



Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro Biomédico
Instituto de Medicina Social

Maria da Penha Pereira de Melo

**Análise bioética da relação médico-paciente
na perícia médica da Previdência Social**

Rio de Janeiro
2013

Maria da Penha Pereira de Melo

**Análise bioética da relação médico-paciente
na perícia médica da Previdência Social**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética aplicada e Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, em regime de associação com a Universidade Federal do Rio de Janeiro, a Fundação Oswaldo Cruz e a Universidade Federal Fluminense.

Orientador: Prof. Dr. Olinto Antônio Pegoraro.

Rio de Janeiro

2013

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

M528 Melo, Maria da Penha Pereira de.
Análise bioética da relação médico-paciente na perícia
médica da Previdência Social / Maria da Penha Pereira
de Melo. – 2013.
50f.

Orientador: Olinto Antônio Pegoraro.
Dissertação (Mestrado) Universidade do Estado do
Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Bioética - Teses. 2. Médico e paciente - Teses. 3.
Ética médica – Teses. 4. Previdência social - Teses. I.
Pegoraro, Olinto Antônio. II. Universidade do Estado do
Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 614.253

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Maria da Penha Pereira de Melo

**Análise bioética da relação médico-paciente
na perícia médica da Previdência Social**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, em regime de associação com a Universidade Federal do Rio de Janeiro, a Fundação Oswaldo Cruz e a Universidade Federal Fluminense.

Aprovada em 18 de julho de 2013.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Olinto Antônio Pegoraro - (Orientador)
Instituto de Medicina Social - UERJ

Prof. Dr. Guilherme Castelo Branco
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof.^a Dra. Marisa Palácios
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2013

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos amados filhos Sirius e Jerônimo, aos meus pais Paulo e Efigênia a quem sou eternamente grata pela entrada neste mundo e à Zelinda, amiga de sempre.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Olinto Antônio Pegoraro, meu orientador, pelo incentivo e presença exemplar neste percurso de pesquisa e aprendizagem em Bioética.

Ao Prof. Guilherme Castelo Branco pela generosidade intelectual em compartilhar e sinalizar rumos nesta jornada de iniciação ao pensamento de M. Foucault.

À Prof.^a Mariza Palácios pelas contribuições valiosas para a qualificação do projeto original.

Aos Professores e Colegas do mestrado e doutorado do Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva pelo ambiente criativo e intelectualmente desafiador onde dúvidas têm mais valor que respostas.

A Roberto Unger, bibliotecário do IESC/UFRJ e Maria Luísa Mesiano, bibliotecária do IMS/UERJ, pela disponibilidade e contribuições.

A Simone Motta, secretária do PPGBIOS/IMS e Simone Silva, secretária geral do PPGBIOS pela gentileza e eficiência.

Às amigas Maria de Fátima Santos Zuba, Maria do Rosário Sampaio, Patrícia Lima Pereira Peres, Valéria Fernandes, Verônica Pacheco Azeredo e Yara Hahr Marques Hörkerberg. Pela escuta, discussões, críticas e tolerância.

Ao Instituto Nacional do Seguro Social, Gerência Executiva do INSS em Belo Horizonte e à Superintendência Regional do INSS em Belo Horizonte por viabilizarem meu direito à educação continuada.

O pensar tem inevitavelmente um efeito destrutivo, debilitante, de todos os critérios estabelecidos de valores, medidas do bem e do mal, em suma desses costumes e regras de conduta de que tratamos na moral e na ética. Esses pensamentos congelados, parece estar a dizer Sócrates, são tão úteis que os podemos usar quando dormimos; mas se o vento do pensamento, que agora farei soprar em ti, te abanou do teu sono e te tornou completamente consciente e vivo, então verás que nada tens em teu poder a não ser perplexidades, e que o melhor que podes fazer com elas é partilhá-las com os outros.

Hannah Arendt

RESUMO

MELO, M.P.P. *Análise bioética da relação médico-paciente na perícia médica da Previdência Social*. 2013. 50f. Dissertação (Mestrado em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

Esta dissertação apresenta e discute resultados de pesquisa desenvolvida como pré-requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva junto ao Programa de Pós-graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, em regime de associação com a Universidade Federal do Rio de Janeiro, a Fundação Oswaldo Cruz e a Universidade Federal Fluminense. A pesquisa de metodologia qualitativa analisou material empírico composto por amostra de registros da Ouvidoria da Previdência Social contendo reclamações sobre o atendimento médico-pericial. A Previdência integra o campo da seguridade social e tem a vida e suas intercorrências na população de segurados como seu objeto de cuidados e controles. O benefício auxílio-doença é o mais frequentemente concedido entre todos os benefícios da Previdência sendo devido somente a seus segurados em dupla condição de vulnerabilidade, doentes e incapazes para o trabalho. A verificação da condição de incapacidade para o trabalho é realizada pelos médicos peritos da Previdência Social como pré-requisito para acesso ao benefício e funciona como mecanismo de controle de custos. Os resultados do estudo evidenciam que a tarefa de controle de acesso, realizada na interface com o segurado, exige um deslocamento da atividade médica da função assistencial para a pericial em decorrência da natureza da tarefa médico-pericial, onde o lugar do controle é o da exceção beneficente. Tal atribuição condiciona um risco da atividade médico-pericial que entendemos ser de ordem moral. As reclamações sobre o atendimento médico na perícia previdenciária foram compreendidas como índices de disfunções nesta interface, assim como os registros de violência em torno desta atividade. Resultantes da prática de limites de acesso ao benefício, na forma em que estes limites estão colocados. A análise desta interface coloca em relevo o paradoxo da proteção securitária que funciona retirando da proteção partes de sua população e caracteriza a relação médico-paciente na perícia médica da Previdência Social como moralmente conflituosa. A pesquisa na linha de uma bioética crítica, que enfatiza as políticas públicas que afetam a vida, entendeu Previdência Social como biopolítica e a atividade médico-pericial como expressão de biopoder, nos termos da filosofia política de Michel Foucault. Cabe à sociedade refletir seriamente sobre essas práticas de controle e definir o alcance e a forma da proteção securitária tendo em vista que esta proteção tensiona necessidades individuais e coletivas. Cabe a todos e a cada um ter em mente a dimensão ética da política previdenciária.

Palavras-chave: Bioética; Biopolítica; Governo; Previdência Social; Política Social; Conflito Moral; Medicina Legal; Relações Médico-Paciente.

ABSTRACT

MELO, M.P.P. *Bioethical analysis of medical-patient relationship in medical expertise of Social Security*. 2013. 50f. Dissertação (Mestrado em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

This dissertation presents and discusses research results developed as prerequisite for obtaining the master's degree in Bioethics, applied Ethics and Public Health by the graduate program in Bioethics, applied Ethics and Public Health at the University of the State of Rio de Janeiro, in association with Federal University of Rio de Janeiro, Oswaldo Cruz Foundation and the Fluminense Federal University. The qualitative methodology research analyzed empirical material composed sample records of the Ombudsman of Brazilian's Social Security System containing complaints about the medical examinations. The Social Security System has life and its complications in the population of insured persons as object of care and controls. The sick leave benefits is the most often granted between all social security benefits being due only to its policyholders in double condition of vulnerability, disease and work disability. The verification of incapacity to work is carried out by medical experts of Social Security as prerequisite for access to benefit and serves as a cost-control mechanism. The results of the study show that the task of access control, held at the interface with insured, requires an offset of medical care function as a result of the nature of medical-legal examinations, where place of the control is the beneficent exception. Such attributions determine a specific risk to the medical-legal examinations that we understand to be of moral order. The complaints about the medical work in Social Security were understood as dysfunctions index on this interface, as well as the records of violence around this activity. As results of the limits to access the benefits, in the form in which of these limits are placed. The analysis of this interface puts into sharp relief the paradox of social security protection that works by removing parts of its population under protection and characterizes the medical-patient relationship in Medical Social Security expertise as morally conflictive. The research, in accordance with a critical bioethics approach, that emphasizes the public policies that affect the life, understands Social Security as Biopolitics and medical expertise as an expression of Biopower according political philosophy of Michel Foucault. It's up to society reflect seriously on these control practice and define the scope and form of social security protection considering that this protection produces tension between individual and collective needs. It's up to each and every one to keep in mind the ethical dimension of the social security policy.

Keywords: Bioethics, Biopolitics, Government, Social Security, Public Policy, Moral Conflict, Forensic Medicine; Medical-Patient Relations.

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	9
1	Artigo 1 - GOVERNO DA POPULAÇÃO: RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE NA PERÍCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL	13
1.1	Introdução	15
1.2	Qual relação médico-paciente?	16
1.3	A inspiração em Foucault	17
1.4	Abordagem metodológica	20
1.4.1	<u>Considerações éticas</u>	20
1.5	Reclamações sobre o atendimento médico-pericial na Ouvidoria da Previdência Social	21
1.5.1	<u>Resultados da análise dos registros e discussão</u>	22
1.6	Considerações finais	27
2	Artigo 2 - MORALIDADE E RISCO NA INTERFACE MÉDICO-PACIENTE NA PERÍCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL	34
2.1	Introdução	36
2.2	(IM) Previdência?	38
2.3	Entre Scyla e Caribdes: moralidade na interface de controle	39
2.4	Para não concluir	45
	REFERÊNCIAS	50

INTRODUÇÃO

A Bioética é subsidiária em sua origem das profundas transformações culturais, sociais e políticas ocorridas na década de 60 assim como dos avanços e riscos trazidos pelos desenvolvimentos científicos e tecnológicos ocorridos neste período que colocavam, pela primeira vez na história humana, a possibilidade concreta de destruição em escalas anteriormente inimagináveis e ameaçavam a própria existência da vida no planeta.

Em sua formulação originária conforme proposta pelo pesquisador Van Rensselaer Potter, nasce com a vocação de ser uma área do conhecimento engajada no cuidado e responsabilidade para com a vida. Potter, inspirado na ética da terra de Leopold (1949) e diante dos avanços das tecnociências enfatizava a necessidade de constituição de um conhecimento caracterizado pelo diálogo entre saberes, entre as ciências e a ética, sinalizando um legado onde técnicas de fundamentação moral não substituiriam o posicionamento ético dos agentes morais, dentre eles os cientistas.

