



Interface - Comunicação, Saúde, Educação

ISSN: 1414-3283

intface@fmb.unesp.br

Universidade Estadual Paulista Júlio de
Mesquita Filho
Brasil

da Penha Pereira de Melo, Maria

Governo da população: relação médico-paciente na perícia médica da previdência social

Interface - Comunicação, Saúde, Educação, vol. 18, núm. 48, 2014, pp. 23-35

Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180130050002>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Governo da população:

relação médico-paciente na perícia médica da previdência social

Maria da Penha Pereira de Melo^(a)

Melo MPP. Government of the public: physician-patient relationship within medical expert advice for social security. *Interface* (Botucatu). 2014; 18(48):23-35.

This article presents and discusses results from qualitative research on the physician-patient relationship within medical expert advice for the Brazilian social security system. The study evaluated a sample (n = 79) of records at the Social Security Ombudsman's Office, containing complaints about medical expert advisory work. The physician-patient relationship within the field of social security comprises adjustment to standards that turns the physician-patient therapeutic space into an instrument to put controls for accessing disability benefits into operation. Dysfunctions at this interface might result from the way in which the limits are implemented. Social security was taken to be biopolitics and medical expert activity to be an expression of biopower, in terms of the political philosophy of Michel Foucault. Discussing social security means clarifying its security assumptions and not ignoring the instrumental nature engendered by social security medical practices.

Keywords: Bioethics. Biopolitics. Social Security. Forensic Medicine. Physician-patient relations.

Este artigo apresenta e discute resultados de pesquisa qualitativa sobre a relação médico-paciente na perícia médica da Previdência Social. A pesquisa analisou amostra (n=79) de registros da Ouvidoria da Previdência Social contendo reclamações sobre o trabalho médico pericial. A relação médico-paciente, no campo previdenciário, realiza-se por meio de um ajustamento à norma, um deslocamento no espaço terapêutico médico-paciente, instrumento da operação de controle para acesso aos benefícios por incapacidade. As disfunções nessa interface de controle seriam resultantes da prática desses limites, da forma em que estes estão colocados. A seguridade social foi compreendida como biopolítica e a atividade médico-pericial como expressão de biopoder, nos termos da filosofia política de Michel Foucault. Discutir Previdência significa clarificar seus pressupostos de segurança e não desconhecer o caráter instrumental que as práticas médicas assumem em seus engendramentos securitários.

Palavras-chave: Bioética. Biopolítica. Previdência Social. Medicina Legal. Relações médico-paciente.

^(a) Instituto Nacional do Seguro Social, Agência da Previdência Social de Petrópolis. Rua Barão de Tefé, 120, Centro. Petrópolis, RJ, Brasil. 25620-010. penh@ig.com.br

Introdução

A Bioética pode ser conceituada como uma disciplina da família da ética¹. Pegoraro² recorda-nos a etimologia da palavra ética com dois aspectos complementares: *ethós* como modo de existir e *ethós* como lugar onde se habita. Desse modo, buscar compreender os conflitos surgidos na emergência dos cotidianos de trabalho, no exercício profissional dos médicos peritos da Previdência Social, passa por uma forma de entender o sujeito enquanto ser ético, “animal político”, de atuação individual, com interface/repercussão na coletividade. Significa, ainda, adotar uma abordagem que ultrapassa os limites de uma bioética subsidiária do campo biomédico³⁻⁵.

Nos estados modernos e contemporâneos, as políticas de bem-estar social, notadamente a previdência social, demonstram o protagonismo do Estado na tarefa de preservar a vida, em sua gestão. Na forma de acordos e contratos, visam o conjunto da população, asseguram direitos e cobram deveres aos indivíduos em suas necessidades básicas de manutenção de si e das famílias.

No Brasil, a previdência social é um direito constitucional e integra a seguridade social juntamente com o setor saúde e a assistência social, assegurando cobertura para eventos vitais como: nascimento, adoecimento/incapacidade, invalidez, velhice e morte. Os recursos para essas garantias provêm de contribuições obrigatórias que incidem sobre a atividade econômica. A administração e a operacionalização dos benefícios previdenciários competem ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), autarquia do Ministério da Previdência Social.

Os benefícios por incapacidade integram o leque de benefícios e visam garantir renda aos segurados da Previdência Social que estejam incapazes para o trabalho. O reconhecimento da incapacidade – de seu início, manutenção e cessação – é competência legal da Perícia Médica do INSS ou Perícia Médica da Previdência Social^{6,7}. A avaliação da incapacidade, tarefa médico-pericial, ocorre na interface com o segurado. É através do exercício dessa tarefa técnica, nesse espaço, que se dá a distinção entre capazes e incapazes.

A demanda pelo benefício por incapacidade decorre da percepção do segurado da Previdência, ou de seu representante legal, de que é portador de uma condição, orgânica e/ou psíquica, reconhecida pela racionalidade médica como doença. Essa condição biopsíquica, em tese, altera-lhe involuntariamente a capacidade de garantir seu sustento econômico (e da família) por meio da renda obtida no trabalho que, normalmente, exercia ou poderia exercer.

Então, a existência do distúrbio, do transtorno da normalidade, necessita passar por uma primeira operação de reconhecimento, pelo poder-saber médico, da existência e da nomeação de um diagnóstico clínico. A segunda operação desse poder-saber é reconhecer a doença como incapacitante para o trabalho, ou seja, o enquadramento normativo. Nessa atividade, a racionalidade da medicina é posta a serviço da racionalidade do direito em um duplo raciocínio que denominamos raciocínio previdenciário⁸.

Os benefícios por incapacidade podem ser de causalidade relacionada ao trabalho, benefícios acidentários, ou não, quando são chamados previdenciários. O auxílio-doença previdenciário é o mais frequente entre todos os benefícios concedidos pela Previdência Social. Em 2011, a Previdência concedeu 4,8 milhões de benefícios. O auxílio-doença previdenciário, a aposentadoria por idade e o salário-maternidade foram os mais frequentes, correspondendo a, respectivamente, 42,4%, 12,2% e 11,9%⁹.

