

FACULDADE LABORO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
ESPECIALIZAÇÃO EM MEDICINA DO TRABALHO

SAÚDE OCUPACIONAL, PREVIDÊNCIA E SEGURADO ESPECIAL

Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário da dorsalgia entre trabalhadores rurais
maranhenses – relato de experiência em Coroatá-MA

JORGE ALBERTO AMORIM OLIVEIRA

São Luís – MA

2013

JORGE ALBERTO AMORIM OLIVEIRA

SAÚDE OCUPACIONAL, PREVIDÊNCIA E SEGURADO ESPECIAL

Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário da dorsalgia entre trabalhadores rurais
maranhenses – relato de experiência em Coroatá-MA

Proposta de TCC apresentada ao curso de especialização em Medicina do Trabalho, da Laboro – Universidade Estácio de Sá, como requisito parcial para a obtenção do título de especialista em Médico do Trabalho.

Orientadora: Prof.^a. Dr.^a. Mônica Elinor Alves Gama.

São Luís – MA

2013

Oliveira, Jorge Alberto Amorim

Saúde ocupacional, previdência e seguro especial: nexos Técnico Epidemiológico Previdenciário da dorsalgia entre trabalhadores rurais maranhenses-relato de experiência em Coroatá -MA. / . Jorge Alberto Amorim Oliveira. – São Luís, 2013.

63f.

Impresso por computador (fotocópia).

Orientadora: Prof^a Dr^a. Mônica Elinor Alves Gama.

Monografia (Pós-Graduação) – Faculdade Laboro, Universidade Estácio de Sá, Curso de Especialização em Medicina do Trabalho, 2013.

1. Saúde do Trabalhador. 2. Seguro especial. Dorsalgia. I. Título

CDU 613.9-057

JORGE ALBERTO AMORIM OLIVEIRA

SAÚDE OCUPACIONAL, PREVIDÊNCIA E SEGURADO ESPECIAL

Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário da dorsalgia entre trabalhadores rurais
maranhenses – relato de experiência em Coroatá-MA

Proposta de TCC apresentada ao curso de especialização em Medicina do Trabalho, da Laboro – Universidade Estácio de Sá, como requisito parcial para a obtenção do título de especialista em Médico do Trabalho.

Aprovado em: _____ / _____ / _____

Nota: _____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a. Mônica Elinor Alves Gama (Orientador)

2º Examinador

3º Examinador

RESUMO

O presente estudo enfatiza, com base no relato de experiência, o papel do sistema previdenciário brasileiro na análise de experiências entre trabalhadores rurais de Coroatá, no Maranhão. Para a construção argumentativa, o estudo buscou analisar os dados emitidos pelo Instituto Nacional de Serviço Social (INSS) sobre 30 trabalhadores rurais atestados na categoria de segurados especiais, que adentraram no processo de perícia da entidade como portadores de dorsalgia. O objetivo do estudo se correspondeu quanto à identificação de prevalência de trabalhadores rurais acometidos por transtornos osteomusculares característicos e sua correlação enquanto à prática laboral exercida, de maneira a correlacionar a ocupação quanto ao risco epidemiológico de desenvolvimento de doenças e transtornos como as dorsalgias, e da possibilidade de concessão de benefícios previdenciários à categoria de segurado especial, em decorrência da invalidação laboral, temporário ou permanentemente. Com base na análise do conteúdo emitido por outros estudos, o presente estudo destaca a função do médico perito, sobretudo no que condiz à contribuição quanto à presença do Estado no contexto do trabalho rural, bem como da expansão do significado de justiça social, saúde e assistência social.

Palavras-chave: Dorsalgia. Previdência Social. Segurado Especial. Trabalhador Rural.

ABSTRACT

The present study emphasizes, based on case studies, the role of the Brazilian social security system in the analysis of experiences among rural workers of Coroata, Maranhao. For the argumentative construction, the study sought to analyze the data issued by the National Institute of Social Service about 30 farmworkers attestations in the category special policyholder, who entered in the expertise of the entity as bearers of back pain. The objective of this study corresponded as to identify prevalence of musculoskeletal disorders affected by rural workers characteristic and its correlation to the labor exerted practice, while in order to correlate the occupation regarding the epidemiological risk of developing diseases and disorders such as backache, and the possibility of granting social security benefits to insured special category, due to the technical invalidation, temporary or permanently. Based on the analysis of the content delivered by other studies, this study highlights the role of doctor expert, particularly in that match the contributions in respect of the presence of the State in the context of the rural work, as well as the expansion of the meaning of social justice, health and social assistance.

Keywords: Back Pain. Social Security. Special Insured. Rural Worker.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	07
1.1 Objetivo	11
2 SEGURADO ESPECIAL: Uma questão previdenciário-epidemiológica no Brasil	12
2.1 Segurado Especial	13
2.2 Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário	27
3 RELATO DE CASO	37
4 DISCUSSÃO	39
4.1 Implicações epidemiológicas	39
4.2 Fisiopatologia e etiologia	45
4.3 Breve relato de experiência	50
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
REFERÊNCIAS	

1 INTRODUÇÃO

O estabelecimento de normas e diretrizes sobre a regulamentação de práticas trabalhistas se afere como elementos de peso imprescindível para a atuação de diversos segmentos profissionais, sobretudo no que tange ao reconhecimento de direitos, garantias e atribuições que permitem ao trabalhador que se mantenha protegido pela lei.

Decerto, condutas legais e práticas que conferem benefícios ao indivíduo situado no âmbito das relações trabalhistas constituem como o testemunho histórico da modernização do sistema produtivo que, durante muito tempo, manteve-se consolidado por conflitos de classes.

As desigualdades entre aqueles que detinham o poder de produção e aqueles que sustentavam os processos produtivos eram bastante acentuadas. Os trabalhadores, além de serem mal remunerados, não tinham acesso a direitos básicos, o que remetia a sujeição dessas forças de trabalho a ambientes e medidas insalubres de exercício de sua função.

Há pouco mais de um século e meio, por exemplo, o desenvolvimento social e econômico possibilitado pela Revolução Industrial na Europa não acompanhava a oferta de condições de trabalho seguras.

A jornada de trabalho era extenuante e os riscos ergonômicos e ocupacionais sujeitavam o proletariado não apenas a doenças e transtornos de saúde, como também diminuía a expectativa de vida. Nenhum tipo de política previdenciária era apresentado pelas grandes nações industriais do século XIX, o que poderia retribuir indenizações e assistência social a trabalhadores pelo tempo de serviço ou pelos danos decorrentes da exposição desses indivíduos a situações de risco.

No Brasil, a ausência de políticas previdenciárias e de proteção ao trabalhador demorou ainda mais tempo para ser suprida.

Mesmo diante da reformulação dos modos produtivos e das relações trabalhistas repercutidas principalmente no início do século XX, não era possível reconhecer políticas assistencialistas e de caráter previdenciário no panorama brasileiro que atendessem às necessidades do trabalhador.

Até os anos 1930, inexistiam benefícios diversos que hoje tanto facilitam a vida do trabalhador, como a jornada de 8 horas diárias de trabalho, férias, remuneração proporcional, auxílio-família, plano de saúde, seguro de vida, condições idôneas para execução das funções laborais, aposentadoria e tempo de contribuição para o sistema previdenciário, risco-salubridade, entre outros.

Apenas na década de 1940, com a regulamentação da Consolidação das Leis de Trabalho no Governo Vargas, leis mais sérias a respeito da seguridade sanitária e previdenciária do trabalhador foram promulgadas.

Dentre as garantias fundamentais atribuídas às relações de trabalho no Brasil, vê-se na questão previdenciária um dos elementos mais importantes, sobretudo no que condiz ao posicionamento dos mecanismos de atribuição de aposentadorias convencionais¹ ou, especialmente, as aposentadorias proporcionadas pela destituição da funcionalidade do trabalhador em decorrência de acidentes ou doenças que demonstrem nexos de causalidade com atividade profissional.

Reconhecem-se no risco oferecido à integridade física e psíquico-comportamental do trabalhador por conta de determinadas atribuições profissionais demanda e à possibilidade de manifestação de doenças no âmbito e no exercício profissional como os meios pelos quais se reconhece a concessão de aposentadorias ao trabalhador quanto este consegue associar a sua disfuncionalidade ao ato profissional.

Cabe aos organismos previdenciários que capacitem mecanismos de análise de vínculo entre o fato e o ato.

Esse trabalho, no entanto, não se estabelece de maneira coesa, rápida e prontificada como se exige a complexidade da emissão de benefícios previdenciários ao trabalhador. Muitas vezes, a negação de benefícios pela perícia médica gera divergências, polêmicas e insatisfações entre trabalhadores, empregadores e seguradoras.

Até mesmo o Estado considera imprescindível reconhecer os principais motivos de entrada de pedidos de concessão de aposentadorias especiais e auxílio-doença no sistema previdenciário.

¹ Por tempo de serviço, contribuição ou por idade.

Através dessas informações é que são implementadas políticas públicas de prevenção de acidentes, doenças e agravos ocupacionais, o que evita impactos econômicos por conta de baixas de forças de trabalho ativas no mercado, além do 'buraco' na seguridade social.

No entanto, há determinadas ocupações que não se pautam pelo vínculo empregatício, por conta da simplicidade das atribuições funcionais e por não serem pautadas em qualificação técnica-profissional geralmente invocadas em muitas representações profissionais.

No Brasil, essas ocupações são regidas por leis específicas e por repercussões previdenciárias também peculiares, geralmente estendidas para trabalhadores como lavradores, pescadores, extrativistas e demais indivíduos incluídos na categoria de segurado especial.

Mediante a descrição dos ministérios do Trabalho e da Previdência Social, segurados especiais são aqueles que assumem funções rurais de subsistência, legal da constitucionalidade brasileira acerca desta categoria de trabalhador.

Entretanto, há alguns processos que dificultam a concessão de benefício ao segurado especial caso venha a ser comprometido por disfunção decorrente de problemas ocasionados no ambiente de trabalho e durante a execução de suas atividades.

Os riscos de insalubridade e de comprometimento funcional decorrente de doenças, agravos e distúrbios de múltipla origem são bastante elevados no contexto produtivo envolvendo segurados especiais.

Como estão vinculados a práticas profissionais praticamente despossuídas de qualificação técnica, é comum que lavradores, silvícolas², catadores, pescadores e demais indivíduos incluídos nessa categoria venham a se sujeitar a situações que exigem muito esforço físico, exposição às intempéries e a perigos nítidos à saúde humana.

Acidentes e doenças de cunho laboral são bastante comuns e, geralmente, destituem a capacidade produtiva desses profissionais de forma gradativa ou imediata.

² Índios e quilombolas também se encontram inclusos nesse contexto, pois praticam e dependem de atividades econômicas de subsistência.

Já que não contribuem para o sistema previdenciário normal e tampouco possuem condição de arcar com um plano particular de aposentadoria, ao Estado brasileiro compete a responsabilidade de conceder garantias específicas, sobretudo pelo seu reconhecimento como *grupos de risco* segundo a lógica do sistema de previdência social no país.

No entanto, a identificação e o processo de concessão de benefícios aos segurados especiais não é facilmente realizado no Brasil.

Além da falta de estrutura do sistema previdenciário em expandir seus serviços por todo o país, há ainda dificuldades relacionadas à falta de médicos peritos em número suficiente para atender a uma demanda muito grande.

Outro problema bastante comum é o da subnotificação, quando a perícia não é conduzida de forma correta e o benefício não é concedido, prejudicando pessoas que verdadeiramente dependiam da aposentadoria especial ou auxílio-doença.

Além disso, o sistema previdenciário deixa de colher informações importantes no ato da notificação, que poderiam ser reconduzidas na aferição de políticas públicas de prevenção de doenças e acidentes (DELGADO, 2007).

Porém, o maior problema enfrentado pelo sistema previdenciário e de saúde pública no Brasil com relação aos segurados especiais consta da falta de informação tanto por parte de quem precisa do benefício e até mesmo do próprio Estado, que ainda possui dificuldades de elencar os principais fatores de risco à saúde desses trabalhadores no exercício de suas funções, o que poderia contribuir quanto ao detalhamento de uma socioepidemiologia de agravos e doenças ocupacionais que comprometem a saúde do segurado especial no país.

Estudos que abordem a temática do segurado especial e as relações de nexos causal entre sua ocupação e os pedidos de concessão de benefícios no sistema previdenciário são raros, talvez pelas dificuldades de acesso aos dados trabalhados pela Previdência Social.

Por essa razão, um trabalho que aborde essa temática contribuiria bastante para descrever o perfil socioepidemiológico dessa categoria profissional, além de ressaltar a importância da criação de políticas públicas que proporcionem saúde e segurança aos segurados especiais no Brasil.

O presente estudo procura abordar a temática, propondo uma descrição do perfil socioepidemiológico do segurado especial, ressaltando, em particular, o

universo de trabalhadores rurais maranhenses que se encontram sob essa definição.

Por reconhecer que o Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário considera uma vasta classificação de doenças e agravos, e o acesso a essas informações demanda uma série de exigências e implicações burocráticas, o presente estudo restringiu sua abordagem a um dos mais comuns problemas de saúde ocupacional no Brasil e no mundo, conforme apontam estudos de prevalência e incidência de socioepidemiologia de acidentes, doenças e agravos de gênese vinculada a atividades laborais diversas: a dorsalgia (JUNIOR, GOLDENFUM, SIENA, 2010).

Diante disso, buscou-se ilustrar o relato de experiência sobre a dorsalgia como nexo técnico epidemiológico previdenciário no ingresso de pedidos de concessão de benefícios junto ao INSS por parte de trabalhadores rurais classificados como segurados especiais no Maranhão, especificando a realidade do município de Coroatá.

1.1 Objetivo

O principal intuito do estudo é o de relatar o nexo técnico epidemiológico previdenciário da dorsalgia no ingresso de pedidos de concessão de benefícios junto ao INSS por parte de trabalhadores rurais classificados como segurados especiais no Maranhão, especificando a realidade do município de Coroatá.

O levantamento de informações foi possibilitado mediante consulta aos bancos de dados da Previdência Social, o DATAPREV.

Espera-se que o estudo contribua para ratificar a importância da atuação do sistema previdenciário brasileiro no processo de concessão de benefícios a essa categoria especial de beneficiários.

O detalhamento de doenças e agravos de cunho laboral que acometem segurados especiais maranhenses corresponde como uma importante iniciativa de análise social sobre o controle de riscos de acidentes e perigos associados ao trabalho rural, além de contribuir na valorização do papel do médico-perito com um personagem fundamental na concessão de benefícios a pessoas que realmente dependem da assistência do Estado.

2 SEGURADO ESPECIAL: Uma questão previdenciário-epidemiológica no Brasil

Antes de se adentrar nas especificidades destacadas pelo estudo sobre a questão epidemiologia de acidentes e doenças de cunho ocupacional entre segurados especiais no universo de políticas previdenciárias no Maranhão, há de serem explanados com antecedência os fundamentos elementares que discorrem sobre a questão do segurado especial e implicações socioepidemiológicas.