Postulou a reflexão ética como parte essencial do avanço do conhecimento científico e de suas aplicações, evidenciando a necessidade de incluir no campo da investigação científica, específica e localizada, uma abordagem ampliada um olhar ao redor (SCHRAMM, 2011). Olhar que também não se resume aos processos biofísicos e fisiológicos, mas inclui os contextos sociais, históricos e políticos próprios de nossa vida em comum.

Junges e Zoboli (2012) ao discutirem o estatuto epistemológico da Bioética considerando sua interface com a Saúde Coletiva destacaram que ambas as áreas de conhecimento são derivadas daquilo que chamaram, em sintonia com Boaventura Souza Santos, a segunda ruptura epistemológica do conhecimento. Esta seria caracterizada pelo retorno, pela reconsideração do saber comum, do (bom) senso comum, ao status de saber válido para legitimar decisões e opções sobre a vida, o viver e decisões sobre os rumos das políticas, das escolhas econômicas e sociais, dentre outras.

Segundo os autores a primeira ruptura epistemológica do conhecimento, marca da modernidade, se caracterizou pela assunção da objetividade e elisão da subjetividade naquilo que seria reconhecido como científico. A valorização da ciência e seu corolário, o desenvolvimento tecnológico, estiveram marcados por esta primeira ruptura. Para eles, Bioética e Saúde Coletiva compartilham o fato de serem áreas de conhecimento que decolaram de campos científicos dominantes, o saber das biomedicinas no caso da saúde coletiva e a legitimidade da ética filosófica para a bioética, e se caracterizam pela transdisciplinaridade e por se vincularem à noção de complexidade na medida em que reconhecem seus objetos também a partir de elementos imprecisos, históricos e singulares.

Em sintonia com Porto e Garrafa (2011), entendemos que a bioética entre nós foi influenciada pelos caminhos da Reforma Sanitária brasileira. Movimento técnico político que aglutinou forças em torno de uma visão da saúde enquanto processo social multideterminado em detrimento de uma visão biologizante e reducionista, o movimento influenciou fortemente as conquistas políticas que desaguaram na construção do sistema único de saúde e na visão, presente na constituição brasileira, de saúde como direito de todos e dever o Estado.

Porto e Garrafa (2011) esclarecem que o conhecimento e as práticas em saúde decorrentes dessa visão incluíram como elementos componentes dos diagnósticos, das avaliações e das intervenções em saúde, conhecimentos de áreas as mais diversas como antropologia, direito, engenharias, sociologia, etc, que passaram a integrar o pensamento em saúde, e contribuíram para a ampliação do seu escopo de interesses e atuação. Não mais e somente o setor saúde, mas um campo ampliado em que outras políticas públicas tornam-se igualmente alvo de atenção, estudos e intervenções.

Políticas públicas de saúde, definem, circunscrevem o campo da atuação em saúde, mas não exaurem o campo. Como alerta Pegoraro (2009) a saúde do corpo social depende de um conjunto de políticas e ações sobre objetos não limitados ao setor saúde e implica em última análise em uma ordem social justa. Nesse sentido, entendemos ser atribuição de uma bioética crítica carregada pelos contornos e temáticas da Saúde Coletiva voltar-se para as políticas públicas que afetam a vida.

A política previdenciária tem como objeto a vida em seus marcos vitais e intercorrências. Nascimento, adoecimento, envelhecimento e morte são eventos marcadores dos cuidados e controles previdenciários. Abrangendo obrigatoriamente a todos que realizam atividade econômica, quer seja como empregados, empresários, trabalhadores por conta própria, dentre outras modalidades de segurados, a Previdência Social é um seguro compulsório que mobiliza um enorme volume de recursos, quer seja movimentando a economia, através da massa de pagamentos oriundos dos benefícios, assim como viabilizando o modelo econômico vigente assegurando a manutenção da força de trabalho diante das adversidades. Acidentes e adoecimento são eventos que trazem como lugar comum a impossibilidade momentânea ou permanente de fazer frente às necessidades da vida ativa.

O benefício auxílio-doença é devido aos segurados da Previdência quando doentes e incapazes para o trabalho. A verificação da incapacidade para o trabalho é tarefa realizada pelos médicos peritos da Previdência Social como pré-requisito para acesso do requerente ao benefício. A reunião do conhecimento clínico, da fisiopatologia, das repercussões sobre os corpos em seus funcionamentos, das expectativas sociais sobre as práticas médicas aliada ao conjunto normativo, com suas leis, decretos, regulamentos e portarias, todos esses elementos fundamentam e atravessam o ato médico-pericial. A perícia médica integra no ato técnico medicina e direito e se realiza por demanda de uma autoridade administrativa, judiciária ou penal. No caso da Previdência Social atua, por definição legal, assessorando a Administração verificando, atestando a existência da condição de incapacidade para o trabalho.

É na interface médico-paciente, no contato direto e singular que ocorre a avaliação da incapacidade para o trabalho, o controle de acesso ao benefício por incapacidade. Este controle é muitas vezes questionado e há um histórico de violência em torno da atividade pericial. (DUTRA, 2013; HEMERSON, 2008)

Esta dissertação apresenta e discute resultados de pesquisa qualitativa contendo análises e reflexões em torno da relação médico-paciente no espaço da perícia médica da Previdência Social. Analisamos uma amostra de registros de reclamações na Ouvidoria da Previdência Social sobre o atendimento médico-

pericial. A pesquisa adotou como referencial analítico a filosofia política de Michel Foucault. Os resultados estão organizados na forma de dois artigos científicos, manuscritos submetidos a periódicos científicos. A intenção ao adotar esta forma foi favorecer o acesso ao trabalho de pesquisa desenvolvido.

O primeiro artigo¹ “Governo da população: relação médico-paciente na perícia médica da Previdência Social” realiza uma discussão em torno da relação médico-paciente na perícia previdenciária como instrumento da maquinaria de governo em torno da qual se encaixa (?) a atividade médico-pericial e a interface médico perito-segurado. O segundo artigo² “Moralidade e risco na interface médico-paciente na perícia médica da Previdência Social” postula a existência e discute sobre risco moral presente na interface médico-paciente, partindo da perspectiva do médico-perito em seu lugar de agente da operação de inclusão/exclusão.

¹ Artigo submetido à Interface – Comunicação, Saúde e Educação.

² Artigo submetido à Physis: revista de Saúde Coletiva

1 GOVERNO DA POPULAÇÃO: RELAÇÃO MÉDICO PACIENTE NA PERÍCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL

RESUMO

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 se realiza 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 nesta 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 chaves: Bioética; Biopolítica; Previdência Social; Medicina Legal; Relações médico-paciente.

RESÚMEN

Este artículo presenta y discute resultados de investigación cualitativa sobre la relación médico-paciente en la Seguridad Social. La investigación analizó muestra (n=79) de registros de la Oidoría de la Seguridad Social conteniendo reclamaciones sobre trabajo médico-pericial. La relación médico-paciente en la Seguridad Social se realiza mediante un ajuste a norma, un desplazamiento en el espacio terapéutico médico-paciente, como instrumento de la operación de control para acceso a beneficios por invalidez. Las disfunciones en esta interfaz son resultados de la práctica de esos límites, de la manera en que estos se colocan. En los términos de la filosofía política de Michel Foucault, se entiende la Seguridad Social como biopolítica y la actividad pericial médica como expresión de biopoder. Discutir Seguridad Social no significa ignorar el carácter instrumental que las prácticas médicas asumen en sus engendramientos de seguridad, sino aclarar sus presupuestos.

Palabras claves: Bioética; Biopolítica; Seguridad Social; Medicina Legal; Relaciones médico-pacientes.

ABSTRACT

This article presents and discusses results of qualitative research on the physician-patient relation at the Brazilian Social Security System. The research evaluated a sample (n=79) of records of the Ombudsman of Brazilian's Social Security System, with complaints about the medical-legal work. The physician-patient relationship in the Social Security field is realized by a displacement in physician-patient therapeutic space with prioritization of the norm adjustment as an instrument to operationalize the control for accessing disability benefits. Dysfunctions in this interface would result from the practice of these limits, in terms of which they are placed today. The Social security was understood as biopolitics and the medical-expert work as an expression of biopower, in terms of political philosophy of Michel Foucault. Discussing Social Security means clarifying its safety assumptions and not ignores the instrumental character engendered by the social security medical practices.

Key-words: Bioethics; Biopolitics; Social Security; Forensic Medicine; Physician-Patient Relations.

1.1 Introdução

A Bioética pode ser conceituada como uma disciplina da família da ética (Ferrer, Alvarez, 2005). Pegoraro (2010) nos recorda 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 biomédico. (Gaudenzi, Schramm, 2010; Fortes, Zoboli, 2009; Garrafa, 2009)

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, 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 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 (Brasil, 2009a, 1991). A avaliação da incapacidade, tarefa médico-pericial, ocorre na interface com o segurado. É através do exercício dessa tarefa técnica, neste 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) através 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 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. Nesta atividade, a racionalidade da medicina é posta a serviço da racionalidade do direito em um duplo raciocínio que denominamos raciocínio previdenciário (Melo, 2003).

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 com, respectivamente, 42,4%, 12,2% e 11,9% (Brasil, 2011).

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” (Brasil, 2002, p.6). Em 2011 foram realizados 7.396.562 exames médico-periciais com 68,9% de conclusões favoráveis. Esse arbitramento, todavia, é muitas vezes motivo de controvérsias (Pinto Junior, Braga, Roselli-Cruz, 2012).

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 dos conflitos surgidos na interface perito-segurado serem expressões da atividade médico-pericial incluídos 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 governo (Foucault, 2009, 2008a, 2008b, 2005).

1.2 Qual relação médico paciente?

A relação médico-paciente tem sido tema de diversos estudos com diferentes enfoques (Ridd et al., 2009; Heritage, Maynard, 2006; Caprara, Franco 1999; Fernandes, 1993). 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 de doença e a recuperação dos doentes (Gonçalves, 1992). 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 Carvalho (2004) como trabalho desenvolvido sobre um objeto/sujeito utilizando instrumentos específicos para obter resultados tais como prevenção, alívio, cura, reabilitação. Nesta perspectiva, centrada na autoridade médica, a

relação médico-paciente é concebida como instrumento que favorece a obtenção de informações que norteariam a definição do diagnóstico e da terapêutica ou ainda adesão às condutas prescritas.