Segundo o Manual de Perícia Médica da Previdência Social, “o exame médico-pericial tem por finalidade avaliação laborativa do examinado, para fins de enquadramento na situação legal pertinente”¹⁰. Em 2011 foram realizados 7.396.562 exames médico-periciais, com 68,9% de conclusões favoráveis. Esse arbitramento, todavia, é muitas vezes motivo de controvérsias¹¹.

Consideramos que a relação médico-paciente na Previdência Social agrega conflituosidades próprias da situação de perícia [sua operação de escrutínio inclusão/exclusão] a elementos do campo assistencial, condicionando expectativas e resultados. Trabalhamos com a hipótese de os conflitos surgidos na interface perito-segurado serem expressões da atividade médico-pericial incluída no cálculo de gestão previdenciária. Nesse sentido, perícia médica seria parte de um dispositivo de seguridade, expressão da biopolítica de previdência social, de funcionamento de governo¹²⁻¹⁵.

Qual é a relação médico-paciente?

A relação médico-paciente tem sido tema de diversos estudos com diferentes enfoques¹⁶⁻¹⁹. Aqui a compreendemos na perspectiva da abordagem do trabalhador médico frente ao seu objeto, o corpo doente, e das práticas em saúde como organizadas em torno de dois grandes eixos: o controle da ocorrência da doença e a recuperação dos doentes²⁰. Recortamos, ainda, a atividade médica em assistencial e não assistencial, incluindo, dentro desta última, a atividade pericial.

Tendo em vista a atividade médico-assistencial, entendemos ser significativa a caracterização do trabalho médico, nos termos de Nascimento Sobrinho, Nascimento e Carvalho²¹, como trabalho desenvolvido sobre um objeto/sujeito utilizando instrumentos específicos para obter resultados tais como: prevenção, alívio, cura, reabilitação. Nessa perspectiva, centrada na autoridade médica, a relação médico-paciente é concebida como um instrumento que favorece a obtenção de informações que norteariam a definição do diagnóstico e da terapêutica ou, ainda, a adesão às condutas prescritas.

A nosso ver, a atividade médico-pericial guarda diferença de natureza em relação à atividade médico-assistencial⁸. A finalidade da atividade não se confunde com o manejo da ocorrência das doenças e nem sequer com a recuperação dos doentes. Na atividade médico-pericial previdenciária, trata-se da reparação financeira, de instrumentalizar o conhecimento da medicina pelo valor jurídico do seguro que substitui renda na vigência de doença incapacitante.

Paul²² define perícia médica ou medicina legal como uma especialidade na qual os princípios e as práticas da Medicina são aplicados à elucidação de questões no curso de procedimentos judiciais. Vilela e Ephifânio²³ acrescentam que esse ato médico ocorre em consequência de requisição formal da autoridade, administrativa ou jurídica, quando esta necessita formar convicção na execução de suas funções.

Almeida entende perícia médica como ato médico de maior assimetria de poder entre o médico e o paciente, ou periciando, em que estariam “potencializadas as manifestações de distanciamento e autoritarismo presentes nas relações médico-paciente propedêuticas”²⁴.

Por outro lado, em estudo que avaliou o desempenho do programa de benefícios por incapacidade em uma Gerência do INSS, Marasciulo²⁵ estabeleceu, como hipótese para explicar o alto volume encontrado de entrada em benefício, a não-observância, pelos médicos peritos, do comportamento esperado de “gatekeepers” ou porteiros do sistema.

A inspiração em Foucault

Michel Foucault, em sua obra, abordou a questão do poder em uma visada que privilegiava a análise a partir de mecanismos de poder expressos em exercícios e práticas cotidianas. Nos dizeres de Candiotto²⁶, “sua análise [da problemática do poder] incide sobre as relações de forças atuantes nas práticas sociais” em detrimento de abordagens genéricas ou totalizadoras. Em suas pesquisas, o poder emerge de comandos e enfrentamentos, de afirmações e resistências, por meio de procedimentos que se dão a conhecer nas relações como parte delas.

As categorias biopoder e biopolítica, desenvolvidas por Foucault em torno de pesquisas sobre a sexualidade, nomeiam técnicas e formas de poder resultantes das transformações societárias ocorridas ao longo dos séculos XVII, XVIII até os dias atuais.

O poder, até então, poderia ser resumido na fórmula da soberania: Relação soberano-súdito. Direito de causar a morte ou deixar viver, direito assimétrico em essência, que se impunha pela violência do soberano e seu sistema legal, pelo sistema jurídico. Caracterizava-se pela força do estado-soberano em fazer valer seus interesses sob a forma de confisco, extorsão, pela retirada de bens, do trabalho, dos corpos e da vida¹².

A partir do século XVII, a expressão dos mecanismos de poder passa por mudanças significativas: com o surgimento de novas relações decorrentes do nascente capitalismo industrial, com sua conformação societária específica e modo de reprodução – com a exploração dos corpos para o trabalho –, “uma outra economia de poder [...] que deve ao mesmo tempo fazer crescer as forças sujeitadas e a eficácia daquilo que as sujeita”¹⁵, que Foucault nomeia poder disciplinar, se mostrará presente.

A soberania enquanto poder que se estruturava em função do domínio sobre a propriedade da terra continuou a ser paradigma para a conformação das leis e dos grandes códigos. Por seu lado, a expressão disciplinar, com suas técnicas centradas na visibilidade e no exame dos corpos, tem, na norma, seu enunciado típico e, na normalização, o formato operacional. Foucault aponta o desenvolvimento da medicina a partir desse período, a medicalização da sociedade, dos comportamentos e das condutas como efeitos de um registro que reúne o poder soberano das leis e o poder disciplinar normalizador em um discurso aparentemente neutro – o discurso da ciência.

Ao longo da segunda metade do século XVIII, outra tecnologia de poder se faz presente, a “tecnologia de poder, não disciplinar [...] que não exclui a técnica disciplinar [...] mas não se dirige ao homem-corpo [...] está em outra escala [...] se dirige ao homem vivo”¹⁵, endereçada às características biológicas da espécie humana e suas ocorrências enquanto conjunto, enquanto massa populacional.