Estes elementos se referem, essencialmente, às questões que enaltecem a figura e a representatividade do que significa o segurado especial no contexto do sistema previdenciário brasileiro, as categorizações sobre o que permitem identificar quem sejam os verdadeiros beneficiários entre aqueles que procuram o sistema previdenciário por conta de disfunção decorrente de doenças ou agravos de cunho laboral (MORAES, 2008).

Nesse contexto, o papel dos nexos de causalidade é imprescindível, pois são eles conduzem o trabalho da perícia médica do Instituto Nacional de Previdência Social, em especial os de natureza técnico-epidemiológica e previdenciária, que são os responsáveis por atestar a manifestação de doenças e demais fatores de disfunção produtiva às atividades profissionais e, mais precisamente, às correlações que podem comprometer a integridade física da figura do segurado especial (LAVINAS, 2008).

A contextualização sobre tais aspectos permite reconhecer a síntese de temáticas que conduzem a atuação do sistema previdenciário nacional sobre o reconhecimento de problemas que envolvem a salubridade do segurado especial e a aplicação das garantias determinadas pela constitucionalidade sobre patologias que possuam ligação direta com a prática laboral executada pelo indivíduo que recorre aos organismos responsáveis para adquirir os benefícios necessários para compensar sua incapacidade produtiva, seja parcial ou permanente (LAVINAS, 2008).

Entretanto, além do papel da assistência previdenciária para que assegure as garantias àqueles que sofrem de disfunção vinculada à sua ocupação produtiva, há também de se ressaltar sua função no processo de levantamento de causas e fatores que definem um perfil socioepidemiológico de doenças e transtornos de ordem ocupacional (SANTANA, 2006).

A figura do segurado especial configura um elemento a parte na discussão sobre o papel social desempenhado pelo sistema previdenciário brasileiro, pois ele se aplica a ocupações produtivas regidas por leis diferentes daquelas que atuam sobre, por exemplo, o trabalhador da iniciativa privada ou servidores públicos.

Por essa razão, antes de se estabelecer uma contextualização sobre a questão do nexo técnico-epidemiológico previdenciária na questão do segurado especial, ressaltando especialmente um perfil dos principais doenças e agravos ocupacionais que acometem este tipo especial de trabalhador no Maranhão nos últimos anos, torna-se interessante ressaltar de cada elemento um desses elementos.

2.1 Segurado Especial

No que permite a compreensão das normas e ordenamentos legais que versam sobre a segurança do trabalhador, considerando-o como o principal sujeito das relações de trabalho, destaca-se que um das principais recomendações do pacto contratual junto ao empregador é o de garantir medidas que promovam saúde, segurança e bem-estar social no ambiente de trabalho.

Há disposições e regras repassadas por órgãos e demais representações institucionais vinculadas à Medicina Ocupacional que, dentre outras delimitações pertinentes, versam sobre a obrigatoriedade de se constituir e promover medidas de prevenção e coibição a acidentes e práticas que possam, em períodos diversos, mitigar o desenvolvimento de patologias degenerativas da capacidade produtiva do trabalhador.

Tais medidas atuam de forma proporcional e competente ao discurso das leis trabalhistas inauguradas ainda no final do século XIX e promovidas como maior ênfase ao longo do século XX no estabelecimento de garantias que minimizem a manifestação de distúrbios quanto à funcionalidade e que, no que se deixa compreender pela perspectiva socioeconômica, interferem de modo significativo não apenas na conjuntura familiar daqueles indivíduos que foram acometidos por problemas de saúde advindos de sua jornada profissional, mas também em questões prejudicam o Estado, como a arrecadação de divisas e a composição de população economicamente ativa (DELGADO, CASTRO, 2003).

Diz-se isso porque, para cada baixa decorrente de doenças ou agravos de saúde decorrente de cunha ocupacional, o sistema previdenciário tem de arcar com despesas para pensões e auxílios-doença.

O sistema público de saúde também é consideravelmente afetado, pela aplicação considerável de recursos para aferir assistência hospitalar de urgência e para o atendimento a casos onde as sequelas de acidentes serão permanentes (LAVINAS, 2008).

Problemas de saúde ocupacional geram tantos encargos previdenciários quanto reduz o número de pessoas ativas no mercado de trabalho.

Os efeitos para os cofres do Estado são significativos, já que o serviço público de saúde e o sistema de seguro social têm de assumir grandes despesas com aposentadorias e benefícios, além de perder em número de contribuintes, como explicam Garone, Cordeiro e Haddad (2005, p. 795):

Os acidentes do trabalho constituem um importante problema de saúde pública no Brasil visto sua elevada frequência e gravidade. Por acometerem principalmente pessoas jovens e em idade reprodutiva, acarretam, além de sofrimento para os trabalhadores acidentados e seus familiares, graves conseqüências sociais e econômicas. Dados da Organização Internacional do Trabalho (OIT) estimam que anualmente ocorram cerca de 1,1 milhão de óbitos em todo o mundo decorrentes de acidentes do trabalho ou doenças ocupacionais, sendo as mortes provocadas por quedas, colisões de veículos, choques elétricos, neoplasias, entre outras, algumas das causas imediatas conhecidas.

Por isso que a metodologia de assistência previdenciária foi alterada no Brasil não apenas para combater a subnotificação e ampliar a responsabilidade de empregadores e organismos responsáveis no estabelecimento de medidas preventivas e de controle de fatores de riscos para patologias e agravos de saúde decorrente do trabalho.

Em vez de apenas se responsabilizar pela sustentação da grande demanda por benefícios, a modificação do processo permitiu identificar as razões que fizeram os trabalhadores ingressarem no sistema previdenciário, fornecendo dados mais objetivos sobre o tipo de doença, acidente ou agravo que tenha provocado sua invalidez temporária ou permanente (SOUZA et al., 2008).

As estatísticas colhidas permitem construir políticas de prevenção mais eficazes, bem como dividir a responsabilidade junto à iniciativa privada e demais

órgãos trabalhistas quanto à veiculação de programas de controle de risco e promoção de qualidade de vida no trabalho (OLIVEIRA, 2010).

No contexto brasileiro, as preocupações jurídicas e práticas vinculadas à questão da segurança e saúde no trabalho foram necessariamente instituídas pela constitucionalidade retratada pela Consolidação das Leis do Trabalho, determinação esta que veio a suprir uma lacuna omissiva que praticamente impossibilitava a evidencição de medidas preventivas e de conscientização do trabalhador para que este não se sujeitasse a riscos operacionais.

Atualmente, a Medicina reconhece uma série de patologias origináveis da sujeição do profissional a práticas insalubres ou que possam deteriorar o seu condicionamento ao longo do tempo, emitido mecanismos e metodologias que possam discernir sobre este fenômeno de ordem social e econômica, tal como a recente promulgação e imposição prática do Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário e sua incorporação do sistema de assistência social brasileiro, como discutido (MACHADO, SORATTO, CODO, 2010).

Entretanto, no que concerne à atuação fiscalizatória do governo sobre a questão de segurança no ambiente de trabalho, a legislação por vezes não consegue ser aplicada em todas as empresas que atuam de forma ilícita e irresponsável com relação à questão previdenciária, na segurança e salubridade de seus trabalhadores.

Muitos casos de empresas irresponsáveis quanto a exigências de segurança e saúde não são catalogados e os responsáveis deixam de ser punidos, como reconhecem alguns estudos recentes que criticam a ineficácia de aplicação de leis trabalhistas em empresas brasileiras que atuam de forma ilegal, sem conceder equipamentos de segurança, medidas de controle de risco e de prevenção de acidentes, seguro de vida e saúde, e, não raro, deixam até mesmo de depositar o benefício previdenciário do trabalhador embora desconte o valor regularmente de sua remuneração mensal (OLIVEIRA, 2010).

A questão brasileira em termos de irregularidades nas relações de trabalho ainda é tão problemática na atualidade que chegam ser comparada a um momento histórico onde inexistiam leis trabalhistas no país.

Em pleno século XXI, há casos de trabalhadores submetidos a regimes de escravidão e semiescravidão em diversos estados brasileiros, sendo explorados quer seja no trabalho forçados em monoculturas situadas no interior da Floresta

Amazônica³, ou até mesmo nos grandes centros urbanos, como em São Paulo⁴ (MORAES, 2008).

Porém, os abusos mais comuns se dão com naquelas circunstâncias em que o trabalhador não apresenta correlação jurídica com o aquele responsável pelos modos de produção, não podendo se abastecer dos benefícios previdenciários legalmente assegurados em caso de doenças advindos de causas produtivas, como no caso de trabalhadores que atuam sem registro em carteira profissional.

No Brasil, são imprecisos os dados sobre esses agravos. Sabe-se, entretanto, que os trabalhadores sem vínculo empregatício formal representam mais da metade da força de trabalho do país, o que amplifica a falta de informações sobre a ocorrência e as características dos acidentes do trabalho em nosso meio (GARRONE, CORDEIRO, HADDAD, 2005, p. 795).

Dessa forma, muitas irregularidades deixam de ser identificadas pelos órgãos competentes, e informações importantes deixam de ser absorvidas e submetidas na organização de estatísticas que regulamentassem estratégias e estabelecer de políticas públicas de amparo ao trabalhador submetido a situações ilícitas (SOUZA et al., 2008).

Ao passo que milhões de trabalhadores sejam reconhecidos pelo sistema previdenciário e pelas leis trabalhistas, há outro gigantesco contingente de trabalhadores que se encontram praticamente esquecidos por essas políticas por não serem cadastrados no sistema previdenciário brasileiro e, por isso, correm o risco de deixar de serem atendidos por garantias como concessão de aposentadorias e seguros em caso por doenças decorrente de sua ocupação, como revelam os comentários apresentados por Garrone, Cordeiro e Haddad (2005, p. 795-796).

Os acidentes do trabalho ocorridos entre os trabalhadores com registro em carteira do trabalho regido pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), exceto para algumas categorias profissionais, são contabilizados pelo Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), o qual possui um sistema de registro bastante deficiente. Apenas no ano de 1998, o MPAS registrou 401.254 acidentes do trabalho ocorridos entre os trabalhadores

³ Trabalhadores rurais são recrutados na esperança de trabalhar regularmente em fazendas, mas acabem sendo presos e submetidos a situações degradantes e ao trabalho forçado sem qualquer tipo de remuneração (MORAES, 2008).

⁴ Brasileiros e até mesmo estrangeiros – bolivianos e haitianos, principalmente – trabalham em fábricas clandestinas de costura sem registro profissional e sendo submetidos a regime de semiescravidão (MORAES, 2008).

cobertos pelo Seguro Acidente do Trabalho (SAT), excluindo dessas estatísticas os trabalhadores autônomos e domésticos, funcionários públicos estatutários, subempregados, muitos trabalhadores rurais, entre outros.

O segurado especial se inclui nesse contexto, pois corresponde como o tipo de trabalhador que não é reconhecido diretamente no sistema previdenciário brasileiro pelo fato de não ser incluído no modelo convencional por não contribuir para a Previdência Social como qualquer outro trabalhador que possui carteira assinada.

Essa pretensa 'invisibilidade' do segurado especial não significa que sua categoria profissional não se encontra abrangida pelo sistema previdenciário nacional.

Como se sabe, há leis específicas que garantem a especificação de seguridade social a lavradores, pescadores artesanais e demais trabalhadores incluídos no ramo de segurado especial.

Essa qualificação se dá por aspectos que vão desde a insuficiência desse profissional em termos de formação técnica-operacional, além de questões sociais, econômicas, históricas e culturais que o Estado brasileiro reconhece como distintas se comparado a outras ocupações convencionais (DELGADO, CASTRO, 2003).

Neste contexto, como versa a Federação da Agricultura e Pecuária de Minas Gerais e o Serviço Nacional de Aprendizagem Rural (2008, p. 01), segurado especial é aquele que se constitui como:

Pessoa física residente no imóvel rural ou em aglomerado urbano ou rural próximo a ele que, individualmente ou em regime de economia familiar, ainda que com o auxílio eventual de terceiros, explore atividade agropecuária em área de até quatro módulos fiscais, na condição de proprietário, usufrutuário, possuidor, assentado, parceiro ou meeiro outorgados, comodatário ou arrendatário rurais.

Há de se levar em consideração que o segurado especial não se apresenta necessariamente como todo tipo de trabalhador rural, categoria essa que pode assumir outras representações, muitas das quais portando características e atribuições de qualificação técnica e ocupacional que o insere no contexto de capacitação produtivo similar às demais profissões regulares e submetidas ao regime previdenciário convencional.

O segurado especial se institui dentre as delimitações laborais de um trabalhador pertencente a um âmbito extracontratual e desfavorecido de valores e condições que lhes possibilite um aperfeiçoamento funcional frequentemente exigido em outras profissões.

Todavia, o segurado especial não pode ser confundido como um autônomo ou profissional liberal, tampouco como um desempregado ou subempregado.

Em verdade, as características ocupacionais que definem um segurado especial no Brasil o descrevem como trabalhadores que lidam com atividades básicas de subsistência, e que devem ser compreendidos por tratamento específico, em razão de questões socioeconômicas e socioculturais que descrevem sua condição como singular do ponto de vista previdenciário e trabalhista (BRASIL, 2013; BRASIL, 2011).

Nesse contexto, segurados especiais são aqueles que lidam com práticas rudimentares do setor primário⁵, como os trabalhadores proprietários ou vinculados a atividades de subsistência, de forma isolada ou em modelo de economia familiar, mas que contribuem de forma significativa na perpetuação de práticas tradicionais que promovam o sustento de comunidades formadas por pessoas carentes (OLIVEIRA, 2010).

Pessoas propensas a receber benefício especial do sistema previdenciário brasileiro são classificadas como em situação social de risco; sem instrução técnica-educacional; que não possuem pessoa jurídica ou estejam vinculadas a instituições com fins lucrativos, com organizações não-governamentais (SANTANA, 2006).

Essa descrição, inclusive, dificultaria aos segurados especiais de terem sua força de trabalho absorvida pelo mercado, conforme as necessidades e exigências quanto à capacitação operacional.

Mesmo assim, esses mesmos trabalhadores podem ser influenciados de às pressões econômicas similares às que atingem os demais segmentos da ordem produtiva, mesmo que não sejam beneficiados pelas garantias trabalhistas que o sistema comum concede.

⁵ Agricultura e extrativismo de subsistência.

Garrone, Cordeiro e Haddad (2005) – ao comentarem sobre a problemática de acidentes de trabalho, invalidez e aposentadorias especiais entre pescadores do rio Araguaia no Tocantins – revelam que muitos desses trabalhadores se submetem a regimes e jornadas de trabalho típicas de profissionais convencionais e, ao mesmo tempo, a situações de risco características das que acometem o segurado especial, conforme evidencia a legislação sobre o sistema previdenciário brasileiro.