A nosso ver, a atividade médico-pericial guarda diferença de natureza em relação à atividade médico-assistencial (Melo, 2003). 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.

Paul (1977) define perícia médica ou medicina legal como uma especialidade onde os princípios e as práticas da Medicina são aplicados à elucidação de questões no curso de procedimentos judiciais. Vilela e Ephifânio (2009) acrescentam que este 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, e onde estariam “potencializadas as manifestações de distanciamento e autoritarismo presentes nas relações médico-paciente propedêuticas” (Almeida, 2011, p. 292)

Por outro lado, em estudo que avaliou o desempenho do programa de benefícios por incapacidade em uma Gerência do INSS, Marasciulo (2004) estabeleceu como hipótese para explicar o alto volume encontrado de entrada em benefício a não observância pelos médicos peritos do comportamento esperado de “gatekeeper” ou porteiros do sistema.

1.3 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 Candiotto (2011, p. 82) “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 a partir de comandos e enfrentamentos, de afirmações e resistências. Através de procedimentos que se dão a conhecer nas relações, como parte delas.

As categorias biopoder e biopolítica, desenvolvidas por Foucault em torno das 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 vida (Foucault, 2009).

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 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” (Foucault, 2005, p. 42), 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 conformação das leis e grandes códigos. Por seu lado, a expressão disciplinar, com suas técnicas centradas na visibilidade e exame dos corpos, tem na norma seu enunciado típico e na normalização o formato operacional. Foucault aponta o desenvolvimento da medicina a partir deste 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, “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” (Foucault, 2005, p.288-89), endereçada às características biológicas da espécie humana e suas ocorrências enquanto conjunto, enquanto massa populacional.

Nesta 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” (Foucault, 2005, p. 289), mas em tecnologias gestionárias.

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, dentre outros, constituindo o que Foucault chamaria de “uma biopolítica da espécie humana”. (Foucault, 2005, p. 289).

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, medicalização da sociedade, intervenção sobre as consequências do trabalho, da velhice, dos acidentes, da capacidade de trabalho (Foucault, 2005):

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 fazer (Foucault, 2008a, p. 140).

Caberá ao Estado “garantir a segurança dos processos econômicos e dos processos intrínsecos à população” (Foucault, 2008a, p.474). Exercendo uma regulação sobre a mesma que assume prioritariamente a forma de arranjos de segurança, de preservação de indicadores, regulação de custos e incentivos ao controle sobre preferências e formas de andar a vida (Foucault, 2008b).

Administrar a população, os fenômenos decorrentes de sua existência, será incumbência desse Estado. E a todo instante, este se valerá de conhecimentos em séries acumuladas, a cálculos e ajustes para mantê-la e a seus processos “dentro de limites que sejam social e economicamente aceitáveis e em torno de uma média [...] ótima para um funcionamento social dado” (Foucault, 2008a, p. 8).

Nesse sentido, Stephanes (1993) nos 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 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 se traduziu 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 em “fazer viver e deixar morrer” (Foucault, 2005, p. 294). Tal comando nos coloca diante do paradoxo da biopolítica (Duarte, 2006) que impõe a exclusão de partes de seu corpo populacional como forma de concertação. O racismo como política de Estado, nesta perspectiva, não se resume aos aspectos conhecidos da eliminação de etnias, mas implica a sistemática justaposição de exclusão/inclusão do/no próprio corpo social (Castelo Branco, 2009).

1.4 Abordagem metodológica

O percurso de investigação e de análise adotados foi construído a partir do entendimento de que “o marco metodológico deve corresponder à necessidade de conhecimento do objeto” (Minayo, 2010, p. 187). 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 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, das queixas que envolvem o trabalho médico pericial. Diante dessas narrativas, indagamos sobre seu conteúdo e como se articulam com as premissas deste trabalho, em um movimento compreensivo, de extração e produção de sentido assim como proposto por Minayo (2010).

Segundo Schramm (2009) a análise Bioética se caracteriza por ocorrer em dois movimentos básicos, um descritivo analítico e o segundo de decisão moral. A “aplicabilidade” da Bioética implicaria em duas tarefas: “a descrição e compreensão dos conflitos de valores envolvidos nos atos humanos e a prescrição dos comportamentos moralmente corretos” (Schramm, 2009, p.72). 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 bioética (Junges, 2006).

1.4.1 Considerações éticas

As decisões sobre o delineamento, abordagem e 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, com preservação do 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, processo nº CAAE 07893512.6.0000.5260 em 10/03/2012.

1.5 Reclamações sobre o atendimento médico-pericial na Ouvidoria³ da Previdência Social

As Ouvidorias são instituições que integram a história recente das relações de consumo no Brasil (Vismona, 1998). Espaços para harmonização dos conflitos, mesmo em sua versão pública, frequentemente assumem a abordagem do cidadão enquanto cliente, noção que remete ao indivíduo tomado em sua condição de sujeito econômico. (Lyra, 2009, Foucault, 2008b; Pereira, 2002).

A Ouvidoria Geral da Previdência Social (OUGPS⁴) tem como atribuição fornecer ao cidadão usuário dos serviços da Previdência Social uma interface de pós-atendimento. Recebe e responde críticas, sugestões, elogios, reclamações e denúncias quanto aos serviços previdenciários.

A forma de contato com a Ouvidoria ocorre através das 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% através da internet.

Considerando o período 2008 a 2012, as manifestações registradas na OUGPS foram 79% do tipo Reclamações. Estas se subdividem em reclamações relacionadas a benefícios, atendimento bancário, atendimento previdenciário e arrecadação/fiscalização. Neste período, 48% das reclamações estiveram relacionadas a benefícios, 26% ao atendimento bancário, 23% ao atendimento previdenciário e 3% a 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 foram registradas na OUGPS um total de 142.838 reclamações, 34.224 delas eram 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 a características dos reclamantes. Da mesma forma, não nos detivemos no processo de apuração das reclamações pelo INSS, nem mesmo quanto aos

³ Informações sobre fluxos, dados de atendimento e codificação de registros foram obtidos pela autora junto à Ouvidoria da Previdência Social.

⁴ OUGPS em <http://www.previdencia.gov.br/conteudoDinamico.php?id=424> acesso em: 20 mai. 2013

resultados ou soluções encaminhadas aos reclamantes ou ainda sobre impactos das ações de Ouvidoria.

1.5.1 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

Neste núcleo identificamos dois registros típicos. O primeiro, e mais frequente: “*não foi verificado laudos e exames*”. Esta 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, neste 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, 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*”.

Estes registros põem em relevo, pela via da falta, o exame da documentação médico-assistencial do segurado, um dos elementos essenciais da tarefa pericial. Esta documentação visa corroborar as queixas apresentadas. Agregada aos demais elementos (exame clínico, conhecimento sobre atividade profissional do segurado e enquadramento legal) sustentam a decisão médico-pericial (Melo, Assunção, 2003). 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-doença⁵ é necessária comprovação da incapacidade em exame realizado pela

⁵ Auxílio-doença <http://www.previdencia.gov.br/conteudoDinamico.php?id=21> acesso em: 20 mai, 2013

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-pericial (Brasil, 2002). 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, exames complementares, comprovantes de internações, enfim, elementos documentais (Brasil, 2010a).

Um segundo tipo padrão deste núcleo temático tem como característica o fato dos laudos assistenciais e exames complementares serem vistos pelo perito, mas a decisão pericial não está de acordo com os mesmos: *“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 relatórios assistenciais são considerados pelos segurados como comprovantes da incapacidade, porém do ponto de vista legal e normativo eles 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 nesta queixa é a referência ao médico do trabalho.

Mendes e Dias (1991) ao discutirem a evolução dos conceitos e práticas da medicina do trabalho apontam como sua função clássica a seleção e preservação da força de trabalho em condições operacionais. Maeno (2011) 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, postos de trabalho e 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, retiradas 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 este serviço ocorre quando a perícia médica avalia que o segurado poderá retornar ao trabalho, porém em atividade diversa ou atividade adaptada ao seu potencial laborativo. O processo de reabilitação profissional implica muitas vezes em fornecer nova qualificação

profissional aos segurados e isto 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-doença (Brasil, 2010b) 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 deste 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 destes exames e o fato deles serem decorrentes de um vínculo assistencial sinalizam ônus adicional do setor saúde em torno das exigências e 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 somam 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 individuais (Binenbojm, 2008), que reúne soberania da lei a um funcionamento disciplinar típico do saber clínico (Foucault, 2005). 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”* (Agambem, 2004).

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 estes 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, neste mesmo trabalho, entrevistas realizadas com amostra nacional de médicos peritos apontaram 85,4% de respostas positivas para ocorrência de agressão verbal e 34,1% de respostas positivas para vivência de sofrer 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 respondentes (Brasil, 2009b).

A situação pericial ou “setting” pericial evidencia uma carga de violência que nos põe em alerta quanto ao significado da mesma. 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 própria (Duarte, 2006)?

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 entre 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 para 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 posta em questão, visto que esta modalidade de acesso a benefícios, por doença incapacitante, define a medicina como lugar de controle.

Como afirma Schraiber (2008) a expectativa social em relação à medicina é 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 esta 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 neste registro é o fato do 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 se fraciona se localiza, se compartimentaliza.

Este 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 resultante da expansão do conhecimento científico e do avanço e exploração das tecnologias aplicadas nos processos de trabalho em saúde com impacto desagregador sobre a relação médico-paciente (Schraiber, 2008)

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, o exige.

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, 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 resultados obtidos pela Auditoria do INSS quando detectou, após avaliar 196 consultórios em todo país, índice de 84,1% de inadequação (Brasil, 2009b). 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 desde 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 presentes (Dutra, 2013). Neste ambiente, a visibilidade do procedimento de exame, sem desconhecer o incômodo e inadequação aparente, 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 neste 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 acompanhamento (Ansiliero, 2013).

Nesse sentido, é possível a ocorrência de situações onde esteja reconhecida a incapacidade, mas não haja direito administrativo ao benefício. Estas ocorrências tornam evidente que a concessão do benefício previdenciário é resultante de um macro processo onde a atuação pericial, apesar de essencial, é um dos elementos. Neste macro processo estão incluídas variáveis econômicas como mercado de trabalho e nível da atividade econômica, dentre outras, assim como normas e procedimentos administrativos de reconhecimento e manutenção de benefícios onde 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 onde se somam doença, incapacidade e não cobertura do seguro social.

