



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

LUCIANA MONTES DE OLIVEIRA

**A EXPERIÊNCIA DO PERICIADO NO INSTITUTO
NACIONAL DO SEGURO SOCIAL (INSS)**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a. Dra. Silvia Cristina Mangini Bocchi

**Botucatu
2016**

LUCIANA MONTES DE OLIVEIRA

**A EXPERIÊNCIA DO PERICIA DO INSTITUTO
NACIONAL DO SEGURO SOCIAL (INSS)**

Tese apresentada à Faculdade de
Medicina, Universidade Estadual Paulista
“Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de
Botucatu, para obtenção do título de
Doutora em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a. Dra. Silvia Cristina Mangini Bocchi

Botucatu
2016

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÊC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Oliveira, Luciana Montes de.

A experiência do periciado no Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) / Luciana Montes de Oliveira. - Botucatu, 2016

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Silvia Cristina Mangini Bocchi
Capes: 40600009

1. Previdência social. 2. Perícia médica. 3. Pesquisa qualitativa. 4. Teoria fundamentada. 5. Seguridade social. 6. Médico e paciente. 7. Instituto Nacional do Seguro Social (Brasil).

Palavras-chave: Médicos; Previdência social; Prova pericial; Relações médico-paciente; Seguro por invalidez.

Dedicatória



Aos meus pais Flávio e Isabel...

Pelo amor...

Sempre...

Agradecimentos

*À minha irmã **Heloisa**, minha melhor amiga...*

*Ao meu filho **Daniel**, pela oportunidade de ser mãe e de conhecer a pessoinha mais especial e que mais amo no mundo...*

*À minha querida professora **Silvia Bocchi**, pela amizade, pela confiança, pelo exemplo, pelo carinho, pelas conversas, pelo apoio... meu profundo agradecimento...*

*Ao **MSS**, pelo apoio, pela autorização para realização das entrevistas para o estudo e pela experiência da vivência como perita...*

Ao Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu, pelo apoio, pela compreensão...

A todos os usuários que gentilmente aceitaram participar da pesquisa...

*Às professoras **Regina Stella** e **Dinair Machado**, pelas importantes contribuições durante o Exame Geral de Qualificação...*

Agradeço também a todos que, de alguma forma, colaboraram para que fosse possível a realização deste trabalho, à equipe da biblioteca, ao Grupo de Apoio à Pesquisa, ao Comitê de Ética em Pesquisa, ao Wagner pela formatação e à equipe da Pós-Graduação...

Epígrafe

“...tenho em mim todos os sonhos do mundo.”

Fernando Pessoa

Resumo e Abstract

OLIVEIRA, L. M. **A experiência do periciado no Instituto Nacional do Seguro Social (INSS)**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu, 2016.

RESUMO

Introdução. O Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) é a autarquia federal responsável pela arrecadação das contribuições devidas à Previdência Social e pelo pagamento de benefícios aos segurados. Entre os serviços e benefícios da Previdência Social, estão aqueles recebidos em consequência de incapacidade do segurado. A Perícia Médica é o corpo técnico responsável por avaliar e emitir parecer conclusivo quanto à capacidade do segurado para o recebimento ou não do auxílio por incapacidade. **Objetivos.** Compreender a experiência do usuário da perícia médica do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e elaborar um modelo teórico representativo dessa experiência. **Método.** Pesquisa qualitativa conduzida em Agências da Previdência Social (APS) do interior paulista, Brasil. As entrevistas foram conduzidas e audiogravadas em locais que assegurassem o anonimato e o sigilo das informações dos atores. A saturação teórica se configurou mediante a análise da 17ª entrevista, segundo os passos da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD). **Resultados.** Da análise dos dados, compreendeu-se a experiência de usuários do INSS com o ato pericial médico, cujas categorias identificadas e relações teóricas estabelecidas possibilitaram o desenvolvimento de um processo analítico e explicativo das ações e das interações acerca do processo vivencial. Este se compõe de três subprocessos: acreditando na legitimidade de sua incapacidade; encontrando-se entre a frustração e a satisfação com o contexto pericial; refletindo sobre outros fatores intervenientes no ato pericial: Estado, perito e usuário. Do realinhamento dos componentes que formaram esses subprocessos, pode-se descobrir uma categoria designada central que os abarcam, constituindo então o processo da experiência, denominado: movendo-se entre a frustração e a satisfação com a perícia: Estado, perito e usuário como intervenientes na legitimidade do incapaz. Do modelo teórico emerso destacam-se três representações simbólicas relativas a frustração do usuário: perito como barreira para a legitimação do incapaz e do direito de acesso ao benefício do INSS; ato pericial subjetivo; postura fragilizada do Estado no apoio ao cidadão incapaz para o trabalho. **Considerações Finais.** Este estudo aponta às necessidades de se reavaliar a comunicação e, especificamente, o relacionamento médico perito – usuário durante o ato pericial, para minimizar a vulnerabilidade do perito à violência e do usuário a sofrimentos, assim como mostra-se essencial orientar esse usuário quanto aos direitos, deveres e procedimentos envolvidos no ato pericial, para obtenção do benefício do INSS. Essas intervenções poderiam melhorar a relação do usuário com o INSS e seus atores que lá atuam.