O resultado dessas alterações no ambiente de trabalho dos pescadores atua como um importante fator de risco para a ocorrência de acidentes na categoria, fato que também vem sendo observado em outras profissões, como a dos trabalhadores do campo, por exemplo. Esses profissionais, pela crescente necessidade de uma maior produção de alimento e devido à desvalorização dos produtos comercializados nas propriedades, agravadas pelo aumento do custo da produção, têm aumentado seu tempo de atividade de trabalho, favorecendo, assim, uma elevação do número de acidentes (GARRONE, CORDEIRO, HADDAD, 2005, p. 796).

O comentário acima sugere que a condição de segurado especial não é vitalícia, podendo o mesmo vir a ser inserido no mercado de trabalho convencional a passar a contribuir diretamente com a Previdência Social como todo profissional que possui carteira assinada ou que paga os tributos previdenciários à parte.

No entanto, muitas vezes, o próprio segurado especial pode não reconhecer sua condição, vindo a procura-la apenas no momento em que precisa do benefício diante de situação de invalidez e doença, e, ainda assim, mediante orientações especiais.

A falta de informação e conscientização entre trabalhadores rurais que vivem em comunidades carentes e distantes de serviços institucionais dificultam o acesso dos beneficiários à aposentadoria especial, sendo que muitos acabam falecendo sem consegui-lo (DELGADO, CASTRO, 2003).

Todavia, para se apresentar uma conceituação mais eficiente e clara, a lei brasileira, baseada na lei nº 8.213/1991, Título II, referente ao Plano de Benefícios da Previdência Social, no capítulo único a versar sobre os regimes da previdência social, considerava como segurado especial o indivíduo que seja:

VII - como segurado especial: o produtor, o parceiro, o meeiro e o arrendatário rurais, o pescador artesanal e o assemelhado, que exerçam suas atividades, individualmente ou em regime de economia familiar, ainda que com o auxílio eventual de terceiros, bem como seus respectivos cônjuges ou companheiros e filhos maiores de 14 (quatorze) anos ou a eles

equiparados, desde que trabalhem, comprovadamente, com o grupo familiar respectivo. (*O garimpeiro está excluído por força da Lei nº 8.398, de 7.1.92, que alterou a redação do inciso VII do art. 12 da Lei nº 8.212 de 24.7.91*). § 1º: Entende-se como regime de economia familiar a atividade em que o trabalho dos membros da família é indispensável à própria subsistência e é exercido em condições de mútua dependência e colaboração, sem a utilização de empregados (BRASIL, 2011, p. 01).

Recentemente, o preceito normativo fora alterado recentemente, pela lei nº 11.718/2008, para lhe contextualizar uma abrangência mais efetiva, de modo a se abarcar o número maior de categorias e especificações do trabalhador pertencente aos segmentos rural e vinculado aos modelos de economia familiar, atrelados aos módulos de assistência previdenciária, que se demonstrem como inerentes ao contexto do segurado especial.

Desta forma, a lei fora alterada, para que se reformulasse significativamente o condicionamento previsto no parágrafo VII pelas seguintes delimitações legais:

VII – como segurado especial: a pessoa física residente no imóvel rural ou em aglomerado urbano ou rural próximo a ele que, individualmente ou em regime de economia familiar, ainda que com o auxílio eventual de terceiros, na condição de (Redação dada pela Lei nº 11.718, de 2008): a) produtor, seja proprietário, usufrutuário, possuidor, assentado, parceiro ou meeiro outorgados, comodatário ou arrendatário rurais, que explore atividade (Incluído pela Lei nº 11.718, de 2008): 1. agropecuária em área de até 4 (quatro) módulos fiscais (Incluído pela Lei nº 11.718, de 2008); 2. de seringueiro ou extrativista vegetal que exerça suas atividades nos termos do inciso XII do caput do art. 2º da Lei nº 9.985, de 18 de julho de 2000, e faça dessas atividades o principal meio de vida (Incluído pela Lei nº 11.718, de 2008); b) pescador artesanal ou a este assemelhado que faça da pesca profissão habitual ou principal meio de vida; e (Incluído pela Lei nº 11.718, de 2008); c) cônjuge ou companheiro, bem como filho maior de 16 (dezesesseis) anos de idade ou a este equiparado, do segurado de que tratam as alíneas a e b deste inciso, que, comprovadamente, trabalhem com o grupo familiar respectivo (Incluído pela Lei nº 11.718, de 2008) (BRASIL, 2011, p. 01).

Cabe citar ainda que, conforme as determinações da lei brasileira, além do lavrador, do seringueiro, do extrativista, do pescador e dos demais trabalhadores rurais reconhecidamente pertencentes ao sistema de economia familiar, inclui-se ainda a figura do índio como segurado especial (BRASIL, 2011).

A continuidade dos preceitos constitucionais referentes à especificidade do segurado especial ainda implicam na decorrência do benefício a outros indivíduos que possuem vínculo a esta modalidade de trabalhador rural.

A legislação brasileira assim preconiza, a respeito das concepções sobre o que venha a ser economia familiar, sobre a dependência de terceiros no processo de sustentação econômica do indivíduo e a respeito das demais condições que abrangem este tipo de beneficiário:

§ 1º Entende-se como regime de economia familiar a atividade em que o trabalho dos membros da família é indispensável à própria subsistência e ao desenvolvimento socioeconômico do núcleo familiar e é exercido em condições de mútua dependência e colaboração, sem a utilização de empregados permanentes (Redação dada pela Lei nº 11.718, de 2008); § 2º Todo aquele que exercer, concomitantemente, mais de uma atividade remunerada sujeita ao Regime Geral de Previdência Social é obrigatoriamente filiado em relação a cada uma delas. § 3º O aposentado pelo Regime Geral de Previdência Social-RGPS que estiver exercendo ou que voltar a exercer atividade abrangida por este Regime é segurado obrigatório em relação a essa atividade, ficando sujeito às contribuições de que trata a Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991, para fins de custeio da Seguridade Social (Incluído pela Lei nº 9.032, de 1995); § 4º O dirigente sindical mantém, durante o exercício do mandato eletivo, o mesmo enquadramento no Regime Geral de Previdência Social-RGPS de antes da investidura (Incluído pela Lei nº 9.528, de 1997); § 5º Aplica-se o disposto na alínea *g* do inciso I do *caput* ao ocupante de cargo de Ministro de Estado, de Secretário Estadual, Distrital ou Municipal, sem vínculo efetivo com a União, Estados, Distrito Federal e Municípios, suas autarquias, ainda que em regime especial, e fundações (Incluído pela Lei nº 9.876, de 26.11.99); § 6º Para serem considerados segurados especiais, o cônjuge ou companheiro e os filhos maiores de 16 (dezesseis) anos ou os a estes equiparados deverão ter participação ativa nas atividades rurais do grupo familiar (Incluído pela Lei nº 11.718, de 2008); § 7º O grupo familiar poderá utilizar-se de empregados contratados por prazo determinado ou de trabalhador de que trata a alínea *g* do inciso V do *caput* deste artigo, em épocas de safra, à razão de, no máximo, 120 (cento e vinte) pessoas/dia no ano civil, em períodos corridos ou intercalados ou, ainda, por tempo equivalente em horas de trabalho (Incluído pela Lei nº 11.718, de 2008) (BRASIL, 2011, p. 01).

As diferenciações e especificidades que implicam na natureza previdenciária do segurado especial podem, por vezes, aferir algum tipo de complexidade no que condiz à abrangência dos benefícios, garantias e deveres que este tipo de sujeito previdenciário deve possuir para com que continue a manter tal condição (MACHADO, GOMEZ, 2004).

A reformulação de lei nº 11.718/2008, diante de tais delimitações de ordem condicional sobre as características de segurado especial pela lei brasileira, acabou por regimentar as imposições normativas, de modo a tornar evidentes as determinações que não destituem a sua imposição formal do benefício, ou seja, a cessão das atribuições previdenciárias pertinentes, conforme disposto em seu inciso oitavo:

I – a outorga, por meio de contrato escrito de parceria, meação ou comodato, de até 50% (cinquenta por cento) de imóvel rural cuja área total não seja superior a 4 (quatro) módulos fiscais, desde que outorgante e outorgado continuem a exercer a respectiva atividade, individualmente ou em regime de economia familiar; II – a exploração da atividade turística da propriedade rural, inclusive com hospedagem, por não mais de 120 (cento e vinte) dias ao ano; III – a participação em plano de previdência complementar instituído por entidade classista a que seja associado em razão da condição de trabalhador rural ou de produtor rural em regime de economia familiar; e IV – ser beneficiário ou fazer parte de grupo familiar que tem algum componente que seja beneficiário de programa assistencial oficial de governo; V – a utilização pelo próprio grupo familiar, na exploração da atividade, de processo de beneficiamento ou industrialização artesanal, na forma do § 11 do art. 25 da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991; e VI – a associação em cooperativa agropecuária (BRASIL, 2011, p. 01).

As disposições normativas descaracterizam a posição de segurado especial em toda circunstância em que o indivíduo deixa de fazer parte de um grupo familiar ou em modelo de economia similar e passando, desta forma, a assumir outra fonte de rendimento; sendo devidamente inserido em outras formulações do sistema previdenciário nacional.

As exceções regimentadas pela lei nº 11.718/2008 podem ser testamentadas por:

I – benefício de pensão por morte, auxílio-acidente ou auxílio-reclusão, cujo valor não supere o do menor benefício de prestação continuada da Previdência Social; II – benefício previdenciário pela participação em plano de previdência complementar instituído nos termos do inciso IV do § 8º deste artigo; III – exercício de atividade remunerada em período de entressafra ou do defeso, não superior a 120 (cento e vinte) dias, corridos ou intercalados, no ano civil, observado o disposto no § 13 do art. 12 da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991; IV – exercício de mandato eletivo de dirigente sindical de organização da categoria de trabalhadores rurais; V – exercício de mandato de vereador do Município em que desenvolve a atividade rural ou de dirigente de cooperativa rural constituída, exclusivamente, por segurados especiais, observado o disposto no § 13 do art. 12 da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991; VI – parceria ou meação outorgada na forma e condições estabelecidas no inciso I do § 8º deste artigo; VII – atividade artesanal desenvolvida com matéria-prima produzida pelo respectivo grupo familiar, podendo ser utilizada matéria-prima de outra origem, desde que a renda mensal obtida na atividade não exceda ao menor benefício de prestação continuada da Previdência Social; e VIII – atividade artística, desde que em valor mensal inferior ao menor benefício de prestação continuada da Previdência Social (BRASIL, 2011, p. 01).

A preceitualização legal atesta categoricamente que o segurado especial fica plenamente destituído da assistência previdenciária lhe inerente quando se deixam reconhecer:

I – a contar do primeiro dia do mês em que: a) deixar de satisfazer as condições estabelecidas no inciso VII do caput deste artigo, sem prejuízo do disposto no art. 15 desta Lei, ou exceder qualquer dos limites estabelecidos no inciso I do § 8º deste artigo; b) se enquadrar em qualquer outra categoria de segurado obrigatório do Regime Geral de Previdência Social, ressalvado o disposto nos incisos III, V, VII e VIII do § 9º deste artigo, sem prejuízo do disposto no art. 15 desta Lei; e c) tornar-se segurado obrigatório de outro regime previdenciário; II – a contar do primeiro dia do mês subsequente ao da ocorrência, quando o grupo familiar a que pertence exceder o limite de: a) utilização de terceiros na exploração da atividade a que se refere o § 7º deste artigo; b) dias em atividade remunerada estabelecidos no inciso III do § 9º deste artigo; c) dias de hospedagem a que se refere o inciso II do § 8º deste artigo (BRASIL, 2011, p. 01).

As proposições do sistema previdenciário remetem a incorporação do trabalhador rural dependente da categoria de segurado especial frente às garantias que convencionalmente se reconhecem quando este se apresenta como sujeito improdutivo, mediante a constatação de sequelas e distúrbios provenientes ou que possuam relação com o tipo de ofício exercido.

Ademais, estas e outras colocações sobre causas e consequências referentes à saúde ocupacional e à disposição do processo previdenciário são bem mais discutidos na interpretação dos preceitos definidos por estudo como os de Machado, Soratto e Codo (2010) que organizaram uma coletânea de textos bastante ilustrativos sobre a correlação entre saúde, trabalho e as devidas implicações previdenciárias dispostas pela legislação brasileira.

Como citado ao longo do corrente discernimento, o profissional instituído na conjuntura convencional do sistema previdenciário se submete às delimitações proporcionadas pelas cláusulas asseguradas em contrato, competindo à atuação do sistema previdenciário e do papel definido pelo próprio trabalhador com que se responsabilize sobre as responsabilidades referentes à arrecadação de impostos (BRASIL, 2013).

Esse processo se atenua mais especificamente, no que se refere à assistência dos benefícios e valores relacionados ao seguro-saúde e à concessão de aposentadorias especiais referente a diversos problemas de saúde que têm origem vinculada a atividade laboral.

Lopes (2009) explana sobre o peso, fatores previdenciários (entre os quais se inclui a jornada, a magnitude das atividades exercidas e salubridade ocupacional) e a proporcionalidade da absorção de valores por parte de empregados

e empregadores para que constituam os fundos econômicos posteriormente repassados pelo Estado para o sistema de beneficiamento de planos previdenciários.

Ainda de acordo com os autores, a porcentagem é calculada em relação a folha de pagamento de contribuição e recolhida com as demais contribuições devidas ao INSS, sendo que a classificação da empresa é feita a partir de tabela própria, organizada pelo Ministério da Previdência Social e da Norma Regulamentadora NR4 da portaria 3214/78, do Ministério do Trabalho, na qual figuram o Código Nacional da Atividade Econômica (CNAE) e seu respectivo grau de risco (LOPES, 2009, p. 19).

Nestes aspectos referentes aos indivíduos previdenciários convencionais, por exemplo, compete à projeção racional do sistema de identificação de patologias que possuam, como fator de origem e agravamento, a atividade laboral.

Essa manifestação de transtornos de saúde de cunho ocupacional se dá ora pela omissão de medidas, por parte dos sujeitos legalmente competentes, em não disponibilizarem os aparatos, mecanismos e recursos necessários para a minimização do risco quanto à higidez do trabalhador (FILHO, SILVA, 2011).

Além da manifestação de distúrbios que venham a se promover deliberadamente quando o fator-risco é conhecido, mas preponderante à manifestação negativa quanto à saúde do indivíduo que não segue medidas preventivas de controle de acidentes e de risco de insalubridade (MACHADO, SORATTO, CODO, 2010).