1.6 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 face às práticas médico-periciais. O caráter regulador da entrada no sistema previdenciário, da

atividade pericial se viabiliza pelo saber individualizante e disciplinador da racionalidade médica penetrada pela racionalidade jurídico-administrativa das normas (Melo, 2003; Melo, Assunção, 2003). Em um “agenciamento do saber-poder médico com o saber-poder jurídico” (Castelo Branco, 2009, p. 30).

Através desse instrumento, o exame médico-pericial, se distinguem aqueles que têm daqueles que não têm o direito, os incapazes dos capazes. Desta forma se alcança [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 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.

Nesse campo vicejam controles burocráticos sobre a massa de concessões de benefícios, de 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 gestionárias.

As tensões, as disfunções das situações limite de controle sobre a população, como na interface médico-segurado na perícia médica previdenciária, 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 arbitrado 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 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 permanência em benefício previdenciário, *há um deslocamento, um não lugar, que deve 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 econômicos, há de se problematizar cotidianos e práticas, criando espaços de reflexão sobre as mesmas, tornando mais responsáveis as escolhas dessa sociedade e o agir de seus membros.

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 este acontecimento, talvez seja esta uma das tarefas inescapáveis de uma bioética que se abre para a dimensão coletiva.

Artigo 1 - REFERÊNCIAS

AGAMBEM, G. Força de lei. In: _____ **Estado de exceção**. São Paulo: Boitempo, 2004, p. 53-63.

ALMEIDA, E. H. R. Aspectos bioéticos da perícia médica previdenciária. **Revista Bioética**, v. 19, n. 1, p. 277-298. 2011. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/618/637> Acesso em: 21 jan. 2012.

ANSILIERO, G. Inclusão previdenciária e mercado de trabalho no Brasil: evidências para o período 1992-2011. **Informe de Previdência Social**, v. 25, n. 02, p. 4-30, 2013. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/arquivos/office/1_130314-153242-825.pdf> Acesso em: 01 jun. 2013.

BINENBOJM, G. Direito administrativo. In: _____ **Temas de direito administrativo e constitucional**: artigos e pareceres. Rio de Janeiro: Renovar, 2008. p.03-37.

BRASIL. **Lei 8.213**. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social. 1991. Disponível em: <<http://www3.dataprev.gov.br/sislex/index.asp>> Acesso em: 22 mar. 2013.

BRASIL. Instituto Nacional do Seguro Social. **Manual de Perícia Médica da Previdência Social**. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <<http://www.sindmedicos.org.br/juridico/Manual%20de%20Pericias%20Medicas%20do%20INSS.pdf>> Acesso em: 04 mai. 2013.

BRASIL. **Lei nº 11.907**. 2009a. Artigo 30 § 3º incisos I, II, III e IV. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2009/Lei/L11907.htm> Acesso em: 20 mar. 2013.

BRASIL. Instituto Nacional de Seguridade Social. **Relatório final do Programa Nacional de Auditoria 2009**: visão multifatorial do trabalho médico pericial. Brasília, DF, 2009b. (relatório interno).

BRASIL. Instituto Nacional do Seguro Social. **Instrução normativa nº 45**. 2010a. Disponível em: <<http://www3.dataprev.gov.br/sislex/index.asp>> Acesso em: 20 mar. 2013.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Concessão e manutenção dos benefícios auxílio-doença**. Brasília, DF, 2010b. Disponível em: <http://portal2.tcu.gov.br/portal/page/portal/TCU/comunidades/programas_governo/auditorias> Acesso em: 22 mar. 2013.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. **Anuário estatístico**. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/conteudoDinamico.php?id=423>> Acesso em: 20.mar.2013.

CANDIOTTO, C. Cuidado da vida e dispositivos de segurança: a atualidade da biopolítica. In: CASTELO BRANCO, G., VEIGA-NETO, A. (Orgs.) **Foucault: filosofia & política**. Belo Horizonte: Autêntica, 2011. p. 81-95.

CAPRARA, A.; FRANCO, A. L. S. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n. 3, p. 647-654, jul.-set, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v15n3/0505.pdf>> Acesso em 20 mar. 2013.

CASTELO BRANCO, G.. Racismo, individualismo, biopoder. **Revista de Filosofia Aurora**, v. 21, n. 28, p. 29-38, jan./jun. 2009. Disponível em: <<http://www2.pucpr.br/reol/index.php/RF?dd1=3244&dd99=view>> Acesso em: 04 mai. 2013.

DUARTE, A. Biopolítica e resistência: o legado de Michel Foucault. In: RAGO, M.; VEIGA-NETO, A. (Orgs). **Figuras de Foucault**. Belo Horizonte: Autêntica, 2006. p.45-55.

DUTRA, B. Violência contra peritos, triste rotina na previdência. **O Dia**, Rio de Janeiro, 27/04/2013. Seção economia. Disponível em: <<http://odia.ig.com.br/portal/economia/viol%C3%Aancia-contraperitos-triste-rotina-na-previd%C3%Aancia-1.576441>> Acesso em: 01 jun. 2013.

FERNANDES, J. C. L. A quem interessa a relação médico paciente? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 21-27, jan.- mar. 1993. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v9n1/03.pdf>> Acesso em: 04 mai. 2013.

FERRER, J.J.; ALVAREZ, J. C. **Para fundamentar a bioética**: teorias e paradigmas teóricos na bioética contemporânea. São Paulo: Loyola, 2005.

FORTES, P. A. C.; ZOBOLLI, E. L. C. Bioética e saúde pública: entre o individual e o coletivo. In: _____ (Org.). **Bioética e Saúde Pública**. 3.ed. São Paulo: Loyola, 2009. p.11-24.

FOUCAULT, M. Direito de morte e poder sobre a vida. In: _____ **História da sexualidade: a vontade de saber**. São Paulo: Graal, 2009. p. 147-58.

_____ **Segurança, território, população**. Curso no Collège de France (1977-1978). São Paulo: Martins Fontes, 2008a.

_____ **Nascimento da biopolítica**. Curso no Collège de France (1978-1979). São Paulo: Martins Fontes, 2008b.

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**: Curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes. 2005.

GONÇALVES, R. B. M. **Práticas de saúde**: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: CEFOR, 1992.

GARRAFA, V. Reflexão sobre políticas públicas brasileiras de saúde à luz da bioética. In: FORTES, P. A. C.; ZOBOLLI, E. L. C. (Org.). **Bioética e Saúde Pública**. 3.ed. São Paulo: Loyola, 2009. p. 49-69.

GAUDENZI, P.; SCHRAMM, F.R. A transição paradigmática da saúde como um dever do cidadão: um olhar da bioética em saúde pública. **Interface, Comunicação, Saúde, Educação**, v. 14, n.33, p.243-55, abr./jun. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n33/a02v14n33.pdf>> Acesso em: 04 mai. 2013.

HERITAGE, J.; MAYNARD, D. W. Problems and prospects in the study of physician-patient interaction: 30 years of research. **Annual Review of Sociology**, v. 32, p. 351-374. 2006. Disponível em: <<http://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev.soc.32.082905.093959>> . Acesso em: 13 mai. 2013.

JUNGES, J. R. Epistemologia da bioética: casuística e hermenêutica. In: _____ **Bioética hermenêutica e casuística**. São Paulo: Loyola, 2006. p. 33-49.

LYRA, R. P. A ouvidoria pública e a questão da autonomia. **Prima facie**, v.8, nº15, p. 161-91. 2009. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/primafacie/issue/view/826/showToc>> Acesso em: 10 mar. 2013.

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

MELO, M. P. P. **Condições do exercício profissional do médico perito da previdência social**. 2003. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. 2003.

MELO, M. P. P.; ASSUNÇÃO, A. A. A decisão médico pericial no âmbito da Previdência Social. **Revista Physis**, v. 13, nº 2, p 343-65. 2003.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista de Saúde Pública**, v. 25, nº 5, p. 341-49, 1991. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v25n5/03.pdf>> Acesso em 20 mar. 2013.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2010.

NASCIMENTO SOBRINHO, C.; NASCIMENTO, M. A.; CARVALHO, F. M. Ética e subjetividades no trabalho médico. **Revista Bioética**. v. 12, n. 2, p. 23-32, 2004. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/132/137> Acesso em: 20 mar. 2013.

PAUL, D. M. The general principles of clinical forensic medicine and the place of forensic medicine in a modern society. **The Yale Journal of Biology and Medicine**. V. 50, p. 405-417, 1977. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2595536/pdf/yjbm00139-0079.pdf>> Acesso em: 21 jan. 2012.

PEGORARO, O. A. **Ética e Bioética**: da subsistência à existência. Petrópolis: Vozes, 2010.

PEREIRA, L. H. A voz do usuário no sistema hospitalar. **Sociologias**, n. 7, p. 82-120, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/soc/n7/a04n7.pdf>> Acesso em: 10 mar. 2013.

PINTO JUNIOR, A. G.; BRAGA, A. M. C. B.; ROSELLI-CRUZ, A. Evolução da saúde do trabalhador na perícia médica previdenciária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 10, p. 2841-49, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=1413-812320120010&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 20 mar. 2013.

RIDD, M. et al. The patient-doctor relationship: a synthesis of the qualitative literature on patients' perspectives. **The British Journal of General Practice**: the journal of Royal College of General Practitioners. v. 59, n. 561, p. e116-e133. 2009.

SCHRAIBER, L. B. **O médico e suas interações**: a crise dos vínculos de confiança. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008.

SCHRAMM, F. R. A bioética da proteção em saúde pública. In: FORTES, P. A. C.; ZOBOLLI, E. L. C. (orgs). **Bioética e Saúde Pública**. 3.ed. São Paulo: Loyola, 2009. p.71-84.

STEPHANES, R. **Previdência Social**: uma solução gerencial e estrutural. Porto Alegre: Síntese, 1993.

VILELA, J. R. P.; EPIPHANIO, E. B. Perícias - generalidades. In: _____ (Coords.) **Perícias Médicas**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. p.3-13.

VISMONA, E. L. A ouvidoria no Brasil e seus princípios. **Revista IMESC**, n.1, 1998. Disponível em: <<http://www.imesc.sp.gov.br/imesc/rev1d.htm>> Acesso em: 20 mar. 2013.

