizer, “olha, tem a dor, mas a vida funcional da pessoa é normal, ela faz tudo, ela vem sozinha, não precisa de ajudar”, então eu acho que dá pra tentar algumas coisas mais objetivas, sabe [...] (Médica 9).

Apenas um médico enfatiza o enriquecimento mútuo que se dá no encontro pericial, onde há menção à horizontalidade da relação:

[...] eu acho que é... horizontalizar... porque as relações já chegam extremamente assimétricas, de partida, a relação é assimétrica, assim, “estou indo no médio perito, meu deus”, os caras fantasiam as coisas mais doidas possíveis, e aí quando ele chega aqui e vê que não [...] porque assim, ele tá ganhando, eu tô ganhando, eu tenho encontros

aqui que eu falo que são encontros maravilhosos, encontros assim de eu sair [...] sabe o que é você sair tão grato, tão feliz [...] (Médico 5).

O trecho acima, apesar de se desviar da norma da amostra desta pesquisa, parece indicar a possibilidade de um outro tipo de fazer pericial, que reconhece a relação assimétrica entre perito e periciado, mas que busca não reforçar essa característica.

Dilemas em relação ao trabalho pericial

A categoria analítica ‘Dilemas em relação ao trabalho pericial’ busca abarcar as menções relacionadas a todo tipo de situações em que o trabalho prescrito (Brito, 2011) gerou incômodo no profissional. Há alguns relatos de peritos que têm a ver com um questionamento sobre sua função, com certo estranhamento em relação ao que de fato está produzindo ao fazer perícia. O trecho a seguir espelha esse ponto:

[...] eu acho que é um trabalho difícil, que é um trabalho que às vezes a gente se sente mesmo sem saber o que tá fazendo, nesse sentido de que, cara, pra que que eu tô servindo, se eu tô aqui pra ferrar o trabalhador, eu tô aqui pra ferrar o governo, sabe, às vezes eu tenho essa sensação, que eu tô aqui pra ferrar alguém, seja o governo, seja o trabalhador, [...] e às vezes eu tô aqui só pra cumprir um protocolo, que não vai mudar muita coisa na vida das pessoas [...] (Médica 10).

O trecho selecionado abaixo evidencia o difícil posicionamento em que o profissional que avalia as demandas de perícia se encontra em relação ao servidor e à instituição:

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

Há outro excerto que mostra como o perito lida com o próprio poder de decisão a partir da realidade com a qual se depara e aquilo que está escrito na letra da lei:

[...] aí, nessa hora, ou você é o “fiscal do estado” de fato, porque você tem que andar de acordo com a lei, ou você, por ter esse poder também de, de repente, abrir mão disso, você vai ser, tipo, um Robin Hood, e vai fazer um outro relatório que é a favor daquela pessoa que você sabe que precisa diante de corrupção, o que existe nesse país [...] Nessas

horas... você fica muito, muito balançado, e nesse dia especificamente eu fiquei, porque eu olhava praquela pessoa e via a limitação, mas assim (...) tem que ser coerente... [...] se eu desse algo a favor, eu não ia dormir porque eu ficaria com crise de consciência [...] (Médico 5).

O desconforto também se apresenta enquanto percepção da incompatibilidade entre a lei e a realidade que se apresenta na avaliação da perícia em saúde. O relato abaixo ilustra essa situação, tendo a médica emitir seu laudo com a decisão pericial em cima dessa incompatibilidade:

E a primeira coisa pra enquadrar na lei é ser portador de deficiência. E aí ser portador de deficiência é uma coisa que é muito fechada dentro da lei. Então se você não se enquadra ali não tem como você dar. Mas às vezes a situação ali é mais grave do que de fato uma outra pessoa tem uma deficiência, mas que nem é uma coisa tão limitante quanto a doença crônica (Médica 11).

Há finalmente o relato que traz outro tipo de dilema que pode aparecer na rotina pericial:

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

Há aqui referência clara ao desconforto oriundo de sua percepção de que, em muitos casos, a demanda para afastamento do trabalho não tem legitimidade, embora sua motivação não envolva má fé, e sim sofrimento e, mais especificamente, sofrimento no trabalho.