Tais comportamentos remetem a uma parte da problemática previdenciária incorporada à questão do trabalho em caso de acidentes e doenças que inutilizam o profissional, como indicam diversos relatos sobre a perpetuação de falhas e imprecisões por parte dos organismos competentes, que parecem ter se dedicado até pouco tempo atrás em apenas acumular informações de modo pouco efetivo.

Porém, com a mudança do método previdenciário definido pela aplicação do Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário, a capacitação de dados estatísticos no processo de registro de benefícios significou uma grande avanço no processo de descrição do perfil epidemiológico de problemas vinculados à saúde ocupacional, como ressalta Waldvogel (2009, p. 126-127):

O sistema de informação sobre acidentes e doenças do trabalho, do INSS, objetiva principalmente o processamento dos benefícios aos acidentados, aos dependentes e àqueles acometidos por doenças do trabalho. Este sistema apresenta diversas limitações para as análises da mortalidade, pois registra apenas os totais dos casos fatais de acidentes do trabalho, sem nenhuma caracterização destes eventos. Este fato faz com que a construção de um banco de dados detalhados sobre os casos fatais só seja possível por intermédio de um levantamento específico, nas agências e postos do INSS espalhados em todo o território nacional.

Os sistemas trabalhistas e previdenciários de hoje se valem de métodos que correlacionam problemas de saúde a situações de risco. Por exemplo, em determinadas ocupações, o nível de periculosidade e de patogênese envolvido é altíssimo.

Com isso, o profissional que lida com essas atividades deve ser amparado por garantias que possam ser revertidas em caso de acidentes (LOPES, 2009).

Em caso de morte ou perda de capacidade funcional, todas as despesas médicas, previdenciárias e indenizatórias serão transmitidas para o beneficiário e seus dependentes, como no caso de mineradores, químicos, policiais, bombeiros, médicos, enfermeiros e demais trabalhadores expostos a práticas que exigem máxima segurança quanto à asseguaração da integridade física e emocional (SANTANA, 2006).

Porém, no caso do segurado especial, esses procedimentos não são compatíveis, sendo que o risco de sujeição a determinadas atividades deve ser prevenido, embora a conscientização desses trabalhadores – geralmente destituídos de formação educacional – não permita que os mesmos tenham cuidados com saúde ocupacional.

Em tais circunstâncias, o processo de análise pericial pode enfrentar dificuldades quanto aos procedimentos de identificação e de correspondência da condição clínica dos segurados especiais e da possibilidade de concessão dos benefícios previdenciários.

Mesmo no contexto do segurado especial, há casos acidentes ou de contração de doenças supostamente relacionadas ao trabalho no campo que foram gerados pela omissão, imprudência, má volição ou até mesmo por condutas fraudulentas (LOURENÇO, 2011).

A falha dos organismos responsáveis na perícia médica pode contribuir na adulteração do processo ou conduzir à subnotificação, mesmo diante de

precauções e meios de fiscalização empregados no sentido de minimizar injustiças e evitar fraudes.

O trabalho da análise pericial se vale de uma complexa série de critérios técnicos e clínicos que permitem reconhecer se o pedido de concessão de benefício é válido ou não, em que se pode reconhecer se o problema de saúde que inviabilizou o trabalho do segurado especial parcial ou plenamente se encontra vinculado às atividades desempenhadas por esse indivíduo (MACHADO, GOMEZ, 2004).

A modificação da metodologia de análise pericial do INSS em casos de pedidos de aposentadoria por conta de invalidez decorrente no campo de trabalho se tornou inadiável pela necessidade de torna os procedimentos de averiguação mais precisos.

Essa alteração foi pertinente para abranger os indivíduos até então desvinculados do sistema previdenciário brasileiro por não estarem incorporados às relações de trabalho instituídas por pacto contratual.

Essa nova abordagem inclui os segurados especiais, mas que deveriam ter suas informações consideradas para a implementação dos mecanismos de concessão de garantias e do estabelecimento de políticas públicas nesse segmento (WALDVOGEL, 2009).

Parte da problemática reside de forma substancial na relação entre o nexa e a manifestação do problema de saúde alegado como causa da incapacidade produtiva do trabalhador, de modo a se justificar a relação entre causas e efeitos através da análise elaborada pelos médicos peritos responsabilizados pelo sistema previdenciário.

Os parâmetros de identificação da relação de causalidade entre invalidez temporária e permanente e atividade ocupacional desempenhada pelo segurado especial considera uma vasta série de fatores de riscos e desdobramentos epidemiológicos e suas formas de advento, a serem recorridos quando da necessidade em se conceder o ressarcimento condizente à parte reclamante (MACHADO, GOMEZ, 2004).

O segurado especial, enquanto reconhecido sob esta categorização profissional, deixa-se inserir da mesma forma na denominada conjuntura do Nexa Técnico Epidemiológico Previdenciário, tal como no âmbito das ocupações regimentadas por contrato ou por colocações que aferem, necessariamente, a

problemática da interrupção forçada da capacidade produtiva e a da concessão de benefícios.

A ferramenta de análise pericial estabelece correlação entre as causas das doenças inseridas como o âmbito de práticas trabalhistas relacionadas ao segurado especial, que dá como causa da disfuncionalidade laboral do mesmo, expondo, em paralelo, a razão de concessão dos benefícios proporcionais e condizentes à classificação do sistema previdenciário.

Entretanto, no que se refere às distinções práticas, de salubridade e suscetibilidade do trabalhador ao risco operacional, variável a cada tipo de profissão, ao segurado profissional competem correspondências proporcionais, inclusas em uma conjuntura apropriada da lista do Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário, as práticas recorrentes, as disposições de ressarcimento e aos tipos de doenças e de agravos que asseguram todo o processo de concessão de benefícios (MACHADO, SORATTO, CODO, 2010).

Sobre estas disposições, há de se emitir a contextualização sobre o que é e como funciona o Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário.

Essa contextualização é muito importante, sobretudo no que se refere à discussão sobre a aplicabilidade dos pressupostos e definições emitidas pela Previdência Social com relação à figura do segurado especial, de modo a se concentrar sobre as causalidades e elementaridades que remetem ao trabalhador rural instituído nesta categoria sobre a relação entre sua inviabilidade produtiva, o ofício exercido e a patologia alegada como o motivo de sua disfuncionalidade laboral.

2.2 Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário

Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário, abreviado pela sigla NTEP, como instrumentado pela Previdência Social no Brasil, corresponde como um mecanismo de maior precisão analítica por parte dos órgãos responsáveis pela aferição, notificação, levantamentos de informações para confecção de bases de dados.

Através dessa ferramenta que ocorre a concessão da assistência previdenciária exigida quanto aos casos do indivíduo abrangido pelo sistema previdenciário vir a reivindicar os benefícios em casos de invalidez funcional ou

incapacidade produtiva decorrente, no contexto das relações trabalhistas, da ocupação profissional por ele exercida (MACHADO, SORATTO, CODO, 2010).

Em verdade, como citado ao longo do estudo, o Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário se manifesta como uma proposição metodológica diferenciada, recentemente construída e empregada pelas entidades especializadas no Brasil para conduzir a correlação precisa entre os fatores que remetem à improdutividade do indivíduo à atividade que exercem.

Para a solução de prováveis entraves quanto ao reconhecimento do direito do trabalhador autenticamente acometido por doenças de vínculo laboral, compete então à perícia médica fazer uso das competências previdenciárias exigíveis.

Estas tarefas são inexoravelmente dependentes do posicionamento categórico emitido pelo aval do médico perito, sendo este o principal sujeito da responsabilidade em reconhecer e associar o contexto intrínseco entre a perda das propriedades funcionais do trabalhador ao exercício profissional, proporcionando com que o indivíduo dê entrada ao processo de aposentadoria.

Ao que se remete a constatação de peso legal e previdenciário referente ao rol de profissionais convencionais e estabelecidas sob um dado pacto contratual, em que o empregador é responsabilizado quanto ao dever de emitir informações úteis para o reconhecimento do nexo técnico em casos de alegação do seu empregado quanto a uma pretensa disfunção de sua capacidade produtiva, decorrente de suas atividades profissionais.

Presume-se que o processo de notificação por parte dos peritos se apresente como a forma mais plausível de reconhecer problemas de agravo de saúde e doenças de cunho ocupacional, bastando que este consiga assimilar as informações repassadas por trabalhador, empregador e pela própria perícia para que se reconheça ou não o nexo técnico e, conseqüentemente, a procedência das alegações.

Ou seja, na constituição de um pacto contratual e na iminência de um trabalhador recorrer ao pedido de aposentadoria especial, o sistema previdenciário exige a idoneidade por parte dos patrões com que atendam aos pressupostos necessários para a aferição do laudo conclusivo, de modo a se destituir maiores interesses em favor da assistência ao seu funcionário.

Os dados levantados pelo sistema previdenciário também conferem autenticidade ao processo, de modo que não sejam prejudicados quanto às obrigações previdenciárias lhes atribuída; comparando e contrapondo todas as informações apresentáveis ao perito.

É o que se pode ilustrar, por exemplo, no caso de um digitador de uma empresa demonstrar disfunção profissional permanente por conta de uma Lesão por Esforço Repetitivo (LER) decorrente de *miosite* aguda crônica; em que, além dos exames clínicos competentes, cabe ao empregador com que ofereça as evidências necessárias para auxiliar o processo investigativo do perito.

Essa obrigação da empresa, no entanto, possui uma função social significativa, porque, por mais que seus interesses em não compartilhar com devidas atribuições previdenciárias, que são divididas com o próprio Estado – que arrecada os impostos condizentes durante todo o período de produtividade e contribuição previdenciária do trabalhador – sejam destituídos.

Trata-se, de forma mais precisa, de uma reforma concisa sobre sistematização de preceitos e vínculos entre patologias que possuem intrínsecas conexões junto às manifestações produtivas do trabalhador, de modo a mensurar as proporcionalidades entre causalidades e consequências para posteriormente vir a constituir uma remissão sobre se a improdutividade alegada possui origem atribuída à atividade desempenhada por aquele que o reclama.

Esse processo pode ser identificado pela perícia médica, e por meio dela que se conduz a única via para a autorização dos benefícios fundamentados pela questão previdenciária, embora sua funcionalidade não remeta unicamente a emissão das garantias que permitam ao indivíduo invalidado que se sustente (LAVINAS, 2008).

As informações colhidas pela análise pericial fortalecem um núcleo de dados epidemiológicos e são suficientemente capazes de analisar o risco desenvolvido em atividades que podem causar doenças, agravos de saúde, e, principalmente, perda da capacidade de trabalho no país.

A análise estratégica desses dados é que permitirá a implementação e medidas abrangentes de prevenção e conscientização, tal como explanam Todeschini e Lino (apud MACHADO, SORATTO, CODO, 2010, p. 23).

A discussão da epidemiologia e trabalho é instrumento valioso para avançarmos na proteção laboral. Precisamos ampliar o conhecimento científico dessa matéria e difundi-lo de todas as formas. As discussões em curso tanto na Previdência, com a adoção do Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário (NTEP), como em fóruns científicos e outros, possibilitam uma melhor disseminação dessa nova maneira de fotografar as doenças e acidentes de trabalho.

A metodologia de análise de pedidos de concessão ao benefício previdenciário em casos de invalidez por ocupação profissional fora significativamente reformulada pela lei nº 11.430/2006.

Nessa legislação, ficou claro que os núcleos informacionais não ficariam responsáveis apenas como meios de acumulação quantitativa de dados, sem que se submetessem a uma descrição efetiva sobre os fatores que determinam o condicionamento do trabalhador a tal situação de incapacidade produtiva.

Essa nova metodologia constituiu uma verdadeira revolução da maneira em se conduzir a saúde ocupacional no âmbito brasileiro e a coibição ao risco epidemiológico de acidentes e transtornos ligados ao ambiente e práticas de trabalho, classificado como algo sem precedentes não apenas no país, mas em todo o mundo (MACHADO, SORATTO, CORDEIRO, 2010, p. 23).

A mudança se concentrou de forma mais enfática sobre a utilização da semântica compreendida pela correlação entre doença e invalidez, avaliação da profissiografia, mensuração dos fatores de risco dentre outros elementos importantes para a determinação do nexo alegado pelo indivíduo como a causa de sua desocupação.

Há pouco tempo o sistema de análise previdenciária no Brasil consistia na comparação entre os problemas de higidez ocupacional a um número aproximado de cinco mil enfermidades catalogadas, conforme o mecanismo utilizado para o levantamento quantitativo posteriormente assimilado pela Previdência Social do Brasil.

A partir de 2007, o sistema de Comunicação de Acidentes de Trabalho do Governo Federal (CAT) aumentou esse comparativo para 27 mil patologias e agravos potencialmente relacionados à atividades ocupacionais, caracterizando o atual Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário (LAVINAS, 2008).

Essa ampliação impulsionou o mecanismo analítico adotado pelo sistema previdenciário nas etapas de identificação e vinculação entre a incapacidade

produtiva-profissional e a doença caracterizada como de risco epidemiológica associado ao trabalho.

A redefinição ampliou consideravelmente a conjuntura de fatores epidemiológicos relacionados à invalidez produtiva no trabalho, como explicam Machado, Soratto e Cordeiro (2010, p. 24-25):

Esse reconhecimento, feito tanto pela perícia médica do INSS quanto por serviço médicos e empresas, teve também a participação incisiva dos Centros de Referência de Saúde do Trabalhador (CEREST) da rede pública do Sistema Único de Saúde (SUS). Houve um gradativo reconhecimento das doenças do trabalho ao longo dos últimos anos e o salto vertiginoso deu-se a partir de abril de 2007 com a implantação do Ntep. Foi um avanço considerável de notificação. As incapacidades temporárias acidentárias, incluídas as doenças de trabalho, com mais de quinze dias registradas pelos médicos peritos do INSS, saltaram de 137 mil casos em 2006 para 274 mil casos em 2007. Ou seja, tivemos em relação a 2006 um crescimento de 201%.

A implementação dessa nova metodologia de análise do sistema previdenciário brasileiro proporcionou o advento de uma perspectiva mais precisa sobre a constatação de casos de desocupação no âmbito trabalhista, concentrando-se não apenas no combate da subnotificação, mas também a problemas como fraudes do sistema, da mensuração sobre causas e efeitos de acidentes, lesões e distúrbios patológicos que possam inviabilizar a produtividade do profissional de forma temporária ou de caráter irreduzível.

O papel desempenhado pelo Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário também assume uma papel imprescindível no sistema de concessão de benefícios, evitando gastos indevidos que geram grande ônus financeiro ao Estado e aos contribuintes, para suprir as exigências previdenciárias necessárias para cobrir pedidos de aposentadorias especiais e demais garantias (MACHADO, SORATTO, CODO, 2010).