Descritores: Previdência Social; Médicos; Prova Pericial; Relações Médico-Paciente; Seguro por Invalidez.

OLIVEIRA, L.M. **The experience of the expertised in the National Institute of Social Security (INSS)**. Thesis (Doctorate in Public Health) - Medicine School of Botucatu, Universidade Estadual Paulista "Julio de Mesquita Filho", Botucatu, 2016.

ABSTRACT

Introduction. The National Institute of Social Security (INSS) is the federal agency responsible for the collection of contributions payable to the Social Security and the payment of the benefits to policyholders. Among the services and Social Security benefits, are those received as a result of the insured's disability. The Medical Examiner is the technical body responsible for evaluating and issuing conclusive opinion on the insured's ability to receive or not the aid for disability. **Goals.** Understanding the user experience of the medical examiner from the National Institute of Social Security (INSS) and develop a theoretical model representing this experience. **Method.** Qualitative research conducted in Agencies of Social Security (APS) in the country town of São Paulo State, Brazil. The interviews were conducted and audio recorded in places that would ensure anonymity and the confidentiality of the information of the actors. Theoretical saturation was configured by analyzing the 17th interview, according to the steps of Grounded Theory. **Results.** Data analysis, understood the experience of the users in NISS with the medical expertise act whose categories identified and established theoretical relationships enabled the development of an analytical and explanatory process of actions and interactions about the experiential process. This is composed of three sub-processes: believing in the legitimacy of their disability; lying between frustration and satisfaction with the expert context; reflecting on other factors involved in the forensic act: State expert and user. The realignment of the components that formed these sub-processes, one can discover a core category assigned to the cover then constituting the process of the experience, called: moving between frustration and satisfaction with the expertise: State expert and user as intervening the legitimacy of the incapable. The aftermaths theoretical model highlights three symbolic representations of user frustration: expert as a barrier to the legitimacy of the incapable and the right of access to the benefit of the INSS; subjective expertise act; weakened State stance in supporting to the citizen unable to work. **Final Considerations.** This study points to the need to re-evaluate the communication and, specifically, the relation the expert doctor-user during the expert act to minimize the vulnerability of the expert to violence and the user suffering, as well as shown to be essential guide this user as the rights, duties and procedures involved in the expertise act to obtain the benefit of the INSS. These interventions could improve the relationship of users with the INSS and the actors who work there.

Descriptors: Social Security; Physicians; Expert Testimony; Physician-Patient Relations; Disability Insurance.

Lista de Quadros

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Categorias (subprocessos), subcategorias e elementos que compõem a experiência de usuários do INSS com a perícia em Agências da Previdência Social do Interior Paulista	38
Quadro 2 – Categoria A. Acreditando na legitimidade de sua incapacidade: códigos.....	66
Quadro 3 – Categoria B. Deparando-se entre a frustração e a satisfação com o contexto pericial. Subcategoria B1. Considerando-se bem atendido. Elemento B1.1. Deparando-se com médico atencioso: códigos	66
Quadro 4 – Elemento B2. Tendo o benefício concedido: códigos	67
Quadro 5 – Elemento B3. Percebendo a agilidade no atendimento pelo INSS: códigos.....	67
Quadro 6 – Subcategoria B2. Sentindo-se desconsiderado pelo perito. Elemento B2.1. Percebendo desconfiança sobre suas necessidades: códigos ...	67
Quadro 7 – Elemento B2.2. Recebendo pouca informação: códigos.....	67
Quadro 8 – Elemento B2.3. Notando falta de polidez: códigos	68
Quadro 9 – Elemento B2.4. Não tendo validada a incapacidade dada pelo médico assistente: códigos	68
Quadro 10 – Categoria C. Refletindo sobre os fatores intervenientes no ato pericial: Estado, perito e usuário. Subcategoria C1. Sentindo-se pouco apoiado pelo Estado: códigos	68
Quadro 11 – Subcategoria C2. Considerando o ato pericial subjetivo: códigos.....	69
Quadro 12 – Subcategoria C3. Percebendo falha de honestidade em usuários: códigos.....	69