Um tema limite para a perícia: aposentadoria por invalidez

A aposentadoria por invalidez é um dos temas-limite para a perícia nesta amostra analisada. O intuito não será discorrer demoradamente sobre fatores relacionados à aposentadoria, mas sim apontar como esse tema aparece nos relatos dos entrevistados.

Observando o que diz a Lei 8.112/90, sobre o Regime Jurídico Único dos Servidores Públicos Federais, o servidor pode ficar afastado para tratar a própria saúde por até 2 anos com um mesmo diagnóstico. A partir desse período, se o servidor não se encontra apto a retornar ao trabalho nem encontra a possibilidade de readaptação, ele deverá ser aposentado por invalidez. A aposentadoria por invalidez implica perda financeira importante, sendo um tema bastante

complexo, na medida em que pode trazer outros problemas à vida do servidor, como dificuldades emocionais, sentimentos de inutilidade, sem contar os próprios problemas físicos decorrentes da doença que o levou à aposentadoria. Considera-se, portanto, um problema que não é só médico, nem psicológico, nem social, e que mereceria o empenho de todos os profissionais que acompanham os casos.

Abaixo, reproduz-se uma primeira menção à temática, feita por uma assistente social, em que há o reconhecimento da complexidade do assunto:

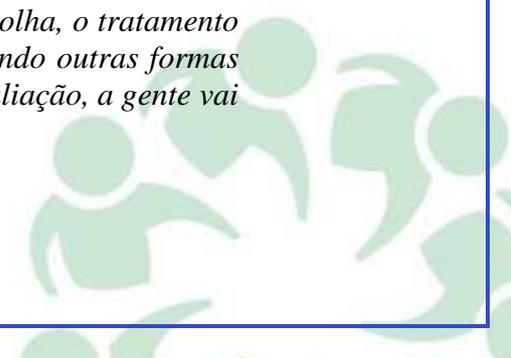
[...] eu acho que a gente deveria discutir junto, uma vez que se fizesse realmente o acompanhamento sistemático, deveria ter uma avaliação em conjunto, uma discussão, [...] principalmente se a situação de aposentadoria por invalidez, tem toda uma questão emocional, né, que não é só simplesmente médica, tem toda uma questão [...] (Assistente social 1).

Outro relato sobre o tema é feito por uma psicóloga e se destaca pelo desconforto gerado na entrevistada devido à forma de atuação dos peritos, vinculando-se também à categoria referente ao desconforto com a função:

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

No exemplo acima, o perito, na visão da profissional de psicologia, pressiona o servidor, ameaçando-o de aposentadoria se não melhorar. Na sequência, ela relata:

Porque eles falam assim “a gente tem o poder de avaliar, no máximo dois anos, mas a gente tem o poder de avaliar que, olha, o tratamento não está sendo bem sucedido, você não tá procurando outras formas de tratamento, então se nada mudar na próxima avaliação, a gente vai aposentar (Psicóloga2).



Apesar do relato reproduzido acima, há também falas de médicos que buscam evitar a aposentadoria, almejando formas de reinserir o servidor no trabalho de modo a protegê-lo de uma aposentadoria precoce, percebendo a complexidade da problemática na vida do servidor:

[...] um servidor que tem 3 anos de serviço público e assim, ganhar menos de mil reais... e ele não vai poder trabalhar fora, não vai fazer nenhum concurso público que ele tá preso ao concurso anterior onde ele foi aposentado por invalidez, se trabalhar dentro da iniciativa privada e for descoberto, ele também vai ser prejudicado(...) e aí como fica a situação dele? ... É algo a se pensar... E aí gente tem que tentar evitar o máximo possível [...] (Médico 5).