Os números referentes aos custos dos benefícios acidentários, ou seja, auxílios de doenças profissionais ou do trabalho, auxílio-acidente, auxílio-doença acidentária, auxílio suplementar, pensão por morte e invalidez permanente são consideráveis. Esses dados sensibilizam a sociedade como um todo, pois é ela quem paga a conta, através da contribuição previdenciária dos trabalhadores e empregadores. Em 2007, a Previdência desembolsou 5 bilhões em benefícios. Além disso, tivemos o custo de mais de 5, 7 bilhões em aposentadorias especiais, decorrente de ambientes insalubres, penosos e perigosos [...]. A soma de todos esses custos, englobando, além dos benefícios pagos, os custos indiretos como assistência médica, treinamento, cessão e quebra de produção decorrente dos acidentes e doenças, substituição de trabalhadores, entre outros,

representa para o Brasil 42 bilhões de custos anuais (2007), ou seja, 1,8% do PIB nacional (MACHADO, SORATTO, CODO, 2010, p. 27).

De fato, tal como apontam estudos sobre gastos sustentados pelo Estado brasileiro na cobertura de pedidos de aposentadoria e demais benefícios previdenciários suscitados quanto a eventos de acidentes e distúrbios à higidez do trabalhador, houve um considerável aumento do repasse de recursos para este setor nos anos seguintes à utilização do novo Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário.

Esse aumento, entretanto, é explicado pela reformulação dos critérios, o que permitiu a correção de pedidos de aposentadoria especial capacitados pela reformulação do processo analítico, expandido para uma correlação mais ampla de eventos epidemiológicos vinculados direto ou indiretamente à ocupação profissional (SOUZA et al., 2008).

Porém, pelo que remete à compreensão do processo repercutido em médio e longo prazo, a reconsideração da análise pericial por parte desta nova abordagem certamente implicará em uma diminuição considerável destes encargos por parte das obrigações do Estado ao se considerar que o levantamento de informações conduzirá no fortalecimento e racionalização de diretrizes e políticas públicas capacitadas para o controle de fatores de risco ocupacional.

Essas medidas de prevenção significam uma economia maior no corte de gastos públicos referentes à concessão de benefícios por acidentes e doenças provenientes do trabalho (LAVINAS, 2008).

A sistemática do Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário não somente se restringe à avaliação da problemática instituída pelas relações trabalhistas consolidadas por um pacto contratual, mas que pode ser plenamente capacitada para a análise do risco epidemiológico referente ao índice de desocupação de trabalhadores sob o regime previdenciário especial, como no caso do segurado especial.

Essa abordagem pode corrigir uma falha histórica que tanto privou os mecanismos de alimentação dos bancos de informação do sistema previdenciário, como se refere à existência do sistema de Comunicação de Acidentes de Trabalho, e que foram duramente criticados por estudiosos do assunto antes da implantação do Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário, como ressaltam Garrone, Cordeiro e Haddad (2005, p. 796).

O Sistema CAT, por referir-se apenas aos trabalhadores com direitos previdenciários e os atestados de óbitos e prontuários, muitas vezes preenchidos de maneira indevida, não permitem a real mensuração do problema 15. Ademais, a ausência de estudos sobre as condições de vida e saúde de pescadores profissionais artesanais de água doce no Brasil e a necessidade do entendimento dessas características para a elaboração de programas educativos e assistenciais, torna imprescindível a realização de pesquisas na área, sobretudo sob o ponto de vista da saúde ocupacional, a qual não dispõem de informações dessa natureza.

O Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário adotado pela metodologia de análise previdenciária do Brasil se corresponde, de forma simultânea como uma evolução e uma resposta às antigas sistêmicas empregadas com o mesmo propósito, mas que permitia o prevaecimento de erros materializados especialmente por fraudes que são atualmente combatidos pelo uso dessa nova ferramenta de análise pericial (LOURENÇO, 2011).

As formas antigas de identificação, levantamento, análise e concessão de benefícios se baseavam necessariamente pela instrumentação da Comunicação de Acidentes de Trabalho por parte do por parte do Conselho Nacional de Previdência Social.

Entretanto, essa ferramenta se demonstrava muito limitada quanto à análise precisa de fatores epidemiológicos e manifestações patológicas vinculadas ao trabalho.

Os equívocos referentes ao antigo sistema de análise pericial eram provocados por questionários e realizações de exames que não cobriam dados importantes para o reconhecimento do problema em sua totalidade (SOUZA et al., 2008).

A metodologia antiga se demonstrava bastante falha com relação a um comportamento denominado de cultura de subnotificação, sendo que a mudança no modelo permitiu a extensão do número de doenças e agravos mediante a CID-10, sendo que problemas de saúde antes desconsiderados passaram a ser contabilizados e subentendidos na análise do sistema previdenciário. Sobre o controle de práticas de subnotificação, assim descrevem Machado, Soratto e Codo (2010, p. 40):

Ainda que o formulário esteja ligado ao paradigma da subnotificação, é enorme a importância de seu registro, pois é o único instrumento no âmbito da Previdência Social que propicia: o cômputo do afastamento do

trabalhador de sua atividade laboral para receber uma simples assistência médica por evento de acidente ou doença no trabalho; do afastamento do trabalhador em período inferior a 15 dias; óbito de segurado, por acidente do trabalho, que não possua dependentes habilitados a benefício pensão por morte; dados específicos do acidente e doença do trabalho, tais como objeto causador, hora do evento, entre outros. Estes dados servem de base de informação para a formulação das políticas do Ministério do Trabalho e Emprego e outros organismos que se interessam pelo tema.

As transformações significativas do processo de averiguação e interpretação sustentadas pela aplicação do Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário adotam a sistemática da Classificação Estatística Internacional de Doenças, o CID-10, como há pouco mencionado.

Essa ferramenta era então capacitada pelos processos anteriores, embora a reformulação do método de aplicação de questionários e da análise por parte do médico perito tenha expandido significativamente as correlações entre a prática do indivíduo e o motivo patológico de sua desocupação, aferindo-lhe uma conjuntura bem mais significativa de distúrbios relacionados à integridade física e psicológica caracterizada como enfermidades ocupacionais (OLIVEIRA, 2010; MORAES, 2008).

Cada enfermidade de origem mencionada na CID-10 se dispõe junto a vínculos que definem a sua natureza e, mais estritamente, à sua manifestação enquanto distúrbio gerado por indisposições ambientais no contexto produtivo, acidentes e demais fatores de risco invariavelmente incorporados ao âmbito trabalhista.

Estas conjunturas se deixam geralmente converter ao que no CID-10 se percebe na forma de capítulos, em que as patologias e riscos epidemiológicos se inserem em segmentos devidamente categorizados por códigos e valores de identificação.

Pela leitura destes elementos, organizados sob uma semântica de assimilação universal, é perceptível a disposição do sistema de patologias identificadas e de implicações laborarias, de onde a metodologia do Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário busca apreender as informações e correlações exigidas para a emissão do laudo de atestação entre a função exercida e o transtorno alegado como motivo de sua invalidez.

O ordenamento dos denominados capítulos que conferem a representação do CID-10, alterado de forma enfática a partir da implementação da

nova metodologia analítica pode ser descrito por (MACHADO, SORATTO, CODO, 2010):

Capítulo I: Algumas doenças infecciosas (A00-B99);

Capítulo II: Neoplasias – tumores (C00-D48);

Capítulo III: Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários (D50-D89);

Capítulo IV: Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (E00-E90);

Capítulo V: Transtornos mentais e comportamentais (F00-F99);

Capítulo VI: Doenças do sistema nervoso (G00-G99);

Capítulo VII: Doenças do olho e anexos (H00-H59);

Capítulo VIII: Doenças do ouvido e da apófise mastoide (H60-H95);

Capítulo IX: Doenças do aparelho circulatório (I00-I99);

Capítulo X: Doenças do aparelho respiratório (J00-J99);

Capítulo XI: Doenças do aparelho digestivo (K00-K93);

Capítulo XII: Doenças da pele e do tecido subcutâneo (L00-L99);

Capítulo XIII: Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (M00-M99);

Capítulo XIV: Doenças do aparelho geniturinário (N00-N99);

Capítulo XV: Gravidez, parto e puerpério (O00-O99), que apesar de não se manifestarem como patologias, incorrem na concessão do seguro-maternidade e, mais recentemente, do seguro-paternidade;

Capítulo XVI: Algumas afecções originadas no período perinatal (P00-P96);

Capítulo XVII: Malformações congênitas, deformidades e anormalidades cromossômicas (Q00-Q99);

Capítulo XVIII: Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte (R00-R99);

Capítulo XIX: Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas extremas (S00-T98);

Capítulo XX: Causas externas de morbidade e de mortalidade (V01-Y98);

Capítulo XXI: Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (Z00-Z99).

Através dessa metodologia de reconhecimento do Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário é que se torna possível especular sobre os principais

fatores de risco para a manifestação de doenças e agravos de saúde relacionados a atividades ocupacionais diversas.

O sistema previdenciário nacional modernizou seu processo de levantamento de dados na última década, através de tecnologias integradas de informação, principalmente pela utilização do Cadastro Nacional de Informações Sociais (CNIS), que funciona como uma entrada de informações que alimentarão o sistema DATAPREV.

Através desses mecanismos que a Previdência Social arrecimenta valores estatísticos que descrevem quem são os beneficiários, os motivos que fizeram procurar a concessão de aposentadorias ou auxílio-doença, bem como outros aspectos que descrevem o perfil do segurado. Nesse contexto é que se dá o processo de identificação de categorias profissionais específicas, como no caso do segurado especial (LOURENÇO, 2011).

Isso significa que, por meio da metodologia contemporânea do NTEP/CID-10, por exemplo, em que o presente estudo pretende discorrer sobre aspectos socioepidemiológicos de um dos principais problemas de saúde que acometem segurados especiais no Maranhão: a dorsalgia.

Essa análise permite destacar que o mencionado transtorno de ordem osteomuscular se demonstra bastante prevalente entre lavradores, pescadores, mariscadores, índios, quilombolas e demais trabalhadores rurais que atuam em regime de subsistência recorram ao sistema previdenciário a título de alcançar os benefícios sociais que lhes compete, legalmente.

Além dessa descrição socioepidemiológico, o estudo deve contribuir para o reconhecimento de medidas preventivas que permitam promover saúde e qualidade de vida ao trabalhador do campo.

3 RELATO DE CASO

A intenção em realizar um estudo sobre as relações entre epidemiologia de doenças e agravos de origem laboral ao Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário surgiu principalmente da dificuldade em se encontrar dados mais precisos sobre essa relação, sobretudo se considerado a situação no universo de trabalhadores rurais maranhenses.

As dificuldades aumentam quando relevada a figura do segurado especial, uma vez que as informações disponibilizadas no sítio eletrônico do DATAPREV não diferenciam informações estatísticas entre o trabalhador rural comum – aquele que se dedica a atividades agropecuárias ou extrativistas convencionais, mas que está inserido no programa de recolhimento de tributos previdenciários, seja como empregado formal, cooperado ou que paga título previdenciário de forma autônoma – daquele legalmente caracterizado como segurado especial.

Por sua vez, os anuários estatísticos sobre acidentes de trabalho e de concessão de benefícios, publicado anualmente pelo Ministério da Previdência Social, apresentam informações interessantes sobre número de acidentes e de pagamento de benefícios e auxílios para segurados especiais.

Até mesmo o Boletim Estatístico Regional da Previdência Social, publicado mensalmente e com detalhes sobre cada estado, não aborda de forma mais profunda sobre as relações entre o NTEP e a concessão de benefícios entre segurados especiais.

No entanto, esses dados publicados periodicamente e disponíveis para acesso público abordam um contexto muito amplo, não especificando, por exemplo, detalhes sobre qual a doença ou agravo de saúde de cunho ocupacional que mais mitiga o ingresso de segurados especiais no INSS do Maranhão.

Decerto, essas informações mais específicas se encontram armazenadas no banco de dados da Previdência Social, embora seu acesso somente é possibilitado mediante a correspondência de alguns protocolos e medidas burocráticas.

A proposta original do presente estudo era a de analisar todos os dados que correlacionam o Nexo Técnico Epidemiológico com relação a pedidos de

aposentadoria e auxílios-doença entre segurados especiais maranhenses em um determinado período.

Porém, como o pedido para acesso dessas informações não foi correspondido – até a presente data – pelos representantes do Ministério da Previdência no Maranhão, o contexto da pesquisa teve de ser sutilmente alterado, de modo a concentrar a análise sobre apenas uma doença ou agravo de saúde, contribuindo para uma ilustração mais restrita, porém fidedigna à realidade do segurado especial do estado.

Assim, decidiu-se estreitar a pesquisa com base em um problema bastante comum entre os trabalhadores rurais, responsável por gerar transtornos temporários ou permanentes ao à saúde, e, por essa razão, costuma ser apontado como o principal nexu técnico epidemiológico previdenciário a fomentar o ingresso de pedidos de concessão de benefícios, de acordo com dados da Previdência Social (BRASIL, 2012).

Fala-se, mais precisamente, da manifestação de dorsalgias, que caracteriza uma verdadeira epidemiologia com relação ao cenário produtivo, especialmente entre trabalhadores rurais que se submetem a atividades que sujeitam o indivíduo ao estresse físico e a situações prejudiciais à condição osteomuscular.

As informações foram obtidas por meio acesso ao bando de dados da representação do Instituto Nacional de Seguro Social no município maranhense de Coroatá. Esses dados se referem aos registros no Cadastro Nacional de Informação Social que alimenta a plataforma do DATAPREV do sistema previdenciário brasileiro.

4 DISCUSSÃO

Na atualidade, são evidenciados programas de prevenção de acidentes e doenças de trabalho cada vez mais preocupadas quanto à emissão de condições mais salubres ao profissional, o que constitui como um avanço nas relações trabalhista, sendo um princípio inclusive assegurado por lei, como no caso do Brasil, que possui uma legislação contundente sobre controle de riscos e agravos ocupacionais.

Essas orientações remetem na implementação de práticas mais saudáveis, higiênicas e profiláticas no que se refere à manifestação de transtornos diversos.

No entanto, há determinados problemas de saúde ocupacional que se demonstram mais prevalentes e incidentes não apenas no Brasil, mas em todo o mundo, responsável pela entrada de milhares de acidentes e entradas na rede pública de saúde e no sistema previdenciário, caracterizando uma verdadeira epidemiologia caracterizada por distúrbios de ordem locomotor-osteomuscular, especialmente a dorsalgia (BRAZIL *et al.*, 2004).

Pela representação de casos que fazem se tornar uma problema de saúde pública, dorsalgia e demais manifestações miálgicas do sistema osteomuscular são apontadas também como um dos principais transtornos de natureza ocupacional, sendo inerente à realização de diversas atividades profissionais, das mais simples às mais sofisticadas.

Por essa razão que se permite aprofundar sobre a questão socioepidemiológica da dorsalgia e suas implicações para o sistema previdenciário brasileiro, especialmente no contexto representado por trabalhadores rurais classificados como segurados especiais. Posterior a essa contextualização, segue-se uma análise sobre a experiência do município de Coroatá.