Nessa modalidade, as características biológicas tornam-se objetos de cálculos e políticas através de técnicas e instituições pautadas não somente na “anátomo-política do corpo humano”¹⁵, mas em tecnologias gestórias.

Esse poder de gestão sobre a vida e o viver, biopoder voltado para o homem espécie, tem a população e seus fenômenos como objeto. Fenômenos estes forjados pela constituição de saberes específicos que lhe configuravam uma identidade peculiar formada através de parâmetros como: natalidade, fecundidade, mortalidade, expectativa de vida, entre outros, constituindo o que Foucault chamaria de “uma biopolítica da espécie humana”¹⁵.

Será em torno desses fenômenos que atuará outro conjunto de saberes da medicina, com a introdução de novas técnicas de coordenação e intervenção sobre a coletividade; a medicalização da sociedade; a intervenção sobre as consequências do trabalho, da velhice, dos acidentes, da capacidade de trabalho¹⁵:

É a população, portanto, [...] que aparece como o fim e o instrumento do governo: sujeito de necessidades, de aspirações, mas também objeto nas mãos do governo. [Ela aparece] como consciente, diante do governo, do que ela quer, e também inconsciente do que a fazem fazer¹³.

Caberá ao Estado “garantir a segurança dos processos econômicos e dos processos intrínsecos à população”¹³, exercendo, sobre ela, uma regulação que assume, prioritariamente, a forma de arranjos de segurança, de preservação de indicadores, de regulação de custos e de incentivos ao controle sobre preferências e formas de andar a vida¹⁴.

Administrar a população, os fenômenos decorrentes de sua existência, será incumbência desse Estado, que, a todo instante, se valerá de conhecimentos em séries acumuladas, de cálculos e ajustes para mantê-la, e de seus processos “dentro de limites que sejam social e economicamente aceitáveis e em torno de uma média [...] ótima para um funcionamento social dado”¹³.

Nesse sentido, Stephanes²⁷ recorda que as condições de emergência da Previdência se vinculam a tensões e desequilíbrios sociais decorrentes do liberalismo econômico e do processo de desenvolvimento do capitalismo industrial na Europa, entre o final do século XVIII e o século XIX. A preocupação com a questão social, melhor dizendo, a necessidade de intervenção do Estado para atenuar as disfunções do processo de desenvolvimento econômico, traduziu-se em proteção aos trabalhadores contra doenças, invalidez e desemprego.

Contudo, gerir a vida – administrar e regulamentar as condutas da população, realizar o estado de bem-estar social – implica, nos termos propostos por Foucault, “fazer viver e deixar morrer”¹⁵. Tal comando nos coloca diante do paradoxo da biopolítica²⁸, que impõe a exclusão de partes de seu corpo populacional como forma de concertação. O racismo como política de Estado, nessa perspectiva, não se resume aos aspectos conhecidos da eliminação de etnias, mas implica a sistemática justaposição de exclusão/inclusão do/no próprio corpo social²⁹.

Abordagem metodológica

O percurso de investigação e de análise adotado foi construído a partir do entendimento de que “o marco metodológico deve corresponder à necessidade de conhecimento do objeto”³⁰. Nesse sentido,

empreendemos um estudo qualitativo de material empírico constituído por amostra (n=79), selecionada por conveniência, de registros da Ouvidoria da Previdência Social contendo reclamações sobre o trabalho médico-pericial, ano 2008.

O arquivo de registros foi categorizado em núcleos temáticos, e, para a análise, partimos do princípio de que existia uma narrativa do segurado-cidadão a ser observada, reconhecida em suas características, mas, especialmente, em seu conteúdo. Tomados pelo valor de face, os registros foram considerados como evidências do reclamado em relação a queixas que envolviam o trabalho médico pericial. Diante dessas narrativas, indagamos sobre seu conteúdo e como se articulavam com as premissas deste trabalho, em um movimento compreensivo, de extração e produção de sentido, assim como proposto por Minayo³⁰.

Segundo Schramm³¹, a análise Bioética caracteriza-se por ocorrer em dois movimentos básicos, um descritivo analítico e o segundo de decisão moral. A “aplicabilidade” da Bioética implicaria duas tarefas: “a descrição e compreensão dos conflitos de valores envolvidos nos atos humanos e a prescrição dos comportamentos moralmente corretos”³¹. Nesta pesquisa, pelas próprias características de nosso objeto, não almejamos cumprir o ciclo, chegando às prescrições. O objetivo foi contribuir para o alargamento da compreensão do problema, sinalizando uma bioética em que a compreensão torna-se dimensão essencial da própria bioética³².

Considerações éticas

As decisões sobre o delineamento, a abordagem e o referencial teórico da pesquisa decorrem, em parte, de reflexões e questionamentos da autora suscitados em seu trabalho na Previdência Social. O uso autorizado do banco de dados norteou-se pelo compromisso de confidencialidade, preservado o sigilo sobre a identidade de reclamantes, reclamados ou unidades de administração previdenciária.

O projeto da pesquisa que originou este artigo foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Reclamações sobre o atendimento médico-pericial na Ouvidoria da Previdência Social^(b)

As Ouvidorias são instituições que integram a história recente das relações de consumo no Brasil³³. Espaços para harmonização dos conflitos, mesmo em sua versão pública, frequentemente assumem a abordagem do cidadão enquanto cliente, noção que se remete ao indivíduo tomado em sua condição de sujeito econômico^{14,34,35}.

A Ouvidoria Geral da Previdência Social (OUGPS)^(c) tem como atribuição fornecer, ao cidadão usuário dos serviços da Previdência Social, uma interface de pós-atendimento. Recebe e responde a críticas, sugestões, elogios, reclamações e denúncias quanto aos serviços previdenciários.

A forma de contato com a Ouvidoria ocorre mediante as seguintes modalidades de acesso: autoatendimento no website do Ministério da Previdência Social; ligação para a central telefônica da Previdência Social; correspondência para a caixa postal da Previdência Social, e presencial, na sede do Ministério da Previdência Social em Brasília. Em 2011, 57% de todas as manifestações registradas deram entrada via central telefônica e 41% pela internet.