Sumário

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	17
1.1	Escolhendo o objeto do estudo	17
1.2	Sobre a Seguridade Social	17
1.3	Sobre a Perícia Médica.....	20
1.4	Sobre a relação médico-paciente na Previdência Social	22
1.5	Sobre o conflito na atividade pericial	24
2	O PROBLEMA E OS OBJETIVOS.....	27
2.1	O problema.....	27
2.2	Os objetivos	27
3	TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	29
3.1	Tipo de pesquisa	29
3.2	O cenário e os atores participantes	29
3.3	Procedimentos éticos, de coleta e de análise de dados	30
3.4	Referencial teórico	33
4	RESULTADOS: A EXPERIÊNCIA DO USUÁRIO DA PERÍCIA MÉDICA DO INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL (INSS) E O MODELO TEÓRICO.....	37
5	DISCUSSÃO.....	50
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	57
	REFERÊNCIAS.....	60
	APÊNDICE.....	66
	QUADROS DE CÓDIGOS.....	66
	ANEXOS	71
	Anexo 1 – Aprovação pelo CEP	71
	Anexo 2 – Autorização da gerência do INSS para realização da pesquisa..	75
	Anexo 3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de Participação em Pesquisa.....	76

Introdução

1 INTRODUÇÃO

1.1 Escolhendo o objeto do estudo

Este estudo emerge da experiência da pesquisadora como médica perita do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) desde meados de 2006 e do seu interesse em aprofundar a compreensão da experiência do médico perito e do periciado no INSS.

Trata-se de pesquisa executada em duas etapas, sendo a primeira já realizada como dissertação de mestrado, cujo objetivo foi a compreensão da experiência do médico perito (OLIVEIRA, 2011) e agora, como segunda etapa e objeto da tese de doutorado a vivência do usuário do serviço de perícia médica.

De posse da compreensão de ambas experiências, será possível contribuir com o aperfeiçoamento do serviço de perícia médica do INSS.

1.2 Sobre a Seguridade Social

A Seguridade Social surgiu como regime de proteção aos trabalhadores, oferecendo-lhes melhores condições de vida.

O primeiro ordenamento legal acerca do tema foi editado na Alemanha, pelo chanceler Otto Von Bismarck, em 1883, instituindo-se o seguro-doença e estendendo-se posteriormente a outros benefícios (BOCCHI JUNIOR, 2003). A primeira Constituição a incluir o tema previdenciário foi a Carta Mexicana de 1917 (TAVARES, 2012).

No Brasil, o seguro social teve início com a organização privada. Aos poucos, o Estado foi se apropriando do sistema, por meio de políticas intervencionistas. O marco inicial da previdência social brasileira foi a Lei Eloy Chaves, por meio do Decreto nº 4.682 de 24 de janeiro de 1923. Foram criadas as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) para os empregados das empresas ferroviárias, mediante contribuição dos empregadores, trabalhadores e Estado, assegurando aposentadoria aos empregados e pensão a seus dependentes. A partir de 1933, iniciou-se uma nova fase, com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), entidades de proteção social que reuniam categorias profissionais, mais abrangentes que as CAPs (TAVARES, 2012).

Após a década de 40, tentaram-se diversas formas de uniformizar e unificar a previdência social brasileira. Em 1960, com a Lei 3.807 (Lei Orgânica da Previdência Social), houve uniformização da legislação previdenciária e aumento da sua abrangência, sendo também segurados os empregadores e os profissionais liberais (TAVARES, 2012).

Em 1966, os IAPs foram reunidos, dando origem ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e em 1974 foram criados o Ministério da Previdência e Assistência Social e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

Em 1976, com o Decreto nº 77.077, reuniram-se as normas existentes e seu resultado foi a Consolidação das Leis da Previdência Social e, no ano seguinte, foi criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social com o objetivo de reestruturar a Previdência Social, sendo o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), responsável por conceder e controlar a manutenção de benefícios e o Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS), responsável pela arrecadação das contribuições (TAVARES, 2003).

Com a Constituição de 1988, a Seguridade é reafirmada e constitui-se em saúde, previdência e assistência social. Em 1990, houve a fusão do INPS com o IAPAS, sendo criado o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), pela Lei 8.029. O Sistema Único de Saúde foi criado nesse mesmo ano e três anos depois extinto o INAMPS.

O INSS administra, juntamente com a Secretaria da Receita Previdenciária, o Regime Geral de Previdência Social (RGPS), obrigatório para todos aqueles que exercem atividades remuneradas por ele descritas e financiado pelo Governo, pelas empresas e pelos próprios segurados (BOCCHI JUNIOR, 2003). É a autarquia do Ministério da Previdência Social responsável pela arrecadação das contribuições devidas à Previdência e pelo pagamento dos benefícios aos segurados (BRASIL, 1996).

A Previdência Social é o seguro social para a pessoa que contribui. É uma instituição pública que tem como objetivo reconhecer e conceder direitos aos seus segurados. O RGPS tem por finalidade a cobertura dos riscos sociais, garantindo meios indispensáveis para manutenção do contribuinte, substituindo sua renda, em razão da incapacidade laboral, de idade avançada, de morte (no caso de pensão

para dependentes), de reclusão, de maternidade e do desemprego involuntário (BRASIL, 1988, 1996).

