

---

---

---

---

---

---

Fórum Nacional das Câmaras Técnicas de Medicina  
do Trabalho



**ANAMT**  
ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE  
MEDICINA DO TRABALHO

---

---

---

---

---

---

O papel do médico do trabalho na  
concessão do benefício por  
incapacidade.

# Atividade clínica X Atividade pericial

- Baseia-se em dois pontos principais:
  - Quanto à postura técnica diante da matéria em exame (um diagnostica e trata, o outro avalia incapacidade)
  - Quanto ao vínculo profissional, ético e legal.
- Perícia não é consulta. É um conjunto de procedimentos técnicos que, reunidos, esclarecem a respeito de determinado tópico.

- Médico do trabalho: atende o paciente, dispondo de todo o conhecimento para proporcionar melhora de seu estado de saúde. Ética: tratar o paciente da melhor forma possível de sua doença.
- Perito: não é atividade curativa e sim verificadora do estado de saúde da pessoa. Problema ético: lealdade, objetivando a veracidade dos fatos.

# O papel do médico do trabalho:

- **Conhecer a legislação previdenciária;**
- **Conhecer os riscos a que estão expostos os trabalhadores sob seus cuidados;**
- **Conhecer os postos de trabalho passíveis de remanejamento dos empregados, os portadores de deficiências e metodologia de reabilitação;**
- **Cumprir cotas de deficientes;**
- **Controle do absenteísmo:**
  - Pequeno: mascarar patologias;
  - Doenças ocupacionais.
- **Reconhecer a incapacidade para o trabalho a partir de sua avaliação clínica, não simplesmente repassando os trabalhadores para a avaliação pericial.**
- **O médico do trabalho poderia encaminhar o segurado com todos os requisitos prontos, se houvesse uma padronização dos procedimentos adotados pela perícia do INSS, de uma forma clara e transparente, em relação a avaliação da incapacidade..**

## Para isso,

- É necessário a padronização e divulgação dos procedimentos a serem adotados pela perícia do INSS, de uma forma clara e transparente.
- Política inclusiva: não afastar – priorizar sempre a reabilitação;
- Trabalho conjunto com o médico do trabalho da empresa;
- Trabalho com sindicatos: mudança de paradigma.

# Modelos de avaliação da incapacidade:

- Os modelos conhecidos, de acordo com a O.M.S. são dois:
  - Biomédico
    - Modelo empírico;
    - Baremo francês.
  - Biopsicossocial:
    - Classificação de Funcionalidade da OMS;
    - Metodologia da American Medical Association.

# Modelo empírico

- Está caindo em desuso pois as pessoas querem saber como foi identificada a incapacidade;
- Sistema que não se ajusta a nenhuma regra estabelecida.
- Inconvenientes: Estimativa meramente subjetiva, dependendo da boa vontade, sensibilidade e habilidade do profissional. Quanto mais experiente o perito, melhor seu “feeling”.
- O sistema baseia-se essencialmente na relação lesão-trabalho habitual, entrando em confronto com a reabilitação e sua finalidade;
- Não reproduzível.
- Proporciona maior judicialização (caso brasileiro).
- **Diretrizes ortopedia e traumatologia INSS 2008:**
- A subjetividade da avaliação de incapacidade no Brasil dificulta acordos internacionais.



# BAREMO

- Tentativa de diminuir a confusão pela não diferenciação entre incapacidade laboral, incapacidade física e incapacidade de ganho.
- Iniciou em um Congresso na França em 1978.
- **Incapacidade Funcional Permanente(IFP)**: é a limitação de uma ou mais funções orgânicas ou psíquicas, com diminuição parcial ou total de suas aptidões no terreno físico e mental.
  - Amputação dedos: limitação da função de apreensão;
  - Transtorno de memória: diminuição da função intelectual;
  - Transtorno do pensamento: diminuição da função psíquica.

# BAREMO

## Incapacidade Funcional Permanente:

- Expressa em percentagem (5, 10, 15%...).
- Isso quer dizer que o paciente perdeu x % da sua capacidade funcional permanentemente.
- Na avaliação desta taxa, emprega-se uma escala graduada de referência, que contém, em ordem crescente de gravidade, a lista de lesões encontradas com maior frequência.
- Exemplos:
  - Tetraplegia: 95%
  - Paraplegia: 75%
  - Perda da mão direita: 50%.

# A.M.A.

Modelo desenvolvido de 1958 a 1970, tendo sofrido várias revisões.

Objetiva proporcionar um método da avaliação para ser seguido pelos médicos nas avaliações.

Atualmente na 6ª edição (2009).