Considerando o período 2008 a 2012, as manifestações registradas na OUGPS corresponderam a 79% do tipo Reclamações, subdivididas em reclamações relacionadas a: benefícios, atendimento bancário, atendimento previdenciário e arrecadação/fiscalização. Nesse período, 48% das reclamações estiveram

^(b) Informações sobre fluxos, dados de atendimento e codificação de registros foram obtidos pela autora na Ouvidoria da Previdência Social.

^(c) OUGPS. Disponível em: < <http://www.previdencia.gov.br/conteudoDinamico.php?id=424> >. Acesso em: 20 maio 2013.

relacionadas a benefícios, 26% ao atendimento bancário, 23% ao atendimento previdenciário e 3% à área de arrecadação/fiscalização.

As reclamações sobre o trabalho médico-pericial estão incluídas na categoria reclamações sobre atendimento previdenciário, reunidas em uma subcategoria denominada *suposto atendimento inadequado prestado por médico perito* (código 03008.01). Em 2012 foi registrado, na OUGPS, um total de 142.838 reclamações, 34.224 delas do tipo atendimento previdenciário. Destas, 4.119 foram registradas no código 03008.01, ou seja, 2,8% de todas as reclamações, ou, ainda, 12% das reclamações do atendimento previdenciário. Dentro do escopo da pesquisa, analisamos uma amostra (n=79) de reclamações do tipo *suposto atendimento inadequado prestado por médico perito* registradas na OUGPS em 2008.

É necessário esclarecer que não tomamos, como objeto de análise, o processo comunicacional cidadão-OUGPS, nem mesmo possíveis recortes epidemiológicos quanto às características dos reclamantes. Da mesma forma, não nos detivemos no processo de apuração das reclamações pelo INSS, nem mesmo quanto aos resultados ou soluções encaminhadas aos reclamantes ou, ainda, sobre impactos das ações de Ouvidoria.

Resultados da análise dos registros e discussão

Verificamos ser possível agrupar as reclamações em torno de seis núcleos temáticos: “perito não olha/segue o laudo ou exame de comprovação trazido pelo segurado”; “perito age com excesso de poder”; “perito não age como médico”; “perito não tem conhecimento/qualificação”; “outras queixas: condições materiais” e “outras queixas: perícia reconhece incapacidade, mas não é concedido o benefício por exigências administrativas”. Essa disposição buscou dar relevo ao mais significativo e frequente, levando ainda em consideração que um registro pôde ser desmembrado/incluído em mais de um núcleo temático.

a) O perito não olha/segue o laudo ou exame de comprovação apresentado pelo segurado

Nesse núcleo, identificamos dois registros típicos. O primeiro, e mais frequente: “não foi verificado laudos e exames”. Essa queixa se apresentou de diferentes formas, tais como: “se recusou a olhar os laudos”; “nem olhou os exames” e até mesmo “rasgou o laudo”. O questionamento quanto ao resultado das perícias aparece, nesse tipo de registro, de forma indignada: “Não olhou os exames. Só tomou os dados do segurado. Indeferiu o resultado. Como pode ser se não olhou os exames?” Parece claro que os exames, os laudos de médicos assistentes e outros documentos são considerados como comprovantes do estado de saúde, de sua incapacidade [do segurado].

Ao não serem vistos/analizados pelo perito médico, abre-se um espaço de incredulidade sobre a decisão pericial e seus critérios, como no registro a seguir: “o médico não olhou os documentos que o segurado tinha a apresentar, por isso o segurado questiona qual foi o critério utilizado para indeferimento do seu benefício”.

Tais registros põem em relevo, pela via da falta, o exame da documentação médico-assistencial do segurado, um dos elementos essenciais da tarefa pericial. Essa documentação visa corroborar as queixas apresentadas e, agregada aos demais elementos (exame clínico, conhecimento sobre a atividade profissional do segurado e enquadramento legal), sustenta a decisão médico-pericial³⁶. Ademais, a necessidade de comprovação pelo segurado aparece em diversas orientações normativas institucionais relacionadas aos procedimentos médico-periciais de avaliação de incapacidade.

No website da Previdência Social encontramos: “para concessão de auxílio-doença^(d) é necessária comprovação da incapacidade em exame realizado pela perícia médica da Previdência Social”. O Manual Técnico de Perícia Médica orienta que o ônus da prova da doença cabe ao segurado, incluindo informações sobre diagnóstico, tratamentos instituídos e exames complementares realizados. Destaca ainda que as informações documentais devem ser anotadas no laudo médico-pericial¹⁰. Nesse mesmo sentido, a instrução normativa INSS/PRES 45 afirma que o início da doença e da incapacidade deve ser registrado no exame médico-pericial, baseado em dados objetivos, em exames complementares, em comprovantes de internações, enfim, em elementos documentais³⁷.

^(d) Auxílio-doença.
Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/conteudoDinamico.php?id=21>>. Acesso em: 20 maio 2013.

Um segundo tipo padrão desse núcleo temático tem como característica o fato de os laudos assistenciais e dos exames complementares serem vistos pelo perito, mas a decisão pericial não estar de acordo com eles: “apresentei laudos do médico do trabalho e de outros médicos provando a incapacidade para exercer a minha profissão. Se os médicos que faço tratamentos comprovam que estou incapacitado de trabalhar e exercer minha profissão, como um médico perito pode me dar alta vendo todos os laudos médicos e os meus exames?”.

Os exames complementares e os relatórios assistenciais são considerados, pelos segurados, como comprovantes da incapacidade, porém, do ponto de vista legal e normativo, não dão acesso ao benefício. O modelo de controle adotado sobre os benefícios por incapacidade passa pela submissão do requerente/segurado ao exame médico-pericial.

Outro aspecto relevante nessa queixa é a referência ao médico do trabalho. Mendes e Dias³⁸, ao discutirem a evolução dos conceitos e das práticas da medicina do trabalho, apontam, como sua função clássica, a seleção e a preservação da força de trabalho em condições operacionais. Maeno³⁹ afirma que os médicos do trabalho, ao atuarem na seleção da mão de obra, tornam-se elementos de exclusão dos trabalhadores nas empresas. Essa exclusão pode se dar pela via da recusa em compatibilizar o ambiente, os postos de trabalho e as tarefas à capacidade de trabalho dos segurados após a alta pericial.