A Previdência Social abrange prestações divididas em benefícios e serviços: auxílio-doença; auxílio-acidente; aposentadoria por invalidez; aposentadoria por idade; aposentadoria por tempo de contribuição; aposentadoria especial; salário-família; salário-maternidade; pensão por morte, auxílio-reclusão, reabilitação profissional, perícia médica e serviço social (BRASIL, 2006). A Perícia Médica do INSS é o corpo técnico responsável por avaliar a capacidade laborativa dos segurados para a concessão dos benefícios por incapacidade (BRASIL, 1996).

De acordo com a Previdência Social e o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), houve um crescimento exagerado da busca por auxílio-doença, após 1999. Entre esse ano e 2003, a quantidade de benefícios de auxílios-doença passou de 460.388 para 1.089.059 (GIAMBIANGI; CECHIN, 2004). Uma das medidas para diminuir o impacto da quantidade de benefícios pagos foi acabar com a terceirização dos médicos peritos, redefinindo sua remuneração e seu poder de trabalho.

Até o ano de 2005, o quadro de peritos era composto, em sua maioria, por médicos credenciados terceirizados que realizavam as perícias em local fora das Agências da Previdência Social (APS), normalmente em seus consultórios próprios. Havia também poucos médicos concursados na década de 1980, insuficientes para a demanda da Instituição, que eram, então, responsáveis por homologar os laudos concluídos pelos médicos credenciados. No entanto, em 2000, o Governo tornou desnecessária essa homologação, o que contribuiu com o aumento substancial da quantidade de benefícios.

Em 2004, houve a criação da carreira de Perícia Médica Previdenciária, através da Lei nº 10.876, sendo contratados mais de três mil médicos por concursos públicos. O descredenciamento dos médicos terceirizados foi concluído até fevereiro de 2006. Atualmente, o INSS conta somente com médicos peritos concursados.

No final do primeiro ano, após a contratação dos peritos por concurso, houve diminuição do total pago aos auxílios-doença, mostrando que a medida fora eficiente. Porém, a partir de 2009, o número de concessões e a despesa com auxílios-doença voltaram a subir e o Tribunal de Contas da União atribuiu esses aumentos, principalmente, ao acréscimo na quantidade de segurados da previdência social e à valorização do salário mínimo.

1.3 Sobre a Perícia Médica

Os benefícios por incapacidade relacionados à saúde representavam, em 2006, 15,5% do total concedido pelo INSS, segundo a Agência de Notícias da Previdência Social. Destes, 81% relacionados a agravos não diretamente ligados ao trabalho (ou seja, não sendo doenças ocupacionais ou acidentes de trabalho) (SANTANA et al., 2006).

Incapacidade, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), é “qualquer redução ou falta (resultante de uma deficiência ou disfunção) da capacidade para realizar uma atividade de uma maneira que seja considerada normal para o ser humano ou que esteja dentro do espectro considerado normal”. Para fins previdenciários, é valorizada a incapacidade laborativa ou a incapacidade para o trabalho, que fica definida pelo INSS como “a impossibilidade do desempenho das funções específicas de uma atividade (ou ocupação), em consequência de alterações morfo-psico-fisiológicas provocadas por doença ou acidente” (BRASIL, 2006).

Para a imensa maioria das situações, a previdência trabalha apenas com a definição apresentada, entendendo impossibilidade como incapacidade para atingir a média de rendimento alcançado em condições normais pelos trabalhadores da categoria da pessoa examinada. Na avaliação pericial da incapacidade laborativa, é necessário ter sempre em mente que o ponto de referência e a base de comparação devem ser as condições daquele próprio examinado enquanto trabalhava e não os da média da coletividade. A incapacidade pode ser classificada, tecnicamente, em: total ou parcial; temporária ou indefinida; uniprofissional, multiprofissional ou oniprofissional (BRASIL, 2006).

No processo de concessão do benefício de auxílio-doença, tem relevância o trabalho da Perícia Médica Previdenciária. Baseado em normas técnicas, administrativas e legais, o perito médico avalia o segurado e emite parecer conclusivo quanto à sua capacidade laborativa, procedimento que produz efeitos de natureza médico-legal (BRASIL, 1996). Em 2011, foram realizados 7.396.562 exames médico-periciais, com 68,9% de conclusões favoráveis (MELO, 2014).