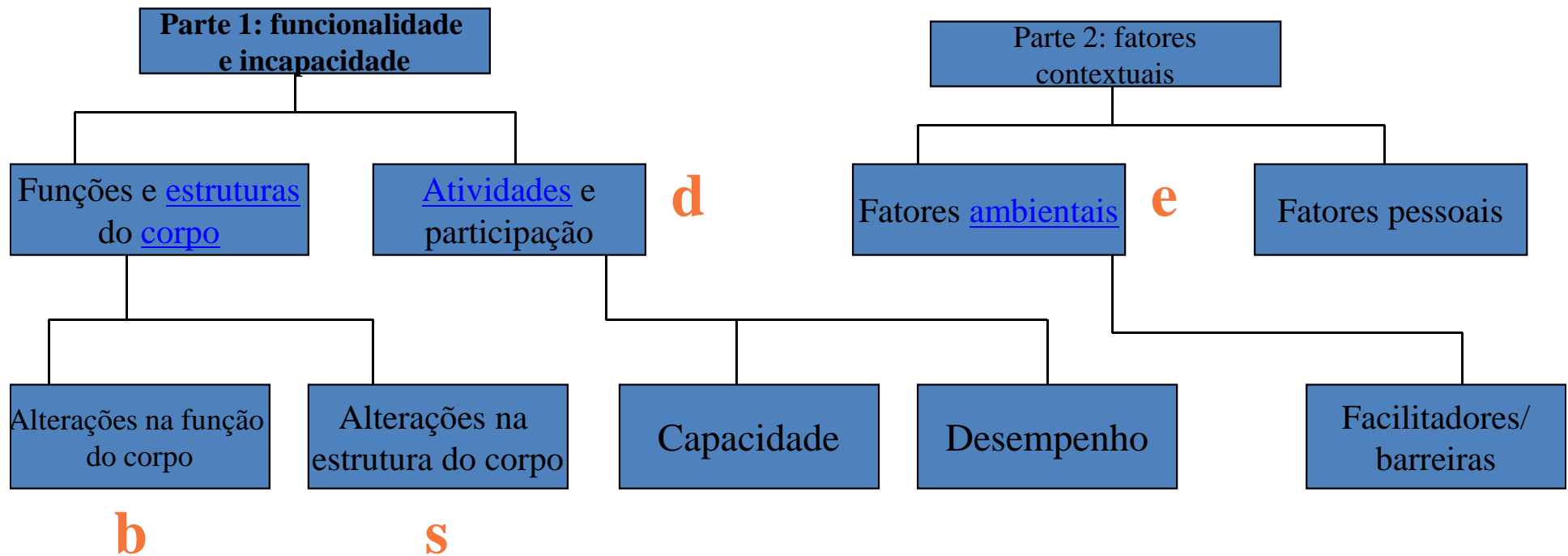
# A.M.A.

| Classe               | Classe 3   | Classe 4  |
|----------------------|--|---|
| Taxa de deficiência  | Severa   | Muito severa  |
| Grau de Severidade   | (ABCDE)  | (ABCDE)   |
| História Clínica     | Sintomas moderados constantes, apesar do tratamento contínuo ou sintomas severos intermitentes apesar do tratamento intermitente | Sintomas severos constantes apesar do tratamento contínuo ou sintomas extremos intermitentes apesar do tratamento contínuo. |
| Exame físico/achados | Achados moderados constantes, apesar do tratamento contínuo ou achados intermitentes severos.                                    | Anormalidades persistentes severas apesar do tratamento contínuo ou anormalidades extremas.                                 |
| Resultado de exames  |  |   |