Exames e relatórios médicos assistenciais indicando condutas que, por não serem consideradas, seguidas ou discutidas com o segurado, tornam-se motivo de conflito, como no registro: “trouxe ultrassonografia mostrando lesão de ombros e mãos, retirada um dia antes da perícia, e relatório médico indicando que não pode mais voltar a exercer a mesma atividade, totalmente voltada para computação, e recebe alta para retorno ao trabalho sem antes passar na RP? Será que é porque a RP está sem médico?”

A reabilitação profissional (RP) é um serviço previdenciário voltado para a promoção do retorno ao trabalho. O encaminhamento para esse serviço ocorre quando a perícia médica avalia que o segurado poderá retornar ao trabalho, porém, em atividade diversa ou adaptada ao seu potencial laborativo. O processo de reabilitação profissional implica, muitas vezes, fornecer nova qualificação profissional aos segurados, e isso significa maior investimento institucional em recursos humanos, incluindo médicos peritos e recursos materiais.

O Tribunal de Contas da União (TCU), em seu relatório de auditoria operacional sobre concessão e manutenção dos benefícios auxílio-doença⁴⁰, constatou a baixa efetividade do serviço de reabilitação, com filas de espera para ingresso, tempo prolongado de permanência no programa de reabilitação, ineficiência na oferta de formação profissionalizante, insuficiência de pessoal, entre outros problemas. O Tribunal concluiu alertando para o aumento nos gastos com o auxílio-doença em decorrência desse quadro, visto que o pagamento do benefício é mantido durante todo o período em que o segurado está em processo de reabilitação profissional.

Outro aspecto no tema das exigências de comprovação é quando a perícia passa a demandar documentação, como nesta reclamação: “os Peritos estão solicitando exame de tomografia computadorizada. Há muita burocracia para fazer este tipo de exame, é muito complicado, precisa esperar uma vaga sem previsão de data”. O alto custo desses exames e o fato de eles serem decorrentes de um vínculo assistencial sinalizam ônus adicional do setor saúde em torno das exigências e das condutas relacionadas aos benefícios por incapacidade.

b) Perito age com excesso de poder

O registro característico desse núcleo temático é: “O perito falou que com o poder que vem de Brasília pode fazer o que quiser”. Aqui se soma à autoridade

médica, oriunda da exclusividade profissionalizada do saber sobre os corpos, base da medicina, a autoridade da administração frente ao administrado. Poder discricionário administrativo que, no caso concreto, integra sua vontade ou juízo à norma jurídica. Poder que tensiona a chamada supremacia do interesse público aos direitos individuais⁴¹, que reúne soberania da lei a um funcionamento disciplinar típico do saber clínico¹⁵. Poder que tem força de lei na medida em que se mesclam, em ato, legislativo e executivo, na aparente anomia enunciada no registro da reclamação: "pode fazer o que quiser"⁴².

Os registros estão repletos de palavras nomeando sentimentos como "humilhação" e "constrangimento"; ou de adjetivos como "grosso", "prepotente", para designar a abordagem durante o exame pericial. A reclamação a seguir sintetiza esses achados: "o perito foi muito grosso, impaciente, muito irônico, arrogante e bastante preconceituoso; falou para o segurado que ele tivesse vergonha, e que a Previdência não ia bancá-lo, que ele voltasse a trabalhar".

Em programa nacional de auditoria desenvolvido em 2009, a Auditoria Interna do INSS analisou amostra de registros da Ouvidoria da Previdência Social relacionados à Perícia Médica e identificou 69% desses registros como reclamações por mau atendimento, a grande maioria composta por queixas classificadas como grosseria e descaso/negligência. Somente 19,4% dos registros foram relacionados pela Auditoria ao indeferimento do benefício solicitado.

Por outro lado, nesse mesmo trabalho, entrevistas realizadas com amostra nacional de médicos peritos apontaram 85,4% de respostas positivas para a ocorrência de agressão verbal e 34,1% de respostas positivas para a agressão física, durante o atendimento. Sentimentos de insegurança, coação e/ou ameaça durante o exame pericial foram relatados por 80% dos entrevistados, com efeitos sobre a decisão pericial para 14,5% dos respondentes⁴³.

A situação pericial ou "setting" pericial evidencia uma carga de violência que nos põe em alerta quanto ao significado da violência. Não estaria aí posta em questão a própria condição de representação do poder do Estado sobre seus cidadãos? No limite, a operação inclusão/exclusão incluiria a violência paradoxal da política sobre a vida, que, ao gerir a população, deixa de fora parte dela própria²⁸?

c) Perito não age como médico

"Foi mal atendido, sem nenhuma ética devida e assegurada pela doença". Aqui, o que está em jogo é a expectativa de conformidade com o que se espera de um atendimento médico, do cuidado com o outro em situação de adoecimento. Estar doente é condição necessária para a requisição e a obtenção do benefício, porém, não é condição suficiente. Deve estar configurada, ainda, a incapacidade, condição esta a ser reconhecida pela perícia médica.

Rapidez excessiva: "tratou muito mal e em apenas um minuto ele terminou a perícia". Ausência de empatia: "se negou a verificar minha pressão, e disse que estava ali pra me julgar, não era atendimento médico, se eu quisesse que me dirigisse a um hospital". Falta do exame físico: "durante a perícia médica o médico perito nem me examinou". Resultando na antítese do esperado no agir médico: "atitudes dessas médicas peritas está fazendo com que piore o seu estado de saúde". Mais do que nunca, o sentido da atividade médica é posto em questão, visto que essa modalidade de acesso a benefícios, por doença incapacitante, define a medicina como lugar de controle.

Como afirma Schraiber⁴⁴, a expectativa social em relação à medicina é de que compete a ela, através de seus agentes, tratar e cuidar. Porém, a necessidade social atendida pelo trabalho médico não é sempre a mesma, portanto, não se tratará sempre e somente do cuidado, mesmo que seja essa a imagem de comparação.