Melo (2003) compreende o ato médico-pericial como meio de operar o direito ao benefício por incapacidade. Em seu parecer, o médico perito considera o maior

número de dados objetivos e busca elementos de convencimento da incapacidade do segurado para o trabalho:

- diagnóstico da doença;
- natureza e grau de deficiência ou disfunção produzida pela doença;
- tipo de atividade ou profissão e suas exigências;
- indicação ou necessidade de proteção do segurado doente, por exemplo, contra reexposições ocupacionais;
- eventual existência de maior susceptibilidade do segurado ao agente patogênico relacionado com a etiologia da doença;
- dispositivos legais pertinentes;
- idade e escolaridade do segurado;
- susceptibilidade ou potencial do segurado à readaptação profissional;
- mercado de trabalho e outros fatores exógenos.

Assim, segundo Melo (2003, apud MELO, 2014):

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

A complexidade do ato médico-pericial “sobrepõe o mecanismo tradicional do raciocínio hipotético-dedutivo do ato médico: anamnese, exame físico, avaliação de exames complementares e, enfim a elaboração de hipóteses diagnósticas” (BRASIL, 2007). Cabe ao perito médico

traçar um caminho inverso do qual foi treinado a executar: frente a hipóteses diagnósticas previamente estabelecidas, deve utilizar o mesmo instrumental de anamnese, exame físico e avaliação de exames complementares para concluir se o agravo incapacita ou não o indivíduo ao pleno exercício de suas atividades laborais (BRASIL, 2007).

As avaliações de incapacidade pouco são apoiadas em instrumentos específicos. Diante da dificuldade, da demanda e da complexidade do trabalho do médico perito, vários países empenham-se na tentativa de normatizar procedimentos de avaliação médico-pericial. Diretrizes deveriam ser publicadas de

maneira clara e comparável entre países (DE BOER; RIJKENBERG; DONCEEL, 2011).

Na Espanha, há tabelas de duração média dos benefícios para cada doença e tabelas de graus de incidência nas diferentes atividades laborais. Na Alemanha, na Itália e na Inglaterra há guias para avaliar possíveis indenizações. Na França, há padronização de tipos de transtornos de incapacidade. Em Portugal, na Argentina e nos Estados Unidos, há normas e tabelas para avaliação do déficit funcional na avaliação de incapacidade. (FERNANDES; CHEREM, 2005).

A falta de padronização e transparência podem ser motivos de críticas na avaliação de incapacidade. A Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) vem sendo considerada para utilização em conjunto com questões próprias de anamnese ocupacional para fundamentar de modo mais consistente relatórios de avaliação do médico perito. (ANNER et al.; 2012, 2014, DE BOER et al., 2008).

A CIF é um modelo de classificação desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde, baseada nas dimensões biomédica, psicológica e social. O marco do modelo da CIF é a funcionalidade, cobrindo os componentes de funções e estruturas do corpo, atividade e participação social (FARIAS; BUCHALLA, 2005).

No Brasil, desde a década passada, teve início um processo de revisão das práticas da perícia médica, com a elaboração de diretrizes de apoio à decisão médico-pericial. Surgiram da necessidade de acompanhar as tendências internacionais de uniformização de procedimentos e do aumento da procura por benefícios por incapacidade. Essas diretrizes não são determinantes, mas orientadoras, em relação à decisão pericial quanto à concessão e duração do benefício (BRASIL, 2007).

1.4 Sobre a relação médico-paciente na Previdência Social

A relação médico-paciente na Previdência Social “agrega conflituosidades próprias da situação de perícia (sua operação de inclusão ou exclusão) a elementos do campo assistencial, condicionando expectativas e resultados” (MELO, 2014).

As informações analisadas pelo perito médico do INSS sobre diagnóstico da doença, natureza e grau de deficiência ou disfunção produzida pela doença, são fornecidas pelo médico do setor assistencial (médico assistente), cuja função é fazer seguimento e tratamento do doente que requer o benefício por incapacidade. A

análise da incapacidade considera, além da presença da doença, a sua repercussão no desempenho das atividades habituais. A escolha do médico assistente pelo paciente é livre e espontânea. Por outro lado, de acordo com o que determinam as normas do INSS, não é dado ao periciado o direito de escolher o perito. Além disso, a falta de documentação comprobatória é motivo suficiente para a negativa do benefício.

Um aspecto complicador decorre da intervenção de quem faz o diagnóstico e de suas consequências. Para o médico do setor assistencial, o diagnóstico deve gerar ações preventivas e definir o tratamento para a recuperação clínica, o que pressupõe identificar os fatores desencadeantes e agravantes, e determinar a interrupção das atividades que mantenham ou agravem o quadro. Para o médico perito da Previdência Social, o diagnóstico implica em conceder ou não benefícios previdenciários específicos; portanto, sua atividade tem por finalidade precípua a emissão de parecer técnico conclusivo na avaliação da incapacidade laborativa, em face de situações previstas em lei (BRASIL, 2006).