2 MORALIDADE E RISCO NA INTERFACE MÉDICO-PACIENTE NA PERÍCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL

Resumo

Uma dupla vulnerabilidade, doença e incapacidade para o trabalho. Esta é a condição que deverá ser verificada pelos médicos peritos da Previdência Social entre os que solicitam o benefício auxílio-doença. Em uma sociedade organizada em torno da produção e consumo de bens, a ausência de rendimentos quase sempre significa o rebaixamento social e a privação. No contexto previdenciário, o ato médico ocorre sem que a conduta esteja voltada para o restabelecimento da saúde, tratamento ou prevenção do adoecimento, porém a ausência do compromisso assistencial seria suficiente para prescindirmos do exame moral desta interface? Este artigo desenvolve o argumento que a atividade médico-pericial de controle sobre a entrada e/ou permanência em auxílio-doença envolve um tipo específico de risco que decorre da singularidade da tarefa de controle. Nesta o compromisso com o paciente, ou pessoa em sofrimento, típico da medicina, é deslocado em decorrência da necessidade do controle do acesso ao benefício. Entre a beneficência para com o demandante e o interesse coletivo de preservar recursos pela observância estrita do regramento previdenciário há um espaço discricionário preenchido pela atividade médica, esse espaço é o espaço deste arriscar-se, espaço de tensionamento e, por vezes, de disfunções. A especialização em reconhecer a incapacidade laborativa é moralmente conflitiva. A reflexão ativa e o julgamento consciencioso não eliminam o risco moral, mas tornam mais evidentes as condições de sua emergência e a necessidade de considerá-lo seriamente ao lidar com essas práticas de controle sobre a população.

Palavras chave:

Bioética; Biopolítica; Previdência Social; Conflito Moral; Medicina Legal; Relações Médico-Paciente.

ABSTRACT

A double vulnerability, disease and work disability. This condition must be verified by medical experts of Brazilian Social Security System among those applying for sick leave benefits. In a society organized around the production and consumption of goods, a lack of income often means downward social class mobility and social deprivation. In the context of Social Security System, the medical activity is not focused on health restoration, treatment or prevention of disease. However, would be the lack of focus on health care assistance a strong enough argument to ignore the moral exam of this patient-physician interface? Thus, this paper argues that the expert medical activity over the entry or stay on sick leave benefits involves a specific type of risk arising from the singularity of the control task. This commitment to the patient, typical of the medicine, is shifted due the need to control access to the benefit. Between the beneficence to the petitioner, and the collective interest of preserving finance resources for strict observance of the social security rules, there is a discretionary space filled out by the medical activity, a space that gives rise to hazards, tensions and sometimes dysfunctions. Medical expertise in recognizing the incapacity to work is morally conflictive. The active reflection and judgment conscientious do not eliminate the moral conflict, but the conditions of its emergence become more obvious as well as the need to consider moral conflicts seriously when dealing with these control practices over the population.

Keywords: Bioethics. Biopolitics; Social Security; Moral Conflict; Forensic Medicine; Physician-Patient Relations.

2.1 Introdução

Uma dupla vulnerabilidade, doença e incapacidade para o trabalho. Esta é a condição em que se encontram os que solicitam o benefício auxílio-doença da Previdência Social. Melhor dizendo, esta é a condição que deverá ser verificada pelos médicos peritos da Previdência Social para que o benefício seja concedido ou mantido. Somente em 2011 foram realizados 7,3 milhões de exames médico-periciais (BRASIL, 2011).

O bem protegido nesta modalidade de benefício é a capacidade de obter renda a partir do trabalho, da atividade econômica. É a estabilidade e a segurança de preservar renda em uma condição de vulnerabilidade que se busca assegurar. Em uma sociedade organizada em torno da produção e consumo de bens, a ausência de rendimentos quase sempre significa o rebaixamento social e a privação. No limite, além do infortúnio da doença, associa-se a exclusão do não pertencimento ao mundo do acesso ao consumo.

A avaliação da incapacidade ocorre na interface com o requerente. Através do exame médico é feita a distinção entre aqueles que terão direito ao benefício ou não. A concessão depende também da regularidade da inscrição na Previdência Social e das contribuições previdenciárias, contudo a distinção capaz x incapaz resultante do trabalho médico é elemento fundamental para o acesso a este direito. Os segurados da Previdência precisam comprovar estar doentes e impossibilitados para o exercício de atividade que lhes garanta renda (BRASIL, 2002), sendo competência legal do médico perito o reconhecimento ou não da incapacidade devido à doença (BRASIL, 2009a).

No contexto previdenciário, o ato médico ocorre sem que a conduta médica esteja voltada para o restabelecimento da saúde, tratamento ou prevenção do adoecimento. Não há compromisso assistencial. Contudo, os que buscam este benefício são, a princípio, doentes e alegam que em função das repercussões, das dimensões do sofrimento físico e/ou psíquico, não conseguem manter o trabalho que lhes garanta rendimentos. Estaríamos então diante da demanda de indivíduos duplamente vulneráveis, pelos efeitos do adoecimento associados à ausência de renda com potencial de exclusão e rebaixamento social.

A tarefa médico-pericial inclui anamnese, exame físico, leitura e interpretação de relatórios médicos e exames complementares e, além disso, ocorre nas dependências de consultórios nas Agências da Previdência Social, ou seja, possui todas as características do exame médico-assistencial, diferenciando-se quanto à natureza de sua finalidade. A ausência do compromisso assistencial seria então suficiente para prescindirmos do exame moral desta interface?

Nesse sentido, consideramos legítimo e necessário empreender uma análise da relação médico-paciente na perspectiva dos conflitos morais que decorram da

prática de controle de benefícios via exame médico-pericial⁶. Conflitos que se colocam em decorrência dessa posição específica, a exceção beneficente, onde ocorre a operação de verificação/escrutínio pericial, e tendo em vista uma noção de moralidade que “diz respeito ao indivíduo na sua singularidade” (ARENDR, 2004, p. 162). Exercício pleno do pensamento, reflexão que resulta em se abster do mal por ser a sua própria companhia a mais exigente. Moralidade que não se confunde com costumes, normas ou códigos, com ser cumpridor, mas que inclui e considera seriamente no julgamento o pertencimento a uma comunidade e a capacidade de representar as consequências das ações, onde a capacidade do julgamento está incluída (ARENDR, 2004). O trabalho médico pericial já foi descrito como semelhante a um julgamento (MELO, ASSUNÇÃO, 2003).

Para esta trajetória, e ainda que provisoriamente, tomaremos emprestada a noção de risco, já disseminada no senso comum, conceitualmente oriunda da área da saúde e trabalho, e procuraremos trazer outros sentidos a esta noção, dialogando com conceitos como dano moral, conflito moral, conflito de interesses, sofrimento moral e lealdade dividida.

Sem pretender esgotar as possibilidades mesmo para o percurso definido, neste artigo iremos desenvolver o argumento que a atividade médico-pericial de controle sobre a entrada e/ou permanência em benefício – a tarefa de gatekeeper do médico perito da Previdência Social (MARASCIULO, 2004) – envolve um tipo específico de risco que decorre da especificidade da tarefa de controle. Nesta o compromisso com o paciente, ou pessoa em sofrimento, típico da medicina, é deslocado em decorrência da necessidade do controle de acesso. Entre a beneficência para com o demandante e o interesse coletivo de preservar recursos pela observância estrita do regramento previdenciário há um espaço discricionário preenchido pela atividade médica, esse espaço é o espaço deste arriscar-se, espaço de tensionamento e, por vezes, de disfunções.

É preciso por em relevo, antes mesmo de prosseguirmos, que a relação médico-paciente na perícia médica é atravessada por interesses de atores relevantes no cenário econômico e político tais como empresas, sindicatos e o próprio Estado. As mais diversas relações entre esses atores criam uma trama complexa que, acreditamos, produzem efeitos sobre a interface médico perito-segurado da Previdência Social, e são afetados por ela, na dimensão das repercussões sobre a massa da população segurada, alvo do cuidado previdenciário (FOUCAULT, 2005; 2008a). Ações sobre ações, sobre condutas, poder enquanto relações de poder (FOUCAULT, 2013). A complexidade destas interfaces exigiria uma análise detida sobre cada uma delas, trabalho que ultrapassa os limites agora propostos. Mesmo assim, ao longo do percurso não poderemos nos furtar a apontar

⁶ Este artigo apresenta reflexões resultantes da pesquisa “Análise Bioética da relação médico-paciente na Previdência Social” realizada durante o mestrado em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva – PPGBIOS (2011-2013). O projeto desta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ, parecer nº CAAE 07893512.6.0000.5260.

elementos, de forma a manter fidelidade a um “setting” relacional que é determinado em sua origem pelo macro tarefa de preservação da força de trabalho (GONÇALVES, 1992).

2.2 (IM) Previdência?

Previdência, saúde e assistência social compõem no Brasil o campo da seguridade social. Direito constitucional do capítulo dos direitos sociais (BRASIL, 1988), a política previdenciária tem a vida e suas intercorrências como alvo de cuidado e interferência do Estado. Enquanto biopolítica mostra o poder do Estado sobre a vida e o viver em seus efeitos de conjunto sobre a massa global da população em um exercício de poder político permanentemente atualizado e ajustado através de normas e regramentos administrativos (FOUCAULT, 2005, 2008a, 2008b; CASTELO BRANCO, 2013). De base contributiva ampla, abrange a atividade econômica nas mais diversas formas e fornece aos seus segurados cobertura para eventos vitais como doença, velhice, morte, etc., em diversas modalidades de benefícios (BRASIL, 1991).

Organizada como um cofre coletivo compulsório, em regime de solidariedade contributiva, onde os que hoje trabalham pagam os benefícios dos que estão recebendo (BRASIL, 2009b), os recursos para os benefícios são dependentes das contribuições e taxações sobre a atividade econômica formal. Neste ambiente macro econômico, empresas, sindicatos e governo são atores interessados em um cenário de disputas quanto à definição das regras sobre direitos e obrigações assim como em relação aos procedimentos de administração securitários.