O registro a seguir, ao que parece, ordena e justifica, fornece uma indagação/explicação que reforça o papel do avesso que a atividade médico-pericial assume diante da atividade médico-assistencial: "O juramento dos médicos que se formam e trabalham no INSS: apenas cumprem ordem do governo ou atendem seus pacientes com respeito, justiça, ética e seriedade".

O juramento de Hipócrates, mítico registro das origens da medicina, integra o ritual de formatura dos médicos. Em essência, é um conjunto reduzido de regras para conduzir a ação do médico diante dos pacientes, dos mestres etc. O que nos parece relevante nesse registro é o fato de o juramento ser tomado como compromisso prioritário com o paciente. Os valores "respeito, justiça, ética e seriedade" seriam princípios ideais de um agir ético ou expectativas sobre esse agir.

d) Médico perito não tem conhecimento/qualificação

Aqui, a legitimidade da atuação do médico perito é questionada: “se o seu problema é ortopédico, como pode ser julgada por um médico com especialidade em cardiologia?” O lugar comum é a valorização vinculada a um saber mais legítimo na medida em que é fracionado, se compartimentaliza.

Esse tema também se apresenta na forma de questionamento quanto ao conhecimento de condutas e fluxos de organização de serviços assistenciais, conhecimento este visto como parte de um repertório necessário: “como um médico que se diz perito do INSS pode não saber que a fila de transplante de rins não é por numeração, e sim por compatibilidade?” Ou ainda, na forma de um reconhecimento, ainda que crítico, sobre a complexidade exigida pela tarefa: “ela não tem qualificação para ser perita do INSS”.

O recorte do trabalho médico por especialidades, subespecialidades, é parte de um processo em curso, caracterizado por transformações na atividade médica resultantes da expansão do conhecimento científico e do avanço e da exploração das tecnologias aplicadas nos processos de trabalho em saúde, com impacto desagregador sobre a relação médico-paciente⁴⁴.

Em se tratando de perícia médica, o espaço que o saber ocupa na composição da autoridade médica é reiterado via dimensão da queixa sobre uma qualificação aparentemente insuficiente. O reclamante não questiona o saber-poder, exige-o.

e) Outras queixas: condições materiais

As reclamações informam também deficiências nas condições materiais para realização do exame: “não tinha estetoscópio e nem aparelho para aferir a pressão”. A deficiência de equipamentos se junta à percepção de inadequação dos espaços, dos ambientes e das práticas durante exames médico-periciais, como a seguir: “os médicos atendem os segurados com as portas abertas e eles não têm a menor privacidade”.

Essas queixas são coerentes com os resultados obtidos pela Auditoria do INSS quando detectou, após avaliar 196 consultórios em todo o país, um índice de 84,1% de inadequação⁴³. O parâmetro foi desconformidade com norma interna da instituição previdenciária que padroniza a estrutura e os equipamentos necessários aos consultórios periciais nas Agências da Previdência Social. A norma inclui equipamentos para o exame clínico propriamente dito, recursos materiais como computadores, cama para exame, cadeiras etc., bem como estabelece dimensões espaciais.

A privacidade que se esperaria no desenrolar de um atendimento médico fica prejudicada também pela presença de um clima de apreensão em torno de ocorrências que evidenciam o caráter explosivo das tensões presentes⁴⁵. Nesse ambiente, a visibilidade do procedimento de exame, sem desconhecer o incômodo e a inadequação aparentes, pode ser percebida como elemento defensivo que integra uma busca estratégica por segurança.

f) Outras queixas: perícia reconhece incapacidade, mas não é concedido o benefício por exigências administrativas.

“O resultado da perícia concede o benefício, mas a área administrativa nega por perda da qualidade de segurado. A segurada informa que é empregada de carteira assinada, e como pode ser negado o benefício por falta da qualidade de segurado?” O registro, exemplar nesse núcleo temático, reflete um descompasso entre a decisão médico-pericial e o reconhecimento do direito ao benefício. A inscrição e as contribuições para a Previdência Social são exigências nem sempre atendidas, na regularidade necessária, ao longo da vida produtiva do trabalhador. A inserção na atividade produtiva sem formalização, portanto, sem proteção previdenciária, é uma realidade reconhecida e sua presença é alvo de atenção e acompanhamento⁴⁶.

Nesse sentido, é possível a ocorrência de situações nas quais esteja reconhecida a incapacidade, mas não haja direito administrativo ao benefício. Tais ocorrências tornam evidente que a concessão do benefício previdenciário é resultante de um macroprocesso em que a atuação pericial, apesar de essencial, é um dos elementos. Nesse macroprocesso estão incluídas variáveis econômicas, como mercado de trabalho e nível da atividade econômica, entre outras, assim como normas e procedimentos administrativos de reconhecimento e manutenção de benefícios, nos quais se inclui a perícia médica.

A reclamação nos autoriza a indagar sobre o que tem sido a resposta, no campo da seguridade, frente à adversidade constituída pela incapacidade, e sobre a efetividade dessas respostas nas situações de maior vulnerabilidade em que se somam doença, incapacidade e não-cobertura do seguro social.

Considerações finais

A partir de um vasto conjunto normativo voltado para a preservação da ordem social, o seguro social, mecanismo de seguridade, e, em especial, o seguro de incapacidade para o trabalho, informa uma biopolítica exercida em face das práticas médico-periciais. O caráter regulador da entrada da atividade pericial no sistema previdenciário se viabiliza pelo saber individualizante e disciplinador da racionalidade médica penetrada pela racionalidade jurídico-administrativa das normas^{8,36}. Em um "agenciamento do saber-poder médico com o saber-poder jurídico"²⁹.

Mediante este instrumento, o exame médico-pericial, distinguem-se aqueles que têm daqueles que não têm o direito, os incapazes, dos capazes. Dessa forma, alcança-se [ou se busca alcançar] um equilíbrio no sistema, dito de outra forma: a sustentabilidade do sistema depende da proteção à população de segurados da previdência social. Proteção que inclui a iminente desproteção, paradoxo desse poder, biopoder, sobre a vida administrada. Em outros termos, a biopolítica previdenciária visa à população, mas, no tocante ao programa de benefícios por incapacidade, mostra sua face individualizadora e conta com a normação, operação de ajustamento, realizada por seus peritos médicos na interface com o segurado, uma relação médico-paciente transformada pela situação de perícia.