Na avaliação da incapacidade há o “deslocamento do fim assistencial da medicina” (MELO, 2014). O “ser médico” é necessário para a avaliação, mas “aquilo que representa a expectativa social da medicina está permanentemente excluído enquanto finalidade desse trabalho” (SCHRAIBER, 2008). A finalidade da atividade do médico perito do INSS é o recebimento de amparo financeiro que substitui a renda do segurado quando em vigência de doença incapacitante (MELO, 2014).

A relação médico-paciente na perícia

tão importante no processo de cura quanto a mais eficaz das terapêuticas, adquire conotação inversa: o cidadão/requerente vê-se diante de um representante do Estado ungido do justo poder discricionário de conceder (ou não) um recurso financeiro para aliviar suas necessidades (BRASIL, 2007).

Para Almeida (2011), a perícia médica é “o ato médico de maior assimetria de poder entre o médico e o paciente, ou periciando, em que estariam potencializadas as manifestações de distanciamento e autoritarismo presentes nas relações médico-paciente propedêuticas”.

1.5 Sobre o conflito na atividade pericial

Inúmeros conflitos entre médicos peritos e segurados no INSS ocorrem, principalmente após os últimos concursos, a partir de 2005, quando houve aumento expressivo do número de peritos do Instituto. Antes desses concursos, a maior parte dos peritos constituía-se de médicos credenciados ao INSS, que eram terceirizados e a remuneração era baseada no número de perícias médicas realizadas. Segundo a Associação Nacional dos Médicos Peritos (ANMP), a partir da entrada dos novos peritos concursados, houve esforços para capacitação e melhor preparo dos peritos, aumentando-se, conseqüentemente, o rigor na atividade pericial.

De acordo com Melo e Assunção (2003), conflitos na atividade médico-pericial são derivados da contraposição da demanda dos segurados com o ordenamento normativo da Previdência. Os autores afirmam que na avaliação pericial, é pressuposta a constituição de um código interpretativo constituído de princípios ordenadores de julgamento, não sendo, portanto, pensada independentemente das influências políticas de uma prática social.

Uma pesquisa concluída pela ANMP, em 2009, mostrou que 93% dos médicos peritos do INSS já foram insultados durante o trabalho, sendo 71 agredidos. Outro estudo mostrou que já foram vítimas de algum tipo de agressão física 26% dos peritos (WESTIN, 2006).

O Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) salienta, através de uma resolução de 2005, que

o médico na função de perito não deve aceitar qualquer tipo de constrangimento, coação, pressão, imposição ou restrição que possam influir no desempenho de sua atividade, que deve ser realizada com absoluta isenção, imparcialidade e autonomia, podendo recusar-se a prosseguir no exame e fazendo constar no laudo o motivo de sua decisão.

A violência não é um problema específico da área da saúde. No entanto, ela afeta a saúde. A violência representa “um risco maior para a realização do processo vital humano: ameaça a vida, altera a saúde, produz enfermidade e provoca a morte como realidade ou como possibilidade próxima” (AGUDELO, 1990).

Mesmo com poucos estudos que explorem a violência no contexto pericial, propriamente dito, encontram-se investigações acerca da violência em serviços de saúde. Morken, Alsaker e Johansen (2016) identificaram que necessidades não

satisfeitas podem culminar em frustração do paciente e conflito com abuso verbal ou violência física. Referem que a “agressão pode ser percebida como uma exigência de direitos e uma demanda por reconhecimento”. Quando uma necessidade aparente do indivíduo não é atendida, este pode perceber a situação como desprezo social, desrespeito ou injustiça, que passaria então a ser acompanhada pela raiva.

Outro estudo dos mesmos autores reconhece o descompasso entre as expectativas do paciente e do serviço oferecido como fator gerador de incidentes de ameaças ou violência. Sugerem que melhorar a organização e o papel da equipe de saúde, além da informação ao paciente, contribuem para a resolução dessas expectativas conflitantes (MORKEN; ALSAKER; JOHANSEN, 2015).

O Problema e os Objetivos

2 O PROBLEMA E OS OBJETIVOS

2.1 O problema

Mediante o apresentado e a escassez de pesquisas explorando o objeto de pesquisa sob a perspectiva teórico-metodológica deste estudo, pergunta-se:

Como se configura a experiência do usuário com o serviço de perícia médica do INSS?

2.2 Os objetivos

Visando responder a pergunta, delineou-se como objetivos:

- Compreender a experiência do usuário do serviço de perícia médica no INSS;
- Elaborar um modelo teórico representativo dessa experiência.

Trajectoria Metodológica

3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

3.1 Tipo de pesquisa

A pesquisa qualitativa constitui-se em investigação social que retrata o sentido adotado pelas pessoas em suas experiências e no mundo no qual elas vivem. Tem a finalidade de compreender, descrever e interpretar fenômenos sociais conforme percebidos pelos indivíduos, grupos e culturas. Pesquisadores utilizam as abordagens qualitativas para explorarem comportamentos, sentimentos e experiências de pessoas para descobrirem o âmago de suas vidas. Abordagens qualitativas são úteis na exploração de mudanças ou conflitos (HOLLOWAY; WHEELER, 2010).