4.1 Implicações epidemiológicas

Complicações referentes a dores crônicas se correspondem como um dos principais sintomas de natureza ortopédica, que serve como indicativo quanto à

condução das primeiras práticas diagnósticas na observação de problemas de ordem locomotora-osteomuscular (FARACO, 2009).

Através da manifestação de mialgias constantes é que se pode correlacionar outros tipos de transtornos sistêmicos; físicos, psíquico-comportamentais e até mesmo de correspondência socioafetiva, que podem estar intimamente vinculados, por exemplo, ao estilo de vida e às funções laborais desempenhadas pelo indivíduo (NOVA, SHIMO, LOPES, 2006).

A dorsalgia se apresenta como um transtorno recorrente entre a população, especialmente entre a faixa economicamente ativa, que se submete a situação de estresse muscular ou desconforto da postura de formas intensas, sendo um problema tão frequente em um dado contexto demográfico que se torna compreendido como um sério problema público de saúde (JUNIOR, GOLDENFUM, SIENA, 2010).

Dentro do seu contexto sintomático, as manifestações de dorsalgia podem ser segmentadas em categorias variantes conforme a intensidade da dor, podendo ser agudas, subagudas e crônicas.

Mais da metade da população mundial se encontra sujeita a dores desta natureza, já a desenvolveram ou se encontram em um contexto favorável à sua manifestação pelo menos uma vez na vida, ainda que a maior parte dessas manifestações não se apresenta como algo tão nocivo às atividades humanas por não se corresponderem como causas de incapacitação do sujeito, sendo muito satisfatória a aplicação de tratamentos que conseguem resolver problemas contínuos de dor costal se devidamente submetidas a tratamento em tempo hábil (GONZAGA, 2006).

A epidemiologia dorsalgia ocupacional é particularmente responsável por 15 a 20% das notificações patológicas e correspondem a 25% dos casos de invalidez permanente, considerando-se a média dos sistemas previdenciários em todo o mundo (IGUTI, 2003).

Os custos resultantes aos cofres públicos por conta destes problemas são bastante expressivos, primeiro dentro de um sentido mais categórico, como referente aos encargos sobre assistência e tratamento no Serviço Único de Saúde e em razão do pagamento de indenizações, pensões e outras formas de benefícios decorrentes da disfunção laboral gerada por dores na região dorso-lombar, e,

consequentemente, com base no cálculo da população economicamente ativa que perde sua potencialidade laboral, temporária ou permanente.

Em países europeus, como Alemanha e Inglaterra, apenas no ano de 1990, o impacto previdenciário e econômico da epidemiologia da dorsalgia e lombalgia vinculada à ocupação profissional gerou despesas entre 50 a 100 bilhões (GUO, 1995).

Pesquisas com base em estudos internacionais, que a prevalência de casos de dorsalgia foi mensurada em 18% nos Estados Unidos apenas no ano de 1995; enquanto que, na Inglaterra, este índice, no mesmo ano, ficou na faixa de 35-37% (IGUTI, 2003).

Martins e Silva (2005) com base em pesquisas pautadas em dados ainda referentes à década de 1990 nos EUA e Reino Unido, ainda adverte sobre o problema de desleixo dos pacientes com relação aos primeiros sintomas de dores crônicas na região dorso-lombar, que acabem por decorrer no agravamento da situação clínica.

Significativo número de indivíduos da população, que são atendidos por fisioterapeutas, queixam-se de dores na coluna vertebral. Este fato é confirmado em estudos com fisioterapeutas dos EUA e Grã-Bretanha, nos quais se abordavam as queixas, a conduta para esses pacientes e os métodos mais usados, nesses países, para seu tratamento. Concluíram que os tratamentos são variados e que na maioria das vezes não são avaliados cientificamente, sendo muitas vezes utilizado como único parâmetro de efetividade da terapia apenas o relato isolado do paciente (MARTINS, SILVA, 2005, p. 276).

Conforme observações destacadas por outras publicações estrangeiras, é destacável que há agrupamentos humanos que se encontram mais propensos à manifestação de problemas referentes a mialgias estendidas pela região dorso-lombar, com intensidade permanente ou crônicas.

Por exemplo, Shelerud (1998) cita que alguns profissionais que se encontram mais sujeitos a apresentarem algum tipo de transtorno decorrente de dorsalgia. Segundo esse mesmo autor, somente nos Estados Unidos, durante os primeiros cinco anos da década de 1990, reconheceu-se que lixeiros correspondem a 11,1% dos casos diagnosticados; mecânicos, com 5,6%; auxiliares técnicos em enfermagem, 3,6%; e 2,8% entre trabalhadores da construção civil.

Entre os pacientes a quem os diagnósticos não apontavam correlação etiológica com funções laborais, ou seja, inserindo o contexto epidemiológico de

indivíduos acometidos por dorsalgia de causa desconhecida ou não relatada, os índices levantados nas pesquisas podem variar (MANN *et al.*, 2008).

No Brasil, por exemplo, reconhecendo-se que a epidemiologia da dor costal de diversas intensidades se demonstra também vinculada até mesmo às práticas cotidianas e hábitos que podem comprometer a integridade física da região dorso-lombar, junto com mialgias crônicas decorrentes de lesões por esforço repetitivo – as *LER* (PIRES, DUMAS, 2008).

Há ainda referências que apontam este transtorno como tão grave para a população brasileira, a ponto de serem estabelecidas campanhas preventivas que minimizem a ocorrência de casos, gerando problemas não apenas à questão individual, mas também ao Estado que se vê obrigado a custear despesas previdenciárias e quanto ao serviço público de saúde (JUNIOR, GOLDENFUM, SIENA, 2010).

Contudo, no que tange à delimitação do grupo de risco para problemas clínicos decorrentes de transtornos osteomusculares, ressalta-se que os pacientes mais sujeitos se caracterizam como aqueles que lidam com cargas muito elevadas ou que demonstram postura incorreta, especialmente entre aqueles que ainda se organizam em torno de situações errôneas e de grande risco, exigindo forte esforço de si (COSTA, ASSIS, 2010).

Conforme dados apresentados pelas pesquisas censitárias sobre saúde pública no Brasil, conduzida pelo Ministério da Saúde no biênio 1995-1996, onde se reconheceu que o Brasil apresentava mais de 17 milhões de pacientes que adentraram no Sistema Único de Saúde foram acometidos por problemas inseridos nesta categoria, em que se especula que muito destes se encontravam incluídos no contexto produtivo ou que adquiriram lesões por implicações cotidianas, valendo-se da postura errônea para executar suas tarefas cotidianas, apresentando-se como um público sujeito à manifestação de dorsalgias e lombalgias (SPERANDIO, MOTA, 2005; IGUTI, 2003).

Dentro do contexto sanitário-epidemiológico, entre aqueles indivíduos atestados como acometidos por dorsalgia aguda, especula-se que 60% dos casos são conduzidos quanto ao reconhecimento da plena indisposição para suas ações cotidianas sem que, para isso, sejam sujeitos à assistência médica adequada, especialmente porque durante o período de afastamento para cuidados médicos os sintomas desaparecem (BRASIL, 2011).

Os demais 40% de pacientes nesta situação desenvolvem plena disfunção por período mais extenso, por até 60 dias, que, obrigatoriamente, dependiam quanto à assistência social promovida pelo Instituto Nacional de Seguro Social e pelo Sistema Único de Saúde, considerando apenas os dados estatísticos emitidos por estas entidades durante os primeiros anos da década de 2000 (BRASIL, 2011).

Os demais grupos representantes desta epidemiologia são constituídos por sujeitos que apresentam distúrbios desta natureza após serem acometidos por acidentes e traumas de ordem mecânica, implicações provenientes de transtornos congênitos, de lesões de caráter cumulativo que se intensificaram após anos de descuidados com a postura, de hábitos sedentários ou da atividade física desorientada (RODRIGUES *et al.*, 2012).

Entre os trabalhadores rurais, os valores se aproximaram da marca de 5% de indivíduos acometidos por dorsalgias, lombalgias e problemas vinculados ao sistema osteomuscular, reconhecendo-se que a epidemiologia do problema se demonstra vinculada até mesmo a realidades produtivas em que se presume maior nível técnico-produtivo (BRASIL, 2011).

Aliás, dados sobre a extensão epidemiológica de dorsalgias especificando a categoria de segurado especial são exclusivos ao cenário sanitário e previdenciário do Brasil, uma vez que, em outros países, essa figura é praticamente inexistente, até mesmo pequenos agricultores dispõem de recursos e conhecimentos técnicos mais evoluídos quanto à classe representada no contexto agrícola-agrário brasileiro.

Segundo Filho e Silva (2011), com base em epidemiológicos recolhidos junto ao DATAPREV em 2007, a dorsalgia foi classificada como o principal Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário em termos de concessão de aposentadorias por invalidez no Brasil naquele ano.

Em uma análise sobre 10.839 casos, 8,5% das solicitações do benefício vieram de trabalhadores que atuam no campo e, desse contingente, 4,1% foram classificados como segurados especiais (FILHO, SILVA, 2011, p. 500).

O segurado especial é destacado como mais propenso ao risco de desenvolver problemas osteomusculares como a dorsalgia, por razões que descrevem vulnerabilidade técnica ao intenso desgaste físico como pela exposição a choques mecânicos, sobrecarga de carregamento de objetos, postura incorreta, uso

indevido de ferramentas produtivas e demais ações que caracterizam o trabalho de lavradores, pescadores e demais trabalhadores inseridos nesse contexto específico conforme o sistema previdenciário nacional.

No geral, sobre correspondências expressivas entre a manifestação de dorsalgia e transtornos decorrentes da ocupação laboral, Junior, Goldenfun e Siena (2010, p. 583) concluem que:

Sobrepujada apenas pela cefaleia dentre os distúrbios dolorosos que mais afetam o homem, a dor dorso-lombar é causa frequente de morbidade e incapacidade, estando associada a importante impacto social e econômico. Estudos epidemiológicos apontam a prevalência das dorsalgias na população em geral entre 50% a 80%: A dor costal, um dos principais motivos de consultas médicas, hospitalizações e intervenções cirúrgicas, acomete comumente homens acima de 40 anos e mulheres entre 50 a 60 anos de idade, estas provavelmente em decorrência da maior prevalência e consequências da osteoporose. A dorsalgia ocupacional, a maior causa isolada de transtorno de saúde relacionado com o trabalho e de absenteísmo, a causa mais comum de incapacidade em trabalhadores com menos de 45 anos de idade, tem predileção por adultos jovens e é responsável por aproximadamente 1/4 dos casos de invalidez prematura.

O cenário brasileiro ainda necessita de dados mais atualizados que atestem a participação das dores musculares na região costal como um dos transtornos de saúde mais comuns no contexto epidemiológico referente a aspectos multifatoriais no país.

No entanto, muitos estudos, com base em dados levantados durante a década de 1990 e no começo dos anos 2000, em que aproximadamente 76,7% de indivíduos que recorreram ao Sistema Público de Saúde alegando dores lombares alegaram a manifestação do problema a suas atividades cotidianas ou ocupacionais (JUNIOR, GOLDENFUM, SIENA, 2010).

No contexto representado por casos aonde as implicações etiológicas dos problemas decorrentes de dor costal não se encontram associadas a práticas laborais, torna-se reconhecível a relação do estilo de vida praticado pelos indivíduos, sobretudo no que se refere a hábitos irregulares que denigrem a condição estrutural da postura e, conseqüentemente, do sistema osteomuscular (SPERANDIO, MOTTA, 2005; IGUTI, 2003).

Geralmente, erros referentes ao andar, sentar, carregar objetos, sedentarismo, prática errônea de atividade física, e outras atividades cotidianas que exigem dinamismo corporal podem se apresentar como causalidades para a

manifestação de dorsalgias, sendo sua tipologia e intensidade variantes conforme o tempo de exposição do indivíduo a situações críticas de risco ocupacional (BRAZIL *et al.*, 2004).

Esses problemas podem ser cumulativos ou instantâneos, estando também associados ao histórico ou à sujeição do indivíduo a situações de risco.

Como antes especificado, alguns grupos são destacados como que se encontram mais vulneráveis à caracterização de problemas osteomusculares, entre os quais a manifestação de dores crônicas na região dorso-lombar (COSTAS, ASSIS, 2010; MANN *et al.*, 2008).

4.2 Fisiopatologia e etiologia

Fisiologicamente, a dorsalgia se caracteriza como a manifestação de mialgias de diversas intensidades nas áreas caracterizadas na região costal inferior, lombossacral ou sacroilíacas da coluna lombar.

Tal problema é frequentemente caracterizado pela dor que se estende do ponto crítico para a região das nádegas e membros inferiores, em razão da irradiação pelo nervo ciático, o que caracteriza a dor ciática (BRASIL, 2011).

A etiologia da lombalgia é bastante abrangente, a se reconhecer que mais de 90% dos indivíduos acometidos por dorsalgia evolui mialgia consequente da depreciação gradativa do sistema esquelético-muscular da região dorso-lombar, gerando problemas como entorses e distensões, da desestruturação da condição anatômica convencional e da decorrência de trauma na região, ao passo que outros 10% de pacientes manifestam lombalgia decorrente da manifestação de doenças de caráter sistêmico (BARBOSA, 2007).

Neste contexto sistêmico de formação de dorsalgias, reconhecem-se mais de 70 patologias relacionadas, ainda que a maioria dos casos decorra quanto do desgaste sinérgico da região dorso-lombar, caracterizando-se como uma *“dor secundária proveniente do uso excessivo de uma estrutura anatômica normal ou uma dor secundária devido a um trauma ou a uma deformidade de uma estrutura mecânica”* (GONZAGA, 2006, p. 125).

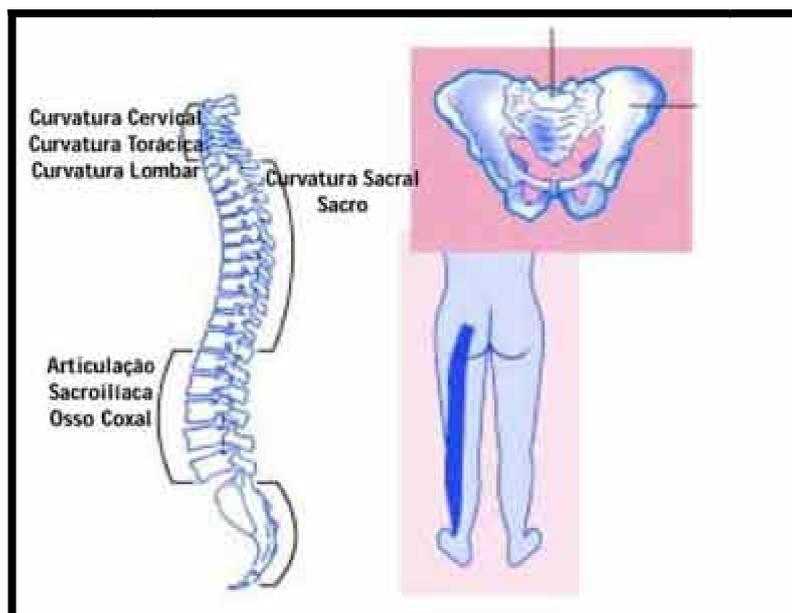


FIGURA 01: Estrutura da coluna vertebral, a articulação sacro-ilíaca e a distribuição da dor ciática. Fonte: Brasil, 2013.