Nesse campo vicejam controles burocráticos sobre a massa de concessões de benefícios; indeferimentos; processos administrativos de gestão das perícias; procedimentos institucionais de manejo das insatisfações com os resultados das perícias; análises do mercado de trabalho, das tendências demográficas da população, entre outras maquinarias gestonárias.

As tensões, as disfunções das situações-limite de controle sobre a população, como aquelas evidenciadas nas análises dos registros de Ouvidoria, informam a interface médico-segurado em perícia médica previdenciária. A nosso ver, tais situações precisam ser reconhecidas como previsíveis e, possivelmente, inevitáveis à prática desses limites, na forma em que estão colocados. A assimetria presente e acentuada pela situação pericial integra a operação de controle, servindo à biopolítica previdenciária.

Finalmente, acreditamos ser necessário ter em mente o caráter arbitrário da norma e favorecer o olhar sobre essas práticas para não incorrerem em explicações que reduzam fatos à arbitrariedade dos agentes. Discutir a relação médico-paciente na perícia previdenciária inclui a análise das condições do exercício e a teleologia da atividade, como buscamos realizar. Ou seja, entre a expectativa social corrente sobre a atividade médica e o trabalho médico-pericial de controle sobre a entrada e a permanência em benefício previdenciário, *há um deslocamento, um não-lugar, o lugar do não, a ser posto em questão*.

Este estudo buscou, dentro de seus limites, acrescentar elementos que possibilitem melhor compreender e abordar o trabalho médico-pericial na Previdência Social, favorecendo outros olhares para desafios do presente, na esteira das pesquisas sobre biopolítica. Entendendo que o debate societário em torno da política pública de seguridade social não se limita a aspectos econométricos, há de se problematizarem cotidianos e práticas criando espaços de reflexão sobre essas práticas, tornando mais responsáveis as escolhas da sociedade e o agir de seus membros. Nesse sentido, é possível agir diferente, praticar outro governo das condutas não vinculado à inspeção médica? Apostamos que sim. As práticas sociais, incluindo as securitárias, podem ser aperfeiçoadas a partir do debate inclusivo e inacabado que leve em consideração a necessidade de limites e de escolhas quanto à forma dos mesmos⁴⁷.

Para além dos resultados desta investigação, compreendemos ser necessário discutir o modelo de Previdência Social vigente, buscando clarificar seus pressupostos de segurança econômica de todos em função de todos, mas, também, a necessidade de reformas que priorizem a autonomia e a dignidade das pessoas, entre outros aspectos. Vivemos todos no recorte dessas políticas securitárias, incluídos no

cálculo econômico e político. Discutir tal acontecimento, talvez seja essa uma das tarefas inescapáveis de uma bioética que se abre para a dimensão coletiva.

Agradecimentos

A Olinto Antônio Pegoraro, pelo incentivo e confiança neste percurso de pesquisa e aprendizagem. Ao Instituto Nacional do Seguro Social, por viabilizar minha dedicação ao mestrado em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva (2010-2013). Este artigo é resultado de pesquisa desenvolvida durante o mestrado.

Referências

1. Ferrer JJ, Alvarez JC. Para fundamentar a bioética: teorias e paradigmas teóricos na bioética contemporânea. São Paulo: Loyola; 2005.
2. Pegoraro OA. Ética e bioética: da subsistência à existência. Petrópolis: Vozes; 2010.
3. Gaudenzi P, Schramm FR. A transição paradigmática da saúde como um dever do cidadão: um olhar da bioética em saúde pública. Interface (Botucatu). 2010; 14(33):243-55.
4. Fortes PAC, Zobolli ELC, organizadores. Bioética e Saúde Pública. 3a ed. São Paulo: Loyola; 2009. p. 11-24.
5. Garrafa V. Reflexão sobre políticas públicas brasileiras de saúde à luz da bioética. In: Fortes PAC, Zobolli ELC, organizadores. Bioética e Saúde Pública. 3a ed. São Paulo: Loyola; 2009. p. 49-69.
6. Lei nº 11.907, 2009. Artigo 30 § 3º incisos I, II, III e IV. Dispõe sobre a reestruturação da composição remuneratória das Carreiras de Oficial de Chancelaria e de Assistente de Chancelaria [acesso 2013 Nov 5]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/Lei/L11907.htm
7. Lei nº 8.213, 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social. [acesso 2013 Nov 5]. Disponível em: <http://www3.dataprev.gov.br/sislex/index.asp>
8. Melo MPP. Condições do exercício profissional do médico perito da previdência social. Belo Horizonte. Dissertação [Mestrado] - Universidade Federal de Minas Gerais; 2003.
9. Ministério da Previdência Social. Anuário estatístico. Brasília, DF; 2011 [acesso 2013 Nov 5]. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/conteudoDinamico.php?id=423>
10. Instituto Nacional do Seguro Social. Manual de perícia médica da Previdência Social. Brasília, DF; 2002 [acesso 2013 Nov 5]. Disponível em: <http://www.sindmedicos.org.br/juridico/Manual%20de%20Pericias%20Medicas%20do%20INSS.pdf>
11. Pinto Junior AG, Braga AMCB, Roseli-Cruz A. Evolução da saúde do trabalhador na perícia médica previdenciária. Cienc Saude Colet. 2012; 17(10):2841-9.
12. Foucault M. História da sexualidade: a vontade de saber. São Paulo: Graal; 2009. p. 147-58.
13. Foucault M. Segurança, território, população. Curso no Collège de France (1977-1978). São Paulo: Martins Fontes; 2008.