O segurado da Previdência tem direito a receber o benefício o auxílio-doença enquanto permanecer doente e incapaz, melhor dizendo, enquanto o resultado da perícia médica reconhecer a existência de incapacidade para o trabalho. Em 2011 foram realizados 7,3 milhões de exames médicos periciais com 68,9% de conclusões favoráveis. As conclusões desfavoráveis se mantiveram em torno de 30% ao longo dos cinco anos anteriores (BRASIL, 2011)

A solvência do sistema previdenciário visa fazer frente aos compromissos assumidos e assegurar proteção para os futuros beneficiários e depende também da gestão dos recursos. Quanto a isto, relatório de auditoria realizada pelo Tribunal de Contas da União (TCU) sobre a concessão e manutenção de benefícios auxílio-doença registra preocupação com o aumento das despesas causado por elevação expressiva das concessões no período 1998-2007. O relatório aponta um conjunto de elementos como determinantes na produção desta elevação dentre eles, o aumento do número de segurados, a ampliação das Agências da Previdência Social, as alterações nas regras de aposentadoria com elevação da idade mínima e penalização financeira sobre aposentadorias em idades precoces, formas de cálculo do valor do benefício vantajosas em relação ao retorno ao trabalho, inconsistências

nos sistemas informatizados de concessão e manutenção de benefícios, pouca efetividade e investimento institucional na área de reabilitação profissional e fatores relacionados à gestão da atividade médico-pericial. Dentre estes o TCU destacou a liberação da exigência de homologação de perícias realizadas por médicos terceirizados como fator para aumento das concessões (BRASIL, 2010).

Por outro lado, sabe-se que a grande maioria dos benefícios pagos pela Previdência no Brasil tem valor médio de menos de dois salários mínimos (BRASIL, 2013). A massa de pagamentos de benefícios previdenciários é fundamental na economia configurando um diferencial importante na dinâmica econômica da maioria dos municípios brasileiros (BRASIL, 2012). Considerando sua relevância para o coletivo, como desconhecer sua representação, seu peso para cada um daqueles que solicita o benefício? A tragédia que pode representar para a qualidade de vida de cada um, e de suas famílias, a impossibilidade de interagir plenamente na sociedade de trocas e consumo na qual vivemos?

2.3 Entre Scyla e Caribdes: moralidade na interface de controle

O senso comum nos indica que risco está relacionado à possibilidade, maior ou menor, de algo indesejável ocorrer. Tomando como exemplo o risco de queda no trabalho em altura na construção civil. Percebemos que é intuitivo, e possível para todos os que observam compreender que um trabalhador que realize seu trabalho em um andaime a mais de 30 metros está submetido a um trabalho, ou tarefa específica, onde existe maior possibilidade de queda, com consequência sobre sua saúde e integridade física, do que se este mesmo trabalhador estiver em alguma outra tarefa, ao nível do chão.

A chance de ocorrer um acidente em função da altura é maior na primeira situação de trabalho e seria inexistente na segunda. Para tornar mais clara nossa linha de argumentação, é preciso destacar que alguns riscos estarão presentes em ambas as situações como, p. exemplo, o risco ergonômico de estar submetido a posições desconfortáveis para o desempenho do trabalho.

Em relação à exposição ao risco de sofrer queda no trabalho em altura, as orientações protetoras para as tarefas que envolvam este risco, estarão voltadas para minimizar o risco ou quiçá eliminá-lo. Então, conforme nosso exemplo, o risco está diretamente ligado à chance de um acontecimento (o acidente, a queda) ocorrer em função de uma situação de exposição (trabalho em altura). Neste caso, por exemplo, quanto maior o tempo em que este trabalhador fica exposto maior será a chance de ocorrer o evento, quanto mais e melhores as medidas efetivamente adotadas para evitar a possibilidade de queda, menor será a possibilidade do dano (trauma) acontecer.

Assumindo como verdade que este trabalho só possa ser executado nestas condições, evitar a possibilidade da ocorrência do evento queda é solução para interferir, diminuindo ou eliminando, a chance do resultado indesejável (o trauma, ferimentos provocado pela queda) acontecer. Ainda assim, medidas podem ser adotadas para impedir as consequências de uma queda, evitando, por meio de medidas de contenção, que o trabalhador efetivamente atinja o chão produzindo ferimentos. Redes de proteção, cintos com dispositivos trava quedas, etc., são meios para esse segundo nível de proteção. O risco de queda com produção do dano continua ocorrendo visto que a condição inicial, o trabalho em altura, persiste.

Ou seja, trabalho em altura é a condição em que a atividade ocorre e esta condição objetiva condiciona a chance maior ou menor de ocorrer o dano, segundo a forma com que se organizam o trabalho e as medidas protetoras adotadas. O dimensionamento do risco ocupacional está vinculado à possibilidade de ocorrência do evento indesejável em função da condição em que o trabalho é realizado. Deixando claro que, no exemplo adotado, a única forma de eliminar o risco é eliminando a condição deste trabalho que é ser executado em altura. As demais alternativas, gerenciam o risco, buscam diminuí-lo.

Neste exemplo do trabalhador hipotético da construção civil não desconhecemos a existência e influência de macro determinações envolvendo sua exposição ao risco, sendo uma delas o custo da reparação acidentária, ou mesmo o jogo de forças que faz acidentes por queda em andaimes continuar ocorrendo. Ademais as repercussões da sequência risco, evento, dano não se limitam ao ambiente laboral, ao acidentado, à empresa na qual ocorre o acidente. Os efeitos são compartilhados pela sociedade.

As facetas mais visíveis são os dias de afastamento, os benefícios auxílio-doença, mas a existência de um tipo de trabalho que é executado em condições que favorecem essa sequência coloca para todos a necessidade de indagar sobre responsabilidade coletiva (ARENDR, 2004). Para o caso dos benefícios auxílio-doença, adaptações e alterações nas exigências e quantidade de trabalho podem ser elementos facilitadores para evitar a sequência adoecimento-afastamento do trabalho, mas estes esforços podem ser entendidos pelas empresas como custo adicional e o uso do seguro previdenciário um cálculo planilhado, apesar de moralmente condenável.

Tomamos o exemplo, neste recorte específico pelo seu efeito didático. Considerando então este exemplo para a categoria risco em geral, mas reconhecendo a especificidade que cada trabalho ou tarefa carrega, ficamos diante de nosso desafio: indagar sobre o risco moral presente na tarefa médico-pericial de avaliação de incapacidade na interface médico perito-segurado. De antemão compreendemos risco moral nesta atividade como algo inerente a ela, à semelhança do risco de queda no exemplo do trabalho em altura, como possibilidade de ocorrência de sofrimento, ou dano, determinado pelo exercício da tarefa, nas

condições em que esta é desenvolvida ou esteja organizada. Ou seja, não usamos a expressão risco moral no sentido conferido pela área da economia para designar atitudes de contratantes de seguros que tenderiam a utilizar-se, mais precoce e intensamente, dos recursos na medida em que contam com a diluição dos custos com a seguradora (MARASCIULO, 2004).

Outro ponto relevante nas considerações é a intensidade ou forma de exposição ao risco. Na modelagem do controle de acesso atualmente praticado o formato é sistemático exaustivo, ou seja, um a um dos segurados que solicitam benefício auxílio-doença, sua prorrogação, revisão ou contestam resultados de um atendimento, a cada requerimento, passam por exame médico-pericial. Como mencionamos anteriormente, em 2011 foram registrados 7,3 milhões de atendimentos médico-periciais. Contudo não há mecanismo formal de incentivo a resultados específicos, como gratificações salariais para os peritos. Além disso, os médicos peritos contam com autonomia decisória e responsabilidade quanto ao exame médico realizado.

Na interface de avaliação sistemática da incapacidade há uma constante, o deslocamento do fim assistencial da medicina. O conhecimento, a expertise, a vivência profissional na medicina são necessárias para a avaliação, mas aquilo que representa a expectativa social da medicina está permanentemente excluído enquanto finalidade desse trabalho (SCHRAIBER, 2008). Entendemos este deslocamento como parte da natureza do trabalho médico-pericial, como aquilo que propicia o espaço em que se dá a operação de inclusão/exclusão realizada pelos peritos na tarefa de controle do acesso ao benefício. Esta operação de verificação sobre a verdade dos corpos para o trabalho, de inclusão x exclusão, ocorre nesse espaço de controle sobre a vida, criado pelo deslocamento, onde se torna possível a exceção (AGAMBEM 2004). Exceção da beneficência como princípio moralmente válido para caracterizar esta tarefa (ALMEIDA, 2012).

Trata-se de uma operação biopolítica securitária (CASTELO BRANCO, 2013), em que a promoção da vida e a manutenção das forças se fazem por uma exclusão, separação dentro da própria população que, no limite, deixa vida à mercê (DUARTE, 2006; FOUCAULT, 2009; 2005). Operação técnica, que exige perícia em bem fazer a linha de corte, o enquadramento normativo, na junção da racionalidade médica à racionalidade jurídica (MELO, 2003). Esta operação produz uma tensão permanente que apresenta seus efeitos em diversas formas, das mais visíveis às mais subjetivas.

Reclamações sobre o atendimento médico-pericial registradas na Ouvidoria da Previdência Social podem ser entendidas como expressões das disfunções nesta interface. Excessos de poder, agressividade e humilhações no trato com o segurado, dificuldades em lidar com a tarefa de controle estritamente centrada no ato médico,

ficam evidentes na análise desses registros⁷ Manifestações de violência que chegam ao paroxismo de assassinatos (DUTRA, 2013) também podem ser compreendidas como disfunções extremas. Nos cotidianos de trabalho, os peritos médicos relatam temor e agressões verbais e físicas (BRASIL, 2009c).

Lidamos aqui com algo que ocorre em uma interface, na relação com um outro que demanda em função de uma carência, tais efeitos serão possíveis para ambos os elos da interface: peritos e segurados. Existe na demanda uma especificidade, um interesse em suprir a carência ou reivindicação que tem um anteparo na interface. Como vimos esta solicitação é atendida na maior parte das vezes. Mas nem sempre é assim. O controle médico sobre o benefício por incapacidade existe para realizar o ajuste dessa população demandante, desta forma, contradizer a expectativa de acesso é parte inerente [e esperada] da tarefa.

Significa, portanto, não atender à necessidade declarada de pessoas que têm doenças e que se sentem incapazes para auferir renda com o trabalho. Pessoas que muitas vezes têm grande necessidade do rendimento que poderia ser fornecido pelo benefício, mas não se enquadram. Que não se encaixam em quadros nosológicos, que não se ajustam ao mercado de trabalho. Enfim, são diversas as faces possíveis do não enquadramento. Estas exclusões sinalizam “um dispositivo de cobertura social [que] só beneficia plenamente o indivíduo integrado, seja em um meio familiar, em um meio de trabalho ou em meio geográfico” (FOUCAULT, 2010, p. 129).