Considerações Finais

No início da pesquisa que deu origem à tese de doutorado a partir da qual este artigo surge, considerou-se a hipótese de que uma perícia mais adequada e protetiva em relação ao trabalhador deveria levar em conta alguns dos princípios da Saúde do Trabalhador, importantes no sentido de terem ampliado a concepção dos processos de saúde-doença no trabalho ao incluir as categorias de classe e processo de trabalho nessas situações. No entanto, o que se pode perceber dos relatos obtidos nas entrevistas é que, até o momento, a prática da perícia e o que é proposto em Saúde do Trabalhador ainda são incomensuráveis, no sentido de partirem de princípios diferentes, sem comunicação um com o outro. Nas entrevistas, foram encontradas diversas funções atribuídas às perícias, sendo que a minoria delas coloca o cuidado ao trabalhador como centro, havendo, ao contrário, uma constante referência à relação de suspeita entre perito e servidor. Parece-nos que uma perícia cuja prática fosse mais cuidadosa com o trabalhador avaliaria os aspectos do adoecimento relacionados à organização do trabalho e as relações de poder que estão presentes nas instituições. Ademais, saberia que as relações de trabalho, no modo de produção capitalista, são, em geral, relações de poder que tendem ao conflito e que o elo mais fraco, em geral, é o trabalhador – neste caso, o servidor público. Afinal, como lembra Chanlat, “toda organização produz relações de poder” (op. cit., 2011, p. 112), ou ainda, como aponta a psicodinâmica do trabalho, relações sociais de dominação estruturam o trabalho, o que produz desdobramentos sobre a subjetividade daqueles que trabalham (Gernet & Dejours, 2011, p. 65). Nada disso significaria ignorar possíveis falsas queixas por parte do servidor, mas sim não esperar que aconteça *a priori*. Entretanto, isso não se verifica nos relatos obtidos nesta pesquisa, e o próprio Manual de Perícia em Saúde é dúbio quanto a alguns desses pontos, ao estimular a desconfiança na relação perito/servidor, ao enfatizar que este último não

é paciente, mas periciado, e ao insistir em uma imparcialidade que julgamos incompatível com a suspeita apriorística do servidor público.

Assim, o que se constata, a partir dessa breve análise de algumas das falas dos entrevistados, é que, no âmbito da perícia oficial em saúde, é seu viés legal o que sobressai e que se mostra mais importante em relação ao viés médico ou clínico *per se*. De fato, a prática pericial apresenta-se, a partir das falas dos próprios peritos médicos, como a negação dos princípios médicos, sendo está a maneira como a perícia se legitima e se afirma. Neste sentido, não é estranho observar alguns dos conflitos expressos por parte dos entrevistados, que se sentem mal por se verem em uma função policlesca, ou que acham que estão “ferrando alguém”, o Estado ou o trabalhador.

Acrescenta-se que, quando o Manual de Perícia estabelece descrições totalmente opostas do que são as relações que se estabelecem na perícia e no tratamento, ele o faz lançando mão de aspectos que levam ao descompromisso com as noções como paciente e empatia. Esta última cede lugar à desconfiança, o conflito é o pano de fundo e ninguém problematiza. Esse é o mandato de existência da atuação pericial, fazendo com que peritos e profissionais compreendam a perícia como uma prática que serve ao Estado, às finanças do Estado, à instituição, às normas do trabalho, aos deveres do servidor, a uma dada concepção de justiça, à Administração Pública (ou seja, à gestão) e muito pouco ao trabalhador e à melhora das condições e da organização de trabalho. O valor central na perícia parece ser o da suspeição, que alcança a condição de instrumento de trabalho, e a relação é construída para que se pautem por isso e pelo distanciamento, pressupondo-se que empatia e isenção, ou empatia e justiça, sejam excludentes entre si. Entretanto, considera-se aqui que a perícia sem empatia e que a construção de um imaginário conflituoso desse ofício pode atrapalhar mais do que ajudar. O distanciamento como pressuposto, a desconfiança como instrumento e o conflito como natureza da perícia não estão a favor dessa atividade, podendo transformar o trabalho do perito em algo burocrático, beligerante e sem sentido, algo a que talvez os médicos não queiram se dedicar.