# Definição de Classes de Deficiência AMA

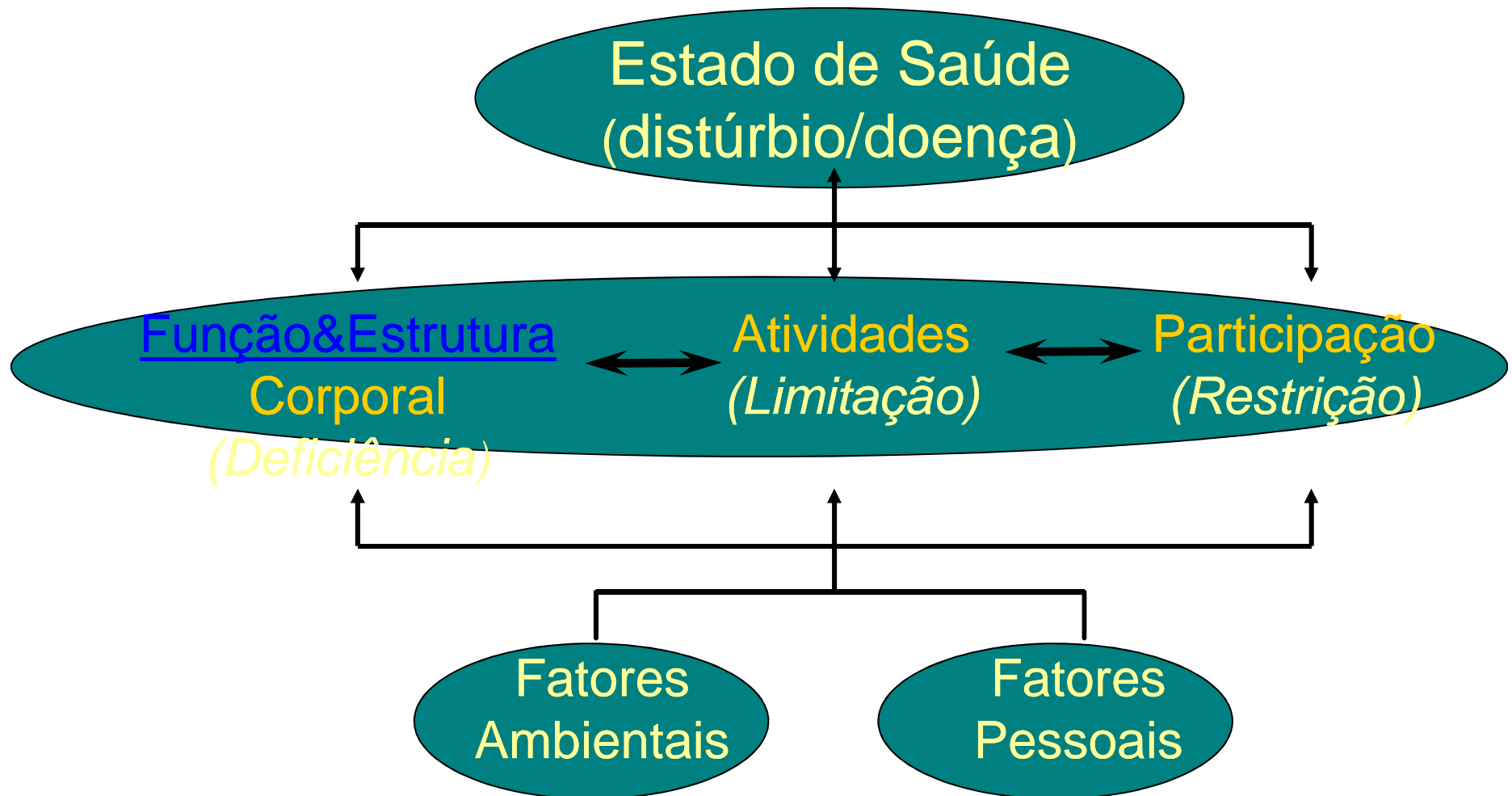
| <b>Classe</b> | <b>Problema</b>              | <b>Extremidade Superior</b> | <b>Global</b>   |
|---------------|------------------------------|-----------------------------|-----------------|
| <b>0</b>      | <b>Sem achados objetivos</b> | <b>0%</b>                   | <b>0%</b>       |
| <b>1</b>      | <b>Mínimo</b>                | <b>1 – 13%</b>              | <b>1 – 8%</b>   |
| <b>2</b>      | <b>Moderado</b>              | <b>14 – 25%</b>             | <b>8 – 15%</b>  |
| <b>3</b>      | <b>Severo</b>                | <b>26 – 49%</b>             | <b>16 – 29%</b> |
| <b>4</b>      | <b>Muito severo</b>          | <b>50 – 100%</b>            | <b>30 – 60%</b> |

# CIF



- I PARTES
- II COMPONENTES/DOMÍNIOS
- III CONSTRUTOS: aspectos positivos: facilitadores  
aspectos negativos: barreiras

# Interação de Conceitos CIF 2001



- O sistema empírico embora seja um dos métodos mais empregados para a quantificação do dano corporal em todo o mundo, está caindo em desuso pois não se ajusta a nenhuma regra pré-estabelecida;
- Baremo: Inconveniente é o fato de ser um método ambíguo, conceituando as percentagens com referencias aproximadas, não incorporando a individualidade. Entre as vantagens pode-se citar sua orientação e apoio nas avaliações e o fato de homogeneizar a quantificação, diminuindo a subjetividade da avaliação.
- A CIF não classifica as pessoas, mas descreve a situação de cada um dentro do contexto de domínios de saúde ou relacionados à saúde, envolvendo sempre os fatores ambientais e pessoais.
- A metodologia da AMA utiliza conceitos da CIF e está baseada na avaliação por doença. Seu paradigma é o diagnóstico sólido, da metodologia da Medicina Baseada em Evidência, utilizando provas funcionais, propugnando a reprodutibilidade de resultados de avaliações.
- Diretriz de Ortopedia, como bem o nome indica, mostra algumas orientações em relação a diagnóstico e condutas, mas não enfoca o como avaliar, sendo uma metodologia empírica a ser seguido pelo perito previdenciário.



# CONSIDERAÇÕES

- CIF parece ser a que mais se adéqua às necessidades brasileiras, podendo ser utilizados facilidades de avaliação médica incluídos em BAREMOS E AMA, mas sempre com a visão de reabilitação e inclusão social.
- Reitera-se a necessidade da previdência social brasileira ter normas claras em relação a avaliação pericial, levando o país ao mesmo patamar de países com esta prática estabelecida, onde a judicialização é mínima, tendo em vista a existência de regras claras, o que equaliza as avaliações médicas.

# Dilema ético

- Código de Ética Médica:
  - Art 93: É vedado ao médico ser perito ou auditor do próprio paciente, de pessoa de sua família ou qualquer outra com a qual tenha relações capazes de influir em seu trabalho.....