O conflito entre o atendimento da demanda diante da vulnerabilidade dos requerentes e a observância estrita das normas é uma característica moralmente relevante da relação médico-paciente na perícia médica da Previdência Social. Para a pergunta moral que devo fazer, a resposta pronta é seguir as regras, mas sabe-se que estas mudam. A impermanência das regras é decorrente de sua natureza procedimental, delas serem, ao menos em parte, resultados dos embates das forças políticas em ação neste campo, e da necessidade de ampliar ou restringir (mais comumente, restringir) direitos sob a justificativa administrativa da boa gestão econômica do sistema. Castelo Branco (2013) contundentemente nomeia como dupla chantagem a característica do sistema securitário exigir dos sujeitos, para inclusão e permanência, condutas e modos de vida enquadrados na ordem, assujeitamentos por assim dizer, e praticar a sistemática exclusão unilateral, com suas consequências, pela “alteração de regramentos administrativos, decisões burocráticas ou arbitragem médica” (CASTELO BRANCO, 2013, p. 51).

Neste mesmo sentido Stone (2011), em discussão sobre risco moral na perspectiva dos comportamentos de usuários de planos e sistemas de saúde, faz severas críticas. Para a autora, a expressão conduziria a um equívoco na medida em que, voluntariamente, os indivíduos não buscam procedimentos como

⁷ Na pesquisa que originou este artigo desenvolvemos análise qualitativa de amostra (n=79) de registros da Ouvidoria da Previdência Social (2008) contendo reclamações sobre o atendimento médico-pericial. A apresentação, detalhamento da análise e discussão destes arquivos foram desenvolvidos em outro artigo.

quimioterapia, colonoscopia, hospitalização de longa permanência, etc., a necessidade clínica e não a vontade individual é que está em jogo. Destaca também que o consumo de procedimentos médicos é determinado por prescrições médicas e que o conceito distorce o poder decisório de indivíduos em condição de vulnerabilidade social, pois serão eles os primeiros a postergarem cuidados em saúde na medida em que estiverem submetidos à obrigação de participação nos custos. Em tom de denúncia afirma que o uso político do conceito transforma uma rede de proteção social, a seguridade, em uma ameaça e desproteção e incita a sociedade ao perigo moral de deixar sem ajuda àqueles que mais necessitam dela.

O conceito de lealdade dividida diz respeito a conflitos presentes na relação médico-paciente diante de obrigações mútuas e a inclusão de um terceiro, como uma companhia de seguro, com quem se compartilhariam elementos oriundos da relação original (SINGH, 2003; PONT, STÖVER, WOLFF, 2012). Benatar e Upshur (2008) problematizam situações presentes no atendimento médico em ambiente militar, onde a lealdade ao Estado, e à comunidade representada por este, é posta em questão diante de condições limite como alimentação forçada de prisioneiros em greve de fome, tratamento de intercorrências clínicas durante sessões de interrogatório, dentre outras. No entender destes autores é relevante e necessário lançar um olhar crítico sobre estes e outros eventos em que a atuação médica é chamada a atender necessidades, inicialmente legítimas como a segurança pública.

O sistema de saúde, privado ou público, pode interagir a partir de seus polos de interesse e de sua lógica beneficente fornecendo relatórios assistenciais que destaquem ou enfatizem a gravidade da condição clínica até mesmo em função de dificuldades em apresentar soluções resolutivas, curativas, em vários casos (BRASIL, 2010). O exemplo das filas de espera para cirurgias ou da espera por atendimentos especializados no sistema de saúde é, infelizmente, do conhecimento de todos. Provavelmente muitos entre os beneficiários do auxílio-doença teriam seu tempo de duração do benefício diminuído caso não existissem tais problemas na rede assistencial. É possível também especularmos quanto aos efeitos que um sistema de saúde pautado pela qualidade da assistência pode ter na diminuição da morbidade geradora de incapacidade.

A análise custo x benefícios x efetividade no gerenciamento de sistemas de saúde é outro campo onde a limitação e o compromisso com os recursos a serem disponibilizados para o conjunto dos assistidos e o atendimento da demanda individual é alvo de diversos questionamentos, por vezes em um debate bastante tensionado. Nesse campo, o debate público contribui não somente com a avaliação das práticas de controle como pode ser orientador para formulação e reformulação das políticas.

Porém, tarefas que envolvam controle de recursos, autorização de procedimentos em saúde e similares quando exercidas na interface com os pacientes são sentidas pelos médicos como mais difíceis de ser desempenhadas

quando comparadas à regulação macro sistêmica (CARLSEN, NORHEIM, 2005). Por outro lado, quais seriam os limites eticamente aceitáveis desde que eles, os limites, seriam necessários diante dos custos crescentes do setor saúde e dos limites orçamentários, e o que dizer desses custos (FOUCAULT, 2010)?

O compromisso com a regulação, com o desempenho baseado em normas, foi majoritariamente destacado por médicos peritos previdenciários em pesquisa que abordou o reconhecimento de princípios bioéticos na atividade profissional dos mesmos. O princípio da justiça foi assinalado como valor predominante em detrimento da beneficência e não maleficência. No entanto, conforme conclui o estudo, o fato desses profissionais identificarem seu trabalho como vinculado ao princípio da justiça não garante que este trabalho realmente contribua para que o valor justiça esteja presente no cotidiano dos requerentes aos benefícios (ALMEIDA, 2012).

A noção de justiça se relaciona àquilo que “é devido às pessoas, que de alguma forma lhes pertence ou corresponde” (FERRER, ALVAREZ, 2005, p. 138). Quanto ao princípio bioético de justiça, sua especificação ocorre primordialmente como tentativa de conferir um conteúdo razoável, justificado, à distribuição de recursos escassos, conferir materialidade à justiça no geral para torná-la distributiva (FERRER, ALVAREZ, 2005). Contudo no caso da avaliação médico-pericial o sentido dado pelos médicos peritos ao termo justiça parece estar relacionado à situação em exame, o conjunto doença mais repercussões sobre a capacidade laborativa, e a conformidade normativa aparentemente alcançada na decisão pericial.

Justo seria o encontro devido entre o caso presente no indivíduo em exame e o enquadramento. Portanto não tem relação com uma ação, volitiva e mais ou menos adequada, de alocação de recursos escassos. Ideal inalcançável enquanto regra absoluta dado que a matéria do exame, a capacidade laborativa, é sujeita a variabilidade em seus aspectos biopsíquicos e sociais. Como elemento estrutural do ato administrativo (BINENBOJM, 2008) e médico, a discricionariedade está presente em cada exame e compõe, tensionando, a interface. Neste campo a noção de justiça, como uma imagem recorrente, se manifesta na ideia de imparcialidade, de fiel da balança. De não assumir compromisso parcial com o resultado, com qualquer dos lados, nem com a instituição ou com o segurado (MELO, ASSUNÇÃO, 2003).

No trabalho médico-pericial não há incentivos econômicos ligados ao quantitativo de enquadramento favorável ou negativo, ou um limiar de concessão a ser alcançado ou evitado. O direito previdenciário ao auxílio-doença é concedido, nos moldes atuais, a todos os que se enquadrem na condição de segurados e incapazes. Sendo assim, o que parece ser devido é conceder benefício somente àqueles que reúnam o critério de elegibilidade, repercussão da doença sobre a normalidade biopsíquica a ponto de causar incapacidade para o exercício das suas

atividades laborais. Reconhecer esta condição inequivocamente parece ser o ideal desse exercício profissional.

Diga-se de passagem, ideal relevante para os fins previdenciários. Basta verificar que no período 2001-2006 a elevação do patamar de concessões do auxílio-doença, esteve relacionada ao desenvolvimento da atividade médico-pericial por pessoal terceirizado na modalidade de pagamento por produtividade e não sujeito a confirmação do resultado do procedimento pericial (homologação) por médicos do quadro próprio da Previdência Social (BRASIL, 2010).

Sabe-se que o trabalho realizado em condições de desacordo com os valores morais dos profissionais é gerador de sofrimento. Førde e Aasland (2008) em estudo sobre sofrimento moral entre médicos na Noruega citam problemas relacionados aos ambientes e à organização do trabalho como determinantes para a percepção de sofrimento. O trabalho em saúde tem o peso de um ideal profissional elevado e a exposição a uma vivência cotidiana permanentemente em conflito com esse ideal seria um dos componentes importantes para insatisfação entre esses trabalhadores. Os autores enfatizam ainda a falta de uma cultura de debate franco sobre a relevância dos aspectos éticos presentes no trabalho como fonte de insatisfação ou sofrimento.

O conflito diante da vulnerabilidade dos requerentes e a conduta esperada de cumprimento das normas, de realizar o enquadramento, de controlar o acesso, é uma característica moralmente relevante da relação médico-paciente na perícia médica da Previdência Social. Mesmo médicos peritos experientes relatam sofrimento diante de situações nas quais existe grande necessidade da renda do benefício, mas o segurado não se enquadra na avaliação de incapacidade (MELO, ASSUNÇÃO, 2003).

Lidar com a vulnerabilidade é próprio do exercício da medicina e amenizá-la, realizar a cura ou minimizar o sofrimento, é o fim esperado pela sociedade para este exercício profissional. No caso do exercício médico-pericial o reconhecimento da vulnerabilidade e o não atendimento ao comando hipocrático da beneficência são faces da mesma moeda. Caminho estreito e arriscado.

2.4 Para não concluir

A Previdência é uma poupança coletiva, uma “caixinha” de contribuições diante de situações vitais que impliquem necessidade de proteção. Mas não só. Lastreada na população economicamente ativa, é fruto de um acordo, de um compromisso coletivo solidário onde o grupo contribui para proteger aquele entre eles que vivencia situação de vulnerabilidade. Enquanto esta perdurar. Contudo suas implicações sobre a sociedade ultrapassam a proteção econômica do grupo estritamente protegido. Avança sobre a economia, a relação capital trabalho, a

assistência à saúde e reabilitação e desafia a efetividade das políticas públicas, entre outros impactos. Por um lado, enquanto política social o projeto previdenciário é proteger, mas em contrapartida essa proteção deve ter uma medida, um ajuste entre a proteção individual e os gastos de todos. Neste teorema se colocam conflitos e riscos.