Sabemos, entretanto, que se pode tentar argumentar dizendo que, ao ouvir o periciado de forma empática, recusando-se a diretriz de distanciamento no fazer pericial, tal qual o médico cujo trecho reproduzido defende a busca da horizontalidade na relação, o perito estaria comprometendo sua capacidade de avaliação isenta dos pleitos que lhe chegam. No entanto, a ideia que norteia a argumentação deste artigo é a de que a neutralidade e a imparcialidade já são impossíveis de saída, e que ao construir um retrato de perícia como algo aprioristicamente conflituoso, em que a má fé pode estar sempre rondando, tampouco se está permitindo a

construção de uma avaliação isenta ou imparcial. Ser “advogado do diabo” não é ser isento, uma vez que todo advogado advoga para alguém e, neste caso, o cliente está explícito.

Por outro lado, quando a empatia está presente na perícia, o médico perito e os profissionais de suporte à perícia podem ouvir mais, podem querer entender melhor a problemática do servidor, o que não significa que ultrapassarão limites legais. Empatizar não é sinônimo de se iludir. É justo o contrário. O exemplo da odontóloga que fala de seu desconforto frente à impropriedade de um pleito e ao sofrimento que está na base dessa demanda imprópria ilustra essa dinâmica: a escuta que não advoga, mas que empatiza, pode propiciar um entendimento mais apurado do que motiva o servidor, do sofrimento que está na base de sua demanda que, sim, pode estar distorcida, do ponto-de-vista legal. No lado oposto, quando o olhar policialesco e a expectativa de fraude ganham mais relevo do que a indagação acerca das motivações da demanda, temos um problema: a procura demasiada por sinais de má-fé, sobretudo em queixas mais subjetivas, como as de dor e de saúde mental, pode desviar-se do motivo real que subjaz àquele pleito e até mesmo desconsiderá-lo. E pode ser que o motivo subjacente ao pleito se refira às condições e à organização do trabalho. Aqui o perito se aproxima mais do juiz, do detetive, do policial e do “oficial de justiça” do que do médico.

A questão da ‘pressão’ em relação à melhora de saúde por parte do servidor (como trazido em um dos trechos na última seção) e à aposentadoria é um exemplo da negação dos princípios médicos, no sentido de que estes buscam o alívio da dor e do sofrimento, e não se pode imaginar um médico pressionando seu paciente de consultório a melhorar logo. Se esse paciente tiver de ser acompanhado durante anos sem grandes alterações em seu quadro, no caso de doenças crônicas, isso acontecerá, sem nenhuma espécie de coação por parte do médico (espera-se). Entretanto, no contexto da perícia, o servidor que não melhora no tempo esperado pode ser pressionado.

No que se refere à categoria ‘Dilemas em relação ao trabalho pericial’, que traz múltiplas expressões do que pode ser compreendido como sofrimento no trabalho por parte do perito ou da equipe multiprofissional, a questão legal tem um papel importante. Se por um lado profissionais não médicos se queixam de que não podem decidir alguns casos que avaliam ou que seus pareceres perdem o sentido diante das decisões periciais, cabe indagar, por outro, como é para o médico perito, que tem o poder de decisão na mão, lidar com situações de injustiça, que se referem à não atualização da lei ou outros aspectos jurídicos questionáveis. Pode-se lançar mão da hipótese de que a insistência no distanciamento na relação perito/servidor, comentada nos parágrafos precedentes, pode ter a função de amenizar o sofrimento ético (Dejours, 2006) do profissional que decide sobre essas situações. Mas é possível, para além

disso, pensar em como as noções construídas sobre o que um bom perito deve fazer talvez incrementem ainda mais o sofrimento ético.