Reconhece-se ainda a tipologia idiopática de dorsalgia, quando não se reconhece uma causa ou conjuntura etiológica satisfatória para aferir sua manifestação (VILARROEL, 2009).

Porém, estas causalidades podem ser especuláveis quanto a problemas relacionais à indisposição operacional quando do ato do trabalho, problemas de sobrepeso e obesidade, excesso de trabalho, sujeição a atividades físicas mais severas, sedentarismo, depressão, transtornos sociocomportamentais, distúrbios gerados pela má postura ao sentar, andar ou praticar outras ações cotidianas, dentre outras hipóteses normalmente vinculados a hábitos e ao estilo de vida do indivíduo acometido por este problema (BRAZIL *et al.*, 2004).

Especula-se que 70% dos pacientes manifestaram algum tipo de dorsalgia de forma esporádica e não-linear, enquanto que outros 14% destacaram manifestações prolongadas por até duas semanas (BRASIL, 2011).

Entre pessoas acometidas por lombociatalgias, um cenário radicular expressivo se manifesta através de 1,5% desses episódios, decorrendo quanto a uma autêntica causa para a disfunção laboral, definitiva ou temporariamente (VILARROEL, 2009).

A se considerar que a maior parte das manifestações de dorsalgia se decorre quanto a evidenciações delimitadas quanto à extensão e intensidade, destaca-se que diagnóstico por imagem se faz pouco necessário, por haver outros

procedimentos mais simples e tão efetivos que possam aferir resultados mais conclusivos quanto ao reconhecimento do quadro clínico do paciente (NOVA, SHIMO, LOPES, 2006).

A análise histórica do estilo de vida do paciente se demonstra como um dos recursos mais imprescindíveis para a aferição do diagnóstico, destacando que os fatores que decorrem quanto à gênese da mialgia, assim como sua intensidade e período de manifestação, permitem à emissão de dados importantes que possam apontar a verdadeira etiologia do problema, pois, como destaca a passagem em Brazil (*et al.*, 2004, p. 420), suas causas são extensas e sistêmicas:

Inúmeras circunstâncias contribuem para o desencadeamento e cronificação das síndromes dolorosas lombares (algumas sem uma nítida comprovação de relação causal) tais como: psicossociais, insatisfação laboral, obesidade, hábito de fumar, grau de escolaridade, realização de trabalhos pesados, sedentarismo, síndromes depressivas, litígios trabalhistas, fatores genéticos e antropológicos, hábitos posturais, alterações climáticas, modificações de pressão atmosférica e temperatura. Condições emocionais podem levar à dor dorso-lombar ou agravar as queixas resultantes de outras causas orgânicas preexistentes.

Estudos recentes atestam que a manifestação de dorsalgias se encontra intrinsecamente correlacionada à carga psíquico-social e física derivada das práticas laborais e cotidianas (MANN *et al.*, 2008).

Neste contexto, podem ser citados como problemas a condução de massa, movimentos do tronco e demais aspectos que podem ser variantes quanto ao gênero, idade e status físico, o que permite a conclusão de que, por mais que existam ocupações mais propensas à evidenciação de problemas decorrentes de mialgias na região costal, há pretensa facilidade de ocorrência para outros tipos de ocupação (JUNIOR, GOLDENFUM, SIENA, 2010).

A importância do exame clínico se apresenta por ser esta a instrumentação satisfatória quanto à definição de um diagnóstico satisfatório para a maior parte dos casos. O diagnóstico considera aspectos atestados clinicamente, especialmente pela correlação entre a evidência de sintomas e o reflexo neuromotor procedente nestas manifestações (FERNANDES, 2009; BARBOSA 2007; GONZAGA, 2006).

Técnicas paralelas como raios-X, tomografia computadorizada e ressonância magnética podem contribuir quanto à aferição de maior eficácia no diagnóstico, especialmente no que tange à análise da intensidade de distribuição do

problema, mas com a ressalva de que estes recursos só podem ser aplicados para pacientes clinicamente estáveis (LIMA, 2009; PIRES, DUMAS, 2008).

A atribuição de referências sobre possíveis causas para a ocorrência da dorsalgia, que podem contribuir quanto à análise, por exemplo, do perito médico, especialmente entre pessoas cuja prática se demonstra irrefutavelmente vinculada a esforços repetitivos, pesados, à má-postura e aos excessos de movimentos contrários à simetria natural do corpo, à falta de ergonomia, incondicionamento, osteoartrose da coluna; osteofitose -conhecido popularmente como *bico de papagaio* – e osteoporose, sendo estes problemas comumente evolutivos com o passar do tempo (FERNANDES, 2009; LORENZETTI, 2006).

A respeito deste aspecto temporal incorrente na referida manifestação patológica, Lorenzetti (2006, p. 77) destaca que, *“as articulações da coluna vão se desgastando, podendo levar à degeneração dos discos intervertebrais e que apesar da recuperação, há tendência de recorrência dos sintomas dolorosos, que também pode ter como causas anormalidades vasculares, neuromodulação da dor ou fatores psicossociais”*.



FIGURA 02: Representação da sintomatologia da lombalgia. Fonte: BRASIL, 2013.

A etiologia da dorsalgia é bastante abrangente, a se reconhecer que mais de 90% dos indivíduos acometidos por dorsalgia evolui mialgia consequente da depreciação gradativa do sistema dorsal, gerando problemas como entorses e distensões, da desestruturação da condição anatômica convencional e da decorrência de trauma na região; ao passo que outros 10% de pacientes manifestam

dorsalgia decorrente da manifestação de doenças de caráter sistêmico (BARBOSA, 2007).

No que diz respeito à epidemiologia da dorsalgia no cenário agrário brasileiro, em quase duas décadas após a atenuação de estudos sobre acidentes, doenças e agravos de saúde sobre o trabalhador rural no Brasil, destaca-se que o uso de ferramentas modernas e de ocupações profissionais mais especializadas mudou consideravelmente a exposição ao risco, embora esta atualização técnico-operacional seja privilégio de uma minoria (BRASIL, 2011).

Entretanto, a maior parte dos trabalhadores rurais ainda se inclui dentro de um contexto produtivo rudimentar, bastante propenso quanto à manifestação de diversos problemas de higidez vinculados ao seu labor, entre os quais a manifestação de dorsalgias

A importância do exame clínico se apresenta por ser esta a instrumentação satisfatória quanto à definição de um diagnóstico efetivo para a maior parte dos casos.

Neubarth (2008), valendo-se de uma amostra de 66 pacientes com lombociatalgia aguda, identificou a prevalência de 95,5% nas hérnias discais agudas (sendo, entre estas, 22 atestadas por meio de tomografia axial computadorizada e 44 confirmadas por ressonância magnética), considerando que o *signal de Lasegue* entre estes pacientes foi positivo em 81,9%.

Os momentos mais críticos de dores decorrentes destes problemas se manifestam quanto a desdobramentos cíclicos que se estendem por alguns dias, variando quanto à intensidade e ocorrência, que podem se acentuar devido à postura que a pessoa executa em uma determinada atividade, desde as mais corriqueiras quanto àquelas centradas na prática laboral (COSTA, ASSIS, 2010; SANTOS, GALLO, 2010).

Por essa razão, a dor persistente gera limitações severas quanto a diversos aspectos da vida do paciente, entre as quais o comprometimento de sua capacidade produtiva, gerando transtornos diversos, diretos e indiretos (ITC VERTEBRAL, 2010).

Apresentadas as informações necessárias sobre a participação da medicina no contexto geral sobre aspectos clínicos, etiológicos e fisiopatológicos que descrevem as lombalgias e sua correlação quanto à questão epidemiológica,

busca-se agora apresentar a correlação destes transtornos quanto à condição de trabalhadores rurais qualificados como segurados especiais.

Diante das observações epidemiológicas sobre a dorsoalgi enquanto um grande problema de saúde ocupacional, e a pretensa sujeição do segurado especial nesse contexto, o estudo enfoca a abordagem sobre o trabalho realizado pela perícia médica no município maranhense de Coroatá, especialmente sobre a prevalência de casos de lavradores que recorreram ao posto do INSS do município para obtenção de benefícios.

4.3 Breve relato de experiência

O município de Coroatá pertence à microrregião do Itapecuru e à mesorregião do Centro-Oeste Maranhense, distante 268 km da capital do estado, São Luís. Suas delimitações territoriais constam quanto a uma área de 2.228,0km², e com representação populacional estimada em 60.589 habitantes, segundo o último levantamento censitário do IBGE (2010).

Sua econômica é baseada no setor primário, devidamente representação por atividades como agropecuária, pesca e extrativismo vegetal, sendo neste último contexto, a representação maior na exploração do coco babaçu.

A agricultura se destaca como predominantemente voltada ao contexto de agricultura de subsistência, da modalidade de economia familiar e solidária, realizada sem atuação de processos modernos, pautando-se basicamente quanto ao uso da força braçal.

Este aspecto é interessante quanto à delimitação de que a maior parte dos trabalhadores rurais de Coroatá se situa no contexto de segurado especial, competindo atribuições específicas quanto à classificação do Sistema Previdenciário brasileiro.

O sistema público de saúde é representado por apenas um hospital geral, de competência da administração municipal; um centro de especialidades médicas; dez unidades básicas de saúde que correspondem quanto à prática do programa do Governo Federal Saúde da Família e que, inclusive, correspondem-se quanto à maior referência em saúde para os segurados especiais de Coroatá, que contribuem quanto à orientação e condução de trabalhadores rurais para o segmento de Perícia Médica do INSS.

Em Coroatá, o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) se encontra situado na Rua Senador Leite, nº693, bairro Maçaranduba. Foi inaugurado em 1997, ainda enquanto representação do setor de perícias, objetivando o atendimento de diversos segmentos da sociedade coroaense, especialmente entre o público atestado como segurando especial, em que compete ao perito médico correlacionar doenças e improdutividade quanto à ocupação laboral dos indivíduos que recorrem à entidade em busca de benefícios lhe concernidos por lei.

Todavia, mesmo com sua importância para o contexto de saúde pública e para o modelo previdenciário executado em Coroatá, suas condições atuais se demonstram incoerentes quanto à demanda de trabalhadores que recorrem à sua representatividade, sobretudo em razão das condições físicas degeneradas, pouco espaço e conforto para a realização das atividades, baixa manutenção e disponibilidade de material, poucas condições técnicas e número limitado de funcionários, que atendem 36 segurados diariamente, em média, conforme agendamento pré-solicitado, sendo o horário de funcionamento estendido de segunda a sexta-feira, das 07h00min às 13h00min.

Para atender as necessidades do estudo, com base no banco de dados do Instituto Nacional de Serviço Social representado no município, foram identificados 30 casos de segurados especiais diagnosticados como acometidos por dor de dorsalgia, sendo beneficiados por um período de afastamento de suas ocupações, destacando-se, desta forma, o nexos causal entre patologia e sua disfunção ocupacional.

Os 30 segurados se encontravam no universo de 600 indivíduos atendidos pelo INSS de Coroatá no período entre janeiro de 2008 a fevereiro de 2009, todos pertencentes ao gênero feminino.

As informações convertidas para o banco de dados da instituição constam quanto aos dados contidos nos prontuários de laudos médicos periciais, que englobam ainda referências quanto à caracterização do perfil do segurado especial, constando de dados referentes à idade, gênero, ocupação profissional, momento de realização do exame, tipo requerido de benefício, histórico clínico, exame físico, data de cessação do benefício concedido – em casos de diagnósticos de incapacidade produtiva laboral – e também quanto à identificação do médico perito responsável pela realização da análise.

Ressalta-se que estas informações correspondem à alimentação do Sistema de Administração de Benefício por Incapacidade (SABI), sustentado pelo INSS.

As informações não buscaram aferir a identidade dos segurados submetidos à perícia médica do INSS, sendo representados por siglas correspondentes à ordem de entrada no processo. Aspectos como idade, tempo de afastamento, exames conduzidos para a aferição de diagnósticos e o tratamento adotado para a resolução do problema foram também levantamentos, permitindo a caracterização de um perfil do segurado.

QUADRO 1: Caracterização dos segurados ruralistas, Coroatá-MA.

IDENTIFICAÇÃO	IDADE (Anos)	AFASTAMENTO (Dias)	EXAMES	TRATAMENTO
S1	56	37	TC LOMBAR	CLÍNICO
S2	56	63	RNM LOMBAR	CLÍNICO
S3	46	01	-	CLÍNICO
S4	60	74	TC LOMBAR	CLÍNICO
S5	58	148	TC/RNM	FISIOTERAPIA
S6	50	90	TC LOMBAR	CLÍNICO
S7	60	120	TC LOMBAR	FISIOTERAPIA
S8	60	73	RX LOMBAR	CLÍNICO
S9	60	87	TC LOMBAR	CLÍNICO
S10	59	75	RX LOMBAR	CLÍNICO
S11	58	119	TC LOMBAR	FISIOTERAPIA
S12	48	730	ENMG	CIRURGIA
S13	56	69	RX LOMBAR	CLÍNICO
S14	43	730	TC LOMBAR	CIRURGIA
S15	60	40	-	CLÍNICO
S16	41	39	-	CLÍNICO
S17	45	64	RX LOMBAR	CLÍNICO
S18	54	34	-	CLÍNICO
S19	42	37	-	CLÍNICO
S20	45	117	TC LOMBAR	FISIOTERAPIA
S21	49	59	-	CLÍNICO
S22	46	45	-	CLÍNICO
S23	44	103	TC LOMBAR	CLÍNICO
S24	31	01	-	CLÍNICO
S25	55	01	-	CLÍNICO
S26	38	96	TC LOMBAR	CLÍNICO
S27	43	01	-	CLÍNICO
S28	32	95	RX LOMBAR	CLÍNICO
S29	45	75	-	CLÍNICO
S30	43	01	-	CLÍNICO

Fonte: DATAPREV, 2013.

Com base na análise de 30 perícias em que foram identificadas lombalgias como causa de disfunção laboral e motivo de afastamento de suas ocupações, o que significa a prevalência de 5% entre os trabalhadores atendidos pelo Instituto Nacional do Seguro Social com idade média de 49 anos e 4 meses, com base no universo de 600 segurados especiais submetidos à análise da perícia médica.