A reflexão levada a cabo longe de esgotar o tema abre a clareira para a moralidade das políticas sociais como critério de avaliação e renovação das mesmas e alerta quanto à necessidade de estimular o reconhecimento dos constrangimentos éticos presentes na atividade médico-pericial. A nosso ver, é coerente com os elementos aqui destacados em torno da noção de risco moral arguir quanto ao sentido desta proteção previdenciária que se sustenta excluindo partes dos incluídos, partes da população segurada. Lembrando que as demandas securitárias tem um exponencial crescente de custos é preciso também estabelecer um diálogo franco e responsável quanto ao nível de inclusão que concordamos em adotar, um diálogo periódico e nunca acabado (FOUCAULT, 2010). Talvez seja este o caminho adequado, mais justo e responsável, melhor do que delegar exclusivamente aos médicos esse papel.

A especialização em reconhecer a incapacidade laborativa é moralmente conflitiva. A operação de escrutínio via exame médico estabelece no espaço da discricionariedade e do cuidado típicos da medicina uma exceção como via de funcionamento. Concordando com Arendt (2004), não há como prescindir, deixar de indagar sobre a moralidade enquanto responsabilidade individual e deste ponto de vista, da consciência ética, admitir que não há sentido em argumentos como “dentes na engrenagem” para legitimar a reprodução irrefletida, quando lidamos com políticas sociais como a previdenciária. Políticas nas quais cada um dos assegurados e todos aqueles que estão fora da proteção compartilham um mundo. Mas no que tange à medicina enquanto exercício profissional cabe também dirigir uma indagação a todos sobre o que queremos desse exercício médico?

De novo aqui, impor aos médicos a “escolha de sofia” entre a proteção ao indivíduo, o exercício do cuidado, a segurança do Estado e o zelo medicalizado dos recursos, não carregaria os dedos além dos anéis? Mas, a quem mais? O peso das decisões, o temor de prejudicar, a emoção diante da necessidade e vulnerabilidade do outro, assim como as disfunções, falam de um lugar arriscado. Risco de banalizar a doença e a incapacidade, de fazer da exclusão o lugar comum, de se deixar instrumentalizar sem resistir, sem insistir em indagar para quê? Linha de produção, de inspeção médica.

Aqui, para nossa proteção, o pensamento, a reflexão ativa e o julgamento consciencioso devem substituir o trabalho burocratizado, de ninguém. Desta forma não se elimina o risco moral, mas tornamos evidentes as condições de sua emergência e a necessidade de considerá-lo seriamente ao lidar com essas práticas

de controle sobre a população. Práticas médicas, engendramentos securitários, biopolítica.

Artigo 2 - REFERÊNCIAS

AGAMBEM, G. *Estado de exceção*. São Paulo: Boitempo, 2004. 142p.

ALMEIDA, E. H. R. Aspectos bioéticos da perícia médica previdenciária. *Revista Bioética*, v. 19, n. 1, p. 277-298. 2011. Disponível em:
<http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/618/637>
Acesso em: 21.jan. 2012.

ARENDT, H. *Responsabilidade e julgamento*. São Paulo: Companhia das Letras, 2004. 375 p.

BENATAR, S. R.; UPSHUR, R. E. G. Dual loyalty of physicians in military and in civilian life. *American Journal of Public health*, v. 98 n. 12, p. 2161-2167. Dec./ 2008

BINENBOJM, G. Direito administrativo. In:_____ *Temas de direito administrativo e constitucional: artigos e pareceres*. Rio de Janeiro: Renovar, 2008. p.03-37.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*.(1988) Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm> Acesso em: 20.mar.2013.

BRASIL. *Lei 8.213*. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social. 1991. Disponível em: < <http://www3.dataprev.gov.br/sislex/index.asp>> Acesso em: 22.mar.2013.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. *Anuário estatístico*. Brasília: MPAS, 2011. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/conteudoDinamico.php?id=423>>
Acesso em: 20. mar.2013.

BRASIL. Instituto Nacional do Seguro Social. *Manual de Perícia Médica da Previdência Social*. Brasília, DF, 2002. Disponível em:
<<http://www.sindmedicos.org.br/juridico/Manual%20de%20Pericias%20Medicas%20do%20INSS.pdf>> Acesso em: 04 mai. 2013.

BRASIL. *Lei nº 11.907*. 2009a. Artigo 30 § 3º incisos I, II, III e IV. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2009/Lei/L11907.htm> Acesso em: 20.mar.2013.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. *Previdência Social: reflexões e desafios*. Brasília, DF, 2009b. Disponível em:

<http://www.previdencia.gov.br/arquivos/office/3_100202-164641-248.pdf>. Acesso em: 22.mar.2013.

BRASIL. Instituto Nacional de Seguridade Social. *Relatório final do Programa Nacional de Auditoria 2009: visão multifatorial do trabalho médico pericial*. (relatório interno). Brasília, DF, 2009c.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. *Concessão e manutenção dos benefícios auxílio doença*. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <http://portal2.tcu.gov.br/portal/page/portal/TCU/comunidades/programas_governo/auditorias> Acesso em: 22.mar.2013.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. *Publicação do Ministério da Previdência Social*. Ano II. Nº 4. Set-Dez. 2012. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/arquivos/office/1_120918-105953-503.pdf> Acesso em: 03.jun.2013.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. *Tabela com valores médios dos benefícios pagos pelo INSS*. Brasília, DF, 2013. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/conteudoDinamico.php?id=401>> . Acesso em: 03.jun. 2013.

CARLSEN, B. ; NORHEIM, O. F. "Saying no is no easy matter": a qualitative study of competing concerns in rationing decisions in general practice. *BMC Health Services Research*, v. 5, n. 70, November 2005. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/5/70>> . Acesso em: 03.jun.2013.

CASTELO BRANCO, G. A seguridade social em Michel Foucault. *Revista ecopolítica*, n. 5, jan.-abr./2013. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/ecopolitica/article/view/14985/11183>> Acesso em: 03 de jun. 2013.

DUARTE, A. Biopolítica e resistência: o legado de Michel Foucault. In: RAGO, M.; VEIGA-NETO, A. (Orgs). *Figuras de Foucault*. Belo Horizonte: Autêntica, 2006. p. 45-55.

DUTRA, B. Violência contra peritos, triste rotina na previdência. *O Dia*, Rio de Janeiro, 27/04/2013. Seção economia. Disponível em: <<http://odia.ig.com.br/portal/economia/viol%C3%Aancia-contra-peritos-triste-rotina-na-previd%C3%Aancia-1.576441>> Acesso em: 01.jun.2013

FERRER, J.J. ; ALVAREZ, J. C. *Para fundamentar a bioética: teorias e paradigmas teóricos na bioética contemporânea*. São Paulo: Loyola, 2005.

FÖRDE, R. ; AASLANDE, O. G. Moral distress among Norwegian doctors. *Journal of Medical Ethics*, v. 34, n. 7, p. 521-525. 2008.

FOUCAULT, M. *Em defesa da sociedade: Curso no Collège de France (1975-1976)*. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

FOUCAULT, M. Direito de morte e poder sobre a vida. In: _____ *História da sexualidade: a vontade de saber*. São Paulo: Graal, 2009. p. 147-58.

_____. *Nascimento da biopolítica*. Curso no Collège de France (1978-1979). São Paulo: Martins Fontes, 2008a.

_____. *Segurança, território, população*. Curso no Collège de France (1977-1978). São Paulo: Martins Fontes, 2008b.

_____. O sujeito e o poder. In: DREYFUS, H. L.; RABINOW, P. *Michel Foucault: uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2013. p. 273-295.

FOUCAULT, M. Um sistema finito diante de um questionamento infinito. In: _____ *Ética, sexualidade, política*. Coleção ditos e escritos V. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010, p. 126-143.

GONÇALVES, R. B. M. *Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades*. São Paulo: CEFOR, 1992. 51p.

MELO, M. P. P. *Condições do exercício profissional do médico perito da previdência social*. Dissertação (Mestrado). 2003. Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. 2003.

MELO, M. P. P.; ASSUNÇÃO, A. A. A decisão médico pericial no âmbito da Previdência Social. *Revista Physis*, v. 13, n. 2, p. 343-65. 2003.

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

PONT, J. ; STÖVER, H. ; WOLFF, H. 2012. Dual loyalty in prison health care. *Healty Police and Ethics*, v. 102, n. 3, p. 475-480. march/2012.

SCHRAIBER, L. B. *O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008. 246p.

SINGH, J. A. American physicians and dual loyalty obligations in the "war on terror". *BMC Medical Ethics*, v. 4, n. 4. August 2003. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6939/4/4>> Acesso em: 03.jun.2013.

STONE, D. Behind the jargon: moral harzard. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, v. 36, n. 5, p. 886-896. October 2011. DOI 10.1215/03616878-1407676

REFERÊNCIAS

DUTRA, B. Violência contra peritos, triste rotina na previdência. *O Dia*, Rio de Janeiro, 27/04/2013. Seção economia. Disponível em: <<http://odia.ig.com.br/portal/economia/viol%C3%Aancia-contra-peritos-triste-rotina-na-previd%C3%Aancia-1.576441>> Acesso em: 06.jun.2013

HEMERSON, L. Gari é condenado por assassinato de médico perito. *Portal Uai*. Patos de Minas, 18/06/2008. Disponível em: <http://www.uai.com.br/UAI/html/sessao_2/2008/06/18/em_noticia_interna,id_sessao=2&id_noticia=67742/em_noticia_interna.shtml> Acesso em: 06 jun. 2013

LEOPOLD, Aldo. *A sand county almanach and sketches here and there*. New York: Oxford University Press; 1949. 226 p.

JUNGES, J. R.; ZOBOLI, E.L.P. Bioética e saúde coletiva: convergências epistemológicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(4):1049-1060, 2012

PEGORARO, Olinto Antônio. *Ética é justiça*. Petrópolis: Vozes. 2009. 132 p.

PORTO, D. ; GARRAFA, V. A influência da Reforma Sanitária na construção das bioéticas brasileiras. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(Supl.1):719-729, 2011

SCHRAMM, F., R. Uma breve genealogia da bioética em companhia de Van Rensselaer Potter. *Revista Bioethikos*- Centro Universitário São Camilo - 2011;5(3):302-308.