14. Foucault M. Nascimento da biopolítica. Curso no Collège de France (1978-1979). São Paulo: Martins Fontes; 2008.
15. Foucault M. Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes; 2005.
16. Ridd M. The patient-doctor relationship: a synthesis of the qualitative literature on patients' perspectives. *Br J Gen Pract.* 2009; 59(561):e116-33.
17. Heritage J, Maynard DW. Problems and prospects in the study of physician-patient interaction: 30 years of research. *Annu Rev Sociol.* 2006; 32:351-74.
18. Caprara A, Franco ALS. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. *Cad Saude Publica* 1999; 15(3):647-54.
19. Fernandes JCL. A quem interessa a relação médico paciente? *Cad Saude Publica* 1993; 9(1):21-7.
20. Gonçalves RBM. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: CEFOR; 1992.
21. Nascimento Sobrinho C, Nascimento MA, Carvalho FM. Ética e subjetividades no trabalho médico. *Rev Bioet.* 2004; 12(2):23-32.
22. Paul DM. The general principles of clinical forensic medicine and the place of forensic medicine in a modern society. *Yale J Biol Med.* 1977; 50:405-17.
23. Vilela JRP, Epiphanyo EB, coordenadores. Perícias médicas: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009. p. 3-13.
24. Almeida EHR. Aspectos bioéticos da perícia médica previdenciária. *Rev. Bioet.* 2011; 19(1):277-98.
25. Marasciulo ACE. Avaliação de desempenho do programa de benefícios por incapacidade do Instituto Nacional do Seguro Social: gerência de Florianópolis, SC, 2000-2002. [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2004.
26. Candiotto C. Cuidado da vida e dispositivos de segurança: a atualidade da biopolítica. In: Castelo Branco G, Veiga-Neto A, organizadores. Foucault: filosofia & política. Belo Horizonte: Autêntica; 2011. p. 81-95.
27. Stephanes R. Previdência Social: uma solução gerencial e estrutural. Porto Alegre: Síntese; 1993.
28. Duarte A. Biopolítica e resistência: o legado de Michel Foucault. In: Rago M, Veiga-Neto A, organizadores. Figuras de Foucault. Belo Horizonte: Autêntica; 2006. p. 45-55.
29. Castelo Branco G. Racismo, individualismo, biopoder. *Rev Filos.* 2009; 21(28):29-38.
30. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2010.
31. Schramm FR. A bioética da proteção em saúde pública. In: Fortes PAC, Zobolli ELC, organizadores. Bioética e Saúde Pública. 3.ed. São Paulo: Loyola; 2009. p. 71-84.
32. Junges JR. Bioética hermenêutica e casuística. São Paulo: Loyola; 2006.
33. Vismona EL. A ouvidoria no Brasil e seus princípios. *Rev IMESC.* 1998; 1 [acesso 2013 Nov 5]. Disponível em: <http://www.imesc.sp.gov.br/imesc/rev1d.htm>
34. Lyra RP. A ouvidoria pública e a questão da autonomia. *Prima Facie.* 2009; 8(15):161-91.
35. Pereira LH. A voz do usuário no sistema hospitalar. *Sociologias.* 2002; 4(7):82-120.
36. Melo MPP, Assunção AA. A decisão médico pericial no âmbito da Previdência Social. *Physis.* 2003; 13(2):343-65.

37. Instituto Nacional do Seguro Social. Instrução normativa nº 45. 2010 [acesso 2013 Nov 5]. Disponível em: <http://www3.dataprev.gov.br/sislex/index.asp>
38. Mendes R, Dias EC. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Rev Saude Publica* 1991; 25(5):341-49.
39. Maeno M. Ser médico. In: Vizzaccaro-Amaral A, Mota D, Alves G, organizadores. *Trabalho e Saúde: a precarização do trabalho e a saúde do trabalhador no século XXI*. São Paulo: LTR; 2011. p. 127-60.
40. Brasil. Tribunal de Contas da União. Concessão e manutenção dos benefícios auxílio-doença. Brasília, DF; 2010. [acesso 2013 Mar 22]. Disponível em: http://portal2.tcu.gov.br/portal/page/portal/TCU/comunidades/programas_governo/auditorias
41. Binenbojm G. *Temas de direito administrativo e constitucional: artigos e pareceres*. Rio de Janeiro: Renovar; 2008.
42. Agambem G. *Estado de exceção*. São Paulo: Boitempo; 2004.
43. Instituto Nacional de Seguridade Social. Relatório final do Programa Nacional de Auditoria 2009: visão multifatorial do trabalho médico pericial [relatório interno]. Brasília, DF; 2009.
44. Schraiber LB. *O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2008.
45. Dutra B. Violência contra peritos, triste rotina na previdência. *O Dia*. 2013 Abr 27; Sec. Economia [acesso 2013 Nov 5]. Disponível em: <http://odia.ig.com.br/portal/economia/viol%C3%Aancia-contra-peritos-triste-rotina-na-previd%C3%Aancia-1.576441>
46. Ansiliero G. Inclusão previdenciária e mercado de trabalho no Brasil: evidências para o período 1992-2011. *Inf Prev Soc*. 2013; 25(2):4-30.
47. Foucault M. *Ética, sexualidade, política*. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2010. p. 126-43. [Coleção ditos e escritos V].

Melo MPP. Gobierno de la población: relación médico-paciente en la pericia médica de la seguridad social. *Interface (Botucatu)*. 2014; 18(48):23-35.

Este artículo presenta y discute resultados de la encuesta cualitativa sobre la relación médico-paciente en la pericia médica de la Seguridad Social. La encuesta analizó una muestra (n=79) de registros de la Defensoría de la Seguridad Social, conteniendo reclamaciones sobre el trabajo médico de pericia. La relación médico-paciente, en el campo de la previsión social, se realiza por medio de un ajuste a la norma, un desplazamiento en el espacio terapéutico médico-paciente, instrumento de la operación de control para acceso a los beneficios por discapacidad. Las disfunciones en esa interfaz de control resultarían de la práctica de esos límites, de la forma en que ellos están colocados. La seguridad social fue entendida como biopolítica y la actividad médico-pericial como expresión de biopoder, en los términos de la filosofía política de Michel Foucault. Discutir la Seguridad social significa aclarar sus supuestos de seguridad y no desconocer el carácter instrumental que las prácticas médicas asumen en sus engendramientos de seguridad.

Palabras-clave: Bioética. Biopolítica. Previsión Social. Medicina Legal. Relaciones médico-paciente.

Recebido em 04/07/13. Aprovado em 30/10/13.