O tempo médico de afastamento foi de 107 dias e 4 horas, tendo em 67% dos casos, a não definição da causa básica da lombalgia e, em 33%, definidos como os transtornos lombares (hérnias de disco) e musculares a partir da realização de exames complementares.

Para 53,5% dos casos, foi indicado tratamento fisioterápico (11%) e para 4%, tratamento cirúrgico, ficando os demais (85%) apenas com tratamento medicamentoso.

Gonzaga (2006, p. 54) afirma *“que cinquenta por cento dos casos de lombalgias se recuperam em um mês e necessitarão fazer exame médico pericial”*.

No levantamento feito entre os ruralistas em Coroatá, o tempo médio de afastamento foi de 3,5 meses, tempo maior condicionado possivelmente, pela maior média de idade encontrada (49 anos e 4 meses) se comparado à média dos americanos onde as lombalgias são responsáveis pela causa mais frequente de limitação de atividade em trabalhadores menores de 45 anos (IGUTI, 2003).

Segundo Webster e Snook (1990 apud SPERANDIO, MOTA, 2005, p. 45) *“este afastamento gera um custo médio para o americano de 6.807 dólares por caso”*, enquanto que o custo financeiro no município de Coroatá, por exemplo, foi de 1.163 dólares por cada caso.

As posturas em pé e em flexão são frequentes no trabalho rural, gerando sintomatologia específica de dor lombar.

Ao levantar cargas pesadas, refletir e torcer a coluna vertebral foram atividades tanto da agricultura quanto da pecuária que promoveram o aparecimento de lombalgias, uma vez que, a lida diária, exige força e movimento.

Tudo isso pode gerar gastos imprevisíveis, com tratamentos cirúrgicos, medicamentosos ou fisioterapêuticos, mesmo com o baixo acesso a estes serviços comprovados em levantamentos epidemiológicos e previdenciários.

Assim, é importante uma abordagem multidisciplinar no tratamento da lombalgia e na prevenção de incapacidades funcionais tanto entre trabalhadores de países desenvolvidos como nos rincões de pobreza existentes no Brasil.

Dentre as estratégias adotadas em alguns países desenvolvidos para promoção da saúde estão: promover melhores condições de trabalho, promover estilos de vida saudáveis e providenciar boas condições estruturais para o trabalho em todos os níveis da sociedade, ações estas, que não foram identificadas entre os ruralistas.

Considera-se importante, portanto, atentar para este quadro e sugerir estratégias adaptativas às necessidades profissionais dos ruralistas do município de Coroatá-MA.

Segundo o Ministério da Previdência Social, o Brasil, apesar de ser desde a colonização um país agroexportador, *'ainda não formulou uma política de saúde, nem de saúde do trabalhador para o campo. Os serviços e ações criados responderam à pressão do movimento operário e/ou a interesses do capital'* (BRASIL, 2011).

Também se pôde verificar o desconhecimento quanto à importância do preenchimento da Comunicação de Acidente de Trabalho, não tendo sido preenchida por nenhuma instância autorizada. Segundo informações da coletânea de textos dos anuários de acidentes de trabalho e previdenciários, o sistema acidentário da Previdência Social funciona a partir da CAT, que segundo o governo federal se constitui:

Num “documento decisivo para que haja concessão do benefício acidentário ao trabalhador lesado. Sua sonegação é uma prática solidificada, sendo demarcada por fatores políticos, econômicos, jurídicos e sociais” (BRASIL, 2011, p. 597).

O breve relato da experiência de trabalho da perícia médica realizada em Coroatá revela a importância de abordagem do sistema previdenciário brasileiro em abranger serviços que permita a concessão de benefícios a quem realmente necessita, além de contribuir quanto ao levantamento de informações que podem ser posteriormente conduzidas na formação de políticas públicas que permita prevenir acidentes ocupacionais e riscos operacionais à figura de trabalhadores, como consta no caso do segurado especial.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atribuição mais significativa do Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário se corresponde quanto ao reconhecimento de doenças e transtornos de saúde que se demonstram intrinsecamente vinculadas às atribuições funcionais do trabalhador.

Através dessa metodologia, permite-se estabelecer conexões sobre o que de fato ocorre durante o trabalho exercido por diferentes profissionais e que pode vir a comprometer sua integridade física e capacidade produtiva.

Sobre a figura do seguro especial essa abordagem demanda talvez uma função social ainda mais relevante, pois engloba trabalhadores rurais não submetidos a nenhum pacto contratual e que, toda forma, sofrem dificuldades em serem atendidos por políticas de trabalho focadas na segurança e saúde ocupacional, como ocorre com a maioria dos profissionais que possuem carteira assinada.

Muitas vezes, por questões de inviabilidade socioeconômica ou mesmo por falta de esclarecimento sobre garantias legalmente previstas, milhares de segurados especiais no Brasil deixam de ser assistidos pelo INSS, não recebendo os benefícios em caso de invalidez produtiva.

A adoção do modelo atual de Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário facilitou principalmente o trabalho da perícia médica que atendem o universo de trabalhadores rurais, mediante a consideração sobre um prisma muito mais amplo de doenças e agravos de cunho ocupacional que merecem ser correlacionados com motivo para a solicitação de aposentadoria, auxílio-doença ou outro tipo de benefício.

Assim se encontra prevista a responsabilidade do perito médico e do trabalho do sistema previdenciário nacional pela possibilidade de tratamento e reabilitação da pessoa acometida por algum tipo de transtorno de saúde de cunho profissiográfico, já que são estes profissionais da saúde e do sistema previdenciário quanto à atribuição de exames e quanto ao reconhecimento do nexos causal entre patologia e ocupação, sendo o único possível de aferir a concessão de benefícios previstos pela lei brasileira.

Observou-se, com base na interpretação dos enunciados teóricos que contribuíram no processo argumentativo do presente estudo, que a manifestação de mialgias na região dorso-lombar é bastante comum, sendo por vezes caracterizadas pela extensão da dor para a região dos membros inferiores, indicando a ocorrência de dorsalgia.

A por sua vez, essa patologia corresponde como problema consequente de outros distúrbios crônicos, como a hérnia de disco intervertebrais na região lombossacra, espondilose, fibromialgia, estenose da coluna vertebral, entre outros transtornos osteomusculares.

As mesmas representações patológicas foram identificadas junto aos trabalhadores rurais de Coroatá atendidos pelo INSS no intuito de adquirirem os devidos benefícios previdenciários, atestando a prevalência da patologia no contexto das ocupações do segmento rural, bem como do tempo médio de afastamento ser condizente ao tratamento proposto, bem como a realização dos exames que permitam assistir a aferição mais categórica de diagnóstico etiológico.

Sugere-se, pois, a implementação de políticas públicas para realização de campanhas educativas com ensinamentos ergonômicos voltados para esta categoria de trabalhadores, visando menor impacto no desempenho de suas atividades laborais e conseqüentemente, melhor qualidade de vida.

Entretanto, ressalta-se que a prova pericial pode contribuir quanto à aferição de igualdade justiça social, desde fundamentada nos princípios científicos que lhe regem que ela esteja firmada em bases científicas.

Compreende que a perícia não se corresponde apenas como uma coleção de regras técnicas, mas de um ato favorável à construção do conceito de cidadania, porque o cargo desempenhado por este profissional não se estabelece quanto a opiniões e crenças dele de que o executa ou de que se encontra responsabilmente vinculado ao seu contexto.

O profissional responsável pela realização da perícia médica contribui quanto à inserção dos fatos reais submetidos a criterioso estudo, não se baseando em dados especulativos e infundados, mas na comprovação do irrefutável e da objetividade, contribuindo quanto à valorização ética e funcional do médico perito para a sociedade.

Ao segurado especial, a representação do perito médico e do sistema penitenciário como um todo serve não apenas como uma forma de aferir assistência

social às trabalhadores rurais ou como personagens e ferramentas imprescindíveis no levantamento de dados socioepidemiológicos sobre acidentes, doenças e agravos de cunho ocupacional.

A atuação do seguro social no Brasil funciona também como forma de implementação de cidadania e prevenção à figura do segurado social sobre riscos profissiográficos, mediante a percepção do trabalhador rural como vulnerável a diversos problemas de saúde que possuem origem no seu labor, entre os quais se inclui a dorsalgia.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, A. Avaliação objetiva e atuação profissional na dor lombar. **SARE**, v. 2, n. 2, 2007.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. **Normas técnicas para avaliação de incapacidade para fins de benefícios**: lesões por esforços repetitivos – LER. Brasília, 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde para os trabalhadores do campo plano de ação**. Brasília, 2011.

BRAZIL, A. Diagnóstico e tratamento de lombalgias e lombociatalgias. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v, 44, n. 6, nov./dez 2004.

COSTA, S; ASSIS, T. Hidrocinesioterapia como tratamento de escolha para lombalgia gestacional. **Revista Tema**, Campina Grande, v. 9, n.13-14, julho 2009 – julho 2010.

DELGADO, G. **Diagnóstico do mercado de trabalho para a previdência social – 1980/2006**. Brasília, IPEA, 2007.

DELGADO, G; CASTRO, J. **Financiamento da Previdência Rural**: situação atual e mudanças. In: Brasil. **Base de Financiamento da Previdência Social**: alternativas e perspectivas. Brasília, MPS, 2003.

FARACO, S. **Perícia previdenciária. Perícias Médicas**: teoria e prática. ed. Koogan. Rio de Janeiro, capítulo- 13, p.149-157, 2009.

FERNANDES, R; CARVALHO, F. Interação entre demandas físicas e psicossociais na ocorrência de lombalgia. **Revista de Saúde Pública**, v.43, n.2, p. 326-334, 2009.

FILHO, N; SILVA, G. Invalidez por dor nas costas entre segurados da Previdência Social do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v.45, n. 3, p. 494-502, 2011.

IGUTI, A; HOEHNE, E. Lombalgias e trabalho. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 28, n.107, p.73-81, 2003.

FEDERAÇÃO de Agricultores e Pecuáristas do Estado de Minas Gerais. Segurado Especial. **Revista do Serviço Nacional de Aprendizagem Rural de Minas Gerais**, ano 3, número 79, 2008.

GONZAGA, P. **Perícia médica da previdência social**. 4. ed. São Paulo: LTr, 2006. p. 120.

GARRONE, D; CORDEIRO, R; HADDAD, V. Acidentes de trabalho em pescadores artesanais da região do Médio Rio Araguaia. Tocantins, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, pp. 795-803, mai-jun, 2005.

GUO, H. R. et al. Back pain among workers in the United States: national estimates and workers at high risk. **American Journal of Industrial Medicine**, n. 28, p. 591-602, 1995. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8561169>

INSTITUTO Brasileiro de Geografia e Estatística. **Coroatá Maranhão – MA**. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/dtbs/maranhao/coroata.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2010.

INSTITUTO Brasileiro de Geografia e Estatística. **Relatório do Censo Sociodemográfico – 2010**. Brasília, Ministério do Planejamento, 2010.

JUNIOR, M; GOLDENFUM, M; SIENA, C. Lombalgia ocupacional. **Rev Assoc Med Bras**; v. 56, n. 5, p.583-9., 2010.

LAVINAS, L. **Inclusão e progressividade: os desafios da Seguridade Social brasileira**. In: ANFIP. **20 anos da Constituição Cidadã: avaliação e desafios da Seguridade Social**. Brasília, ANFIP, 2008.

LOPES, L. **A relação entre os custos entre segurado e não-segurado dos acidentes de trabalho**. São Bernardo do Campo, São Paulo, CUFEI, 2009. Dissertação de mestrado em Engenharia Mecânica. Disponível em: <http://portal.fei.edu.br/Download%20de%20Pesquisas/Dissetacao%20VF%20Jose%20Nicodemus.pdf>

LORENZETTI, B; CORREA, F. Título. **Arq. ciências saúde UNIPAR**, v.10, n. 3, p.191-196, set./dez. 2006.

LOURENÇO, E. Agravos à saúde dos trabalhadores no Brasil: alguns nós críticos. **Revista Pegada**, v. 12, n. 1, junho 2011.

MACHADO, J; SORATTO, L; CODO, W. **Saúde e trabalho no Brasil**: uma revolução silenciosa. Petrópolis, Vozes, 2010.

MACHADO, J; GOMES, C. Acidentes de trabalho: uma expressão da violência social. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10 (supl. 1), pp. 74-87, 2004.

MORAES, L. O Fator Acidentário Previdenciário (FAP) e o Nexo Técnico Epidemiológico (NTE). **Revista de Previdência Social**, São Paulo, v. 32, n. 328, março de 2008.

NEUBARTH, F. A propósito da revisão das diretrizes sobre lombalgias e lombociatalgias e a propriedade de dar nome a achados relevantes. **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, v. 48, n. 2, mar./abr. 2008.

MANN, L *et al.* Dor lombo-pélvica e exercício físico durante a gestação. **Fisioter. Mov.** v. 21, n. 2, abr/jun 2008.

MARTINS, R; SILVA, J. Tratamento da lombalgia e dor pélvica posterior na gestação por um método de exercícios. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v. 27, n. 5, 2005.

NOVA, F; SHIMO, A, LOPES, M. Lombalgia na gestação. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 14, n. 6, jul./ago 2006.

PIRES, R; DUMAS, F. Lombalgias: revisão de conceitos e métodos de tratamentos. **Universitas: Ciências da Saúde.**, Brasília, v. 6, n. 2, p. 159-168, jul./dez. 2008.

OLIVEIRA, S. **Indenização por acidente do trabalho ou doença ocupacional**. 5ª ed. São Paulo, LTR editora, 2010.

RODRIGUES, W. *et al.* Lombalgia na gravidez: impacto nas atividades diárias. **R. pesq.: cuid. fundam. online**, v. 4, n. 2, abr./jun. 2012.

SANTANA, V. Saúde do trabalhador no Brasil: pesquisa de pós-graduação. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 2, pp. 101-11, 2006.

SHELERUD, R. Epidemiology of occupational low back pain. **Occupational Medicine: State of the Art Reviews**, v. 7, n.13, p.1-22. 1998.

SPERANDIO, F; MOTTA, A. Dor lombar e incapacitante funcional para o trabalho de mulheres agropecuaristas de Concórdia/SC. In: 57ª REUNIÃO ANUAL DA SBPC, Fortaleza, **Anais**, 2005.

SOUZA, N. et al. Doenças do trabalho e benefícios previdenciários relacionados à saúde, Bahia, 2000. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n. 4, 630-8, 2008.

VILARROEL, M. **Perícia previdenciária. Perícias Médicas**: teoria e prática. Ed. Koogan, Rio de Janeiro, 2009.

WALDVOGEL, B. **Vidas roubadas no exercício do trabalho. São Paulo em perspectiva**, v. 13, n. 3, 2009.

WEBSTER, B.; SNOOK, S. The cost of compensable low back pain. **Journal Of Occupational Medicine**, v. 32, n. 1, p.13-5, 1990. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2139114>