Finalmente, é interessante também perceber que, apesar de todas essas diretrizes mais ou menos claras do mandato legal e institucional (ou patronal) da perícia, há brechas nas formas de compreensão e atuação. Encontramos falas que primam por uma relação amigável e empática com o periciado, questionamentos a respeito dos malefícios da perícia e formas de encarar a função da perícia que ampliam seu escopo de atuação. Há a tentativa de não pré-julgar o servidor, mesmo que sua queixa seja improcedente, associada à busca da compreensão do que motiva tal tipo de queixa, sem um enquadramento apressado na má-fé. Trata-se da minoria dos casos na amostra desta pesquisa, mas eles existem, atuam nas frinchas do que se espera e, se potencializadas, talvez pudessem levar a uma prática de perícia menos policialesca, que colocasse o cuidado com o trabalhador no centro de suas preocupações ou, ao menos, à ampliação do debate sobre perícias médicas e perícias em saúde.



REFERÊNCIAS

- Bardin, L. (1979). *Análise de Conteúdo*. Livraria Martins Fontes Editora.
- Bezera Jr., B. (2014) A psiquiatria contemporânea e seus desafios. In: R. Zorzaneli; B. Bezerra Jr.; & J. F. Costa (orgs.) *A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea*. (Introdução, pp.9-32). Garamond.
- Brasil. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. *Manual de perícia oficial em saúde do servidor público federal*. (2017) 3.ed. / Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, Secretaria de Gestão de Pessoas e Relações de Trabalho no Serviço Público. Brasília: MP.
- Brito, J. (2011) A ergologia como perspectiva de análise: a saúde do trabalhador e o trabalho em saúde. In: C. Minayo-Gomes. (Org.). *Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea*. (Capítulo 22, pp. 479-494). Editora Fiocruz.
- Chantat, J-F. (2011) O desafio social da gestão: a contribuição das ciências sociais. In: P. F. Bendassolli, & L. A. P., Soboll. (orgs.). *Clínicas do trabalho: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade*. Atlas.
- Codo, W. (2013) O trabalho do perito. In: W. Codo (org.) *Julgar e cuidar (saúde mental do perito médico)* (Cap. 1, pp. 19-40). LTr.
- Dejours, C. (2006). *A banalização da injustiça social*. FGV.
- Gernet, I., & Dejours, C. (2011) Avaliação do trabalho e reconhecimento. In: P. F. Bendassolli, & L.A.P. Soboll (orgs.). *Clínicas do trabalho: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade* (Cap. 3, pp. 61-70). Atlas.
- Jardim, S. (2000) Perícia, trabalho e doença mental. In. *Cadernos do IPUB*, n. 2. UFRJ/IPUB.
- Illich, I. (1975) *A Expropriação da saúde: Nêmesis da Medicina*. Editora Nova Fronteira.
- Lacaz, F. (1997) Saúde dos Trabalhadores: Cenários e Desafios. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 13 (Supl. 2): 7-19.
- Machado, J. P. (2015) Saúde do servidor público federal: política, discursos e práticas prescritas. In: M. S. Coutinho; O. Furtado; & T. R. Raitz (Eds). *Psicologia Social e Trabalho [Recurso Eletrônico]: perspectivas críticas*. ABRAPSO Editora: Edições do Bosque CFH/UFSC, 64-91.
<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/129787/Book%20Psicologia%20Social%20e%20Trabalho%20pdfA.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- Maeno, M. (2018) *Perícia ou imperícia. Laudos da Justiça do Trabalho sobre LER/Dort*. [Tese de Doutorado]. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo: São Paulo.
<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6134/tde-23042018-144154/pt-br.php>
- Minayo Gomez, C. (2011) Campo de Saúde do Trabalhador: Trajetória, configuração e transformações. In: C. Minayo-Gomes. (Org.). *Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea* (Introdução, pp. 23-34). Editora Fiocruz.

Szasz, T. (1956). *Malingering: 'Diagnosis' or Social Condemnation? Analysis of the Meaning of 'diagnosis' in the light of some interrelations of social structure, value judgment and the physician's role.* *AMA Arch NeurPsych.* 76 (4): 432-443.

Contribuições das Autoras

Autora 1	Autoria do projeto de tese do qual se origina o trabalho, coleta dos dados, análise formal, conceituação, escrita – primeira redação, escrita - revisão e edição, manejo do software.
Autora 2	Conceituação, análise dos dados, escrita – revisão e edição, escrita - redação final.