A base da pesquisa qualitativa na abordagem interpretativa reside na realidade social e na descrição das experiências vividas pelos seres humanos (HOLLOWAY; WHEELER, 2010). É desenvolvida numa situação natural e focaliza a realidade de forma complexa e contextualizada (LÜDKE; ANDRÉ, 2008). Privilegia a análise de microprocessos, através do estudo das ações sociais individuais e grupais, realizando um exame intensivo dos dados (MARTINS, 2004).

3.2 O cenário e os atores participantes

Participaram deste estudo dezessete segurados periciados em agências do INSS do interior paulista (Gerência Regional de Bauru), sendo 11 homens e seis mulheres, com idades entre 20 e 60 anos, em cidades classificadas como médias, segundo o IPEA, ou seja, cidades que abrigam de 100 a 300 mil habitantes (Tabela 1).

As entrevistas foram realizadas nas próprias agências do INSS, sem agendamento prévio, após convite aos usuários que estavam na sala de espera. O critério para participação na pesquisa foi ter sido periciado pelo menos uma vez, não necessariamente no dia da entrevista, independentemente se houve ou não concessão do benefício. A duração das entrevistas variou entre quatro e 20 minutos.

Tabela 1. Distribuição dos atores, segundo situação profissional, sexo e idade.

VARIÁVEL	FAIXA/TIPO	N	%
Situação profissional	Empregado	13	76
	Desempregado	04	24
Sexo	Feminino	06	35
	Masculino	11	65
Idade	20 a 30 anos	01	5,8
	31 a 40 anos	03	17,7
	41 a 50 anos	10	58,8
	51 a 60 anos	03	17,7

3.3 Procedimentos éticos, de coleta e de análise de dados

Realizou-se a coleta de dados mediante o parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa (anexo 1) e a autorização da gerência das agências do INSS onde foram realizadas as entrevistas (anexo 2).

A primeira etapa constou da consulta dos atores para a obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para participação de pesquisa (anexo 3). Foram fornecidas aos participantes as condições de privacidade, sigilo e anonimato das informações.

Realizou-se a coleta de dados por meio de entrevistas não diretivas, tendo a seguinte questão de partida: **Como tem sido a sua experiência com a perícia médica do INSS?**

No decorrer das entrevistas, conforme o conteúdo das respostas, incluiu-se perguntas circulares, direcionadas às informações reveladas pelo próprio entrevistado, estabelecendo um movimento circular (WRIGHT; LEALHEY, 2012). Estas permitiram elucidar dúvidas, melhorar esclarecimentos e possibilitar melhor entendimento da experiência do usuário da perícia médica.

As entrevistas foram áudio-gravadas e destruídas depois de transcritas na íntegra.

Realizou-se a análise dos dados, segundo os passos, descritos a seguir, da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), proposta por Strauss e Corbin (2008). Tal metodologia consiste na descoberta e no desenvolvimento de uma teoria a partir das informações obtidas e analisadas sistematicamente e comparativamente. A ênfase da TFD está na “compreensão do fenômeno tal como ele emerge dos dados e não no seu embasamento em conceitos e teorias do pesquisador” (CHENITZ; SWANSON, 1986).

Microanálise:

Análise detalhada linha por linha, necessária para gerar categorias iniciais (com suas propriedades e dimensões), sugerindo relações entre as mesmas e uma combinação de codificação aberta e axial;

Codificação aberta:

Processo analítico, por meio do qual são identificados os conceitos e suas propriedades, sendo suas dimensões descobertas nos dados. Conceitua-se o processo de agrupamento de itens similares de acordo com algumas propriedades definidas e é dado aos itens um nome que significa essa ligação comum. Na conceituação, é possível reduzir grandes quantidades de dados.

Um conceito é uma representação abstrata de um evento, objeto ou ação/interação que um investigador identifica como sendo significativa nos dados. As categorias são conceitos derivados a partir de dados que representam fenômenos. É importante lembrar que uma vez que os conceitos começam a ser constituídos, o analista deve iniciar o processo de agrupá-los ou classificá-los em termos mais abstratos, ou seja, em categorias. Uma vez que uma categoria é identificada, torna-se mais fácil a desenvolver em termos de suas propriedades e dimensões e de diferenciá-las, quebrando esta categoria em suas subcategorias, isto é, explicando as perguntas: quando, onde, por que, como e assim por diante sobre o que possa surgir;

Codificação axial:

Processo de relacionar as categorias às suas subcategorias. Denomina-se codificação axial, porque ocorre em torno do eixo de uma categoria, ou seja, com ligações segundo suas propriedades e dimensões, de forma sistemática, com objetivo de desenvolver e relacionar às subcategorias. Esta etapa de análise é importante porque é o momento em que se está construindo a teoria. Classificar as relações entre conceitos e subconceitos pode ser difícil e para tanto, deve-se ter em mente que não só as ações/interações e suas consequências são significativas nessa construção, mas também é imprescindível descobrir as formas que as categorias se relacionam entre si. O paradigma é apenas um dispositivo que os analistas podem usar para pensar sobre essas relações. Embora útil, o paradigma nunca deve ser usado de forma rígida; caso contrário, torna-se o fim e não o meio;

Codificação seletiva:

Processo de integração e de aprimoramento da teoria. Na integração, as categorias são organizadas em torno de um conceito central de motivos. A integração ocorre ao longo do tempo, começando com os primeiros passos na análise e muitas vezes não termina até a redação final. Uma vez que o compromisso é estabelecido com uma ideia central, as principais categorias são relacionadas a ela por meio de notas explicativas das relações (memorandos). Várias técnicas podem ser utilizadas para facilitar o processo de integração. Estas incluem escrever a história, utilizar diagramas, realizar anotações, dentre outras.

Ressalta-se que para esse tipo de pesquisa, o critério para determinar o número de entrevistas necessárias dá-se por saturação teórica, ou seja, quando dados novos ou relevantes não são mais encontrados ou começam a se repetir. Conclui-se a amostragem quando as categorias estão saturadas, muitas vezes sendo necessário retomar a coleta de dados na fase de análise, quando é observado que certas categorias não estão totalmente desenvolvidas. Ao contrário da amostragem estatística, a amostragem teórica não pode ser numericamente estabelecida no projeto de pesquisa, mas somente ao finalizar a etapa de análise. Para tanto, as decisões específicas de amostragem evoluem durante o processo de análise. É claro que, antes do início do inquérito, um projeto deve prever as

populações e os locais onde os eventos são susceptíveis de serem encontrados (STRAUSS, CORBIN, 2008).

3.4 Referencial teórico

Ao configurar o modelo teórico da experiência, analisou-se o mesmo à luz do Interacionismo Simbólico.

Quatro aspectos importantes distinguem essa abordagem das demais da psicologia:

- o interacionismo simbólico cria uma imagem mais ativa do ser humano e rejeita a imagem desse, como um organismo passivo e determinado. Os indivíduos interagem e a sociedade é constituída de indivíduos interagindo (CHARON, 2009);
- o ser humano é compreendido como um ser agindo no presente, influenciado não somente pelo que aconteceu no passado, mas pelo que está acontecendo agora. A interação acontece neste momento: o que fazemos agora está ligado a essa interação (CHARON, 2009);
- interação não é somente o que está acontecendo entre pessoas, mas também o que acontece dentro dos indivíduos. Os seres humanos atuam em um mundo que eles definem. Agem de acordo com o modo que é definida a situação que se está vivenciando. Embora essa definição possa ser influenciada por aqueles com quem ocorre a interação, ela é também resultado de nossa própria definição, nossa interpretação da situação (CHARON, 2009);
- o interacionismo simbólico descreve o ser humano mais ativo no seu mundo do que outras perspectivas. O ser humano é livre naquilo que faz. Todos definimos o mundo em que agimos e parte dessa definição é própria, envolve a escolha consciente, a direção de ações em face dessa definição, a identificação dessas ações e também das dos outros e a própria redireção (CHARON, 2009).

Os conceitos do Interacionismo Simbólico são: símbolo, *self*, mente, assumir o papel do outro, ação humana e interação social.

Símbolo

É o conceito central, pois, segundo o Interacionismo Simbólico, sem ele não se pode interagir uns com os outros. É uma classe de objetos sociais usados para representar alguma coisa.

Os símbolos são desenvolvidos socialmente, por meio da interação; eles não são concordados universalmente dentro dos grupos humanos, mas são arbitrariamente estabelecidos e mudados pela interação dos seus usuários; existe uma linguagem de sons e gestos que é significativa e inclui regras permitindo que se combine os sons ou gestos em declarações significantes. Para ser simbólico, o

organismo cria ativamente e manipula símbolos na interação com os outros (CHARON, 2009).

Self

No Interacionismo Simbólico, o *self* é um objeto social em relação ao qual o indivíduo age. O ator configura o *self* na interação com os outros. O *self* não somente surge na interação, mas como todo objeto social é definido e redefinido na interação. Surge, na infância, inicialmente, por meio da interação com os pais e outros significativos, mudando constantemente na medida em que a criança vivencia novas experiências interagindo com outros.

Como eu me vejo, como eu me defino, o julgamento que faço de mim mesmo é altamente dependente das definições sociais que encontro durante minha vida (CHARON, 1989).

Mente

Mente é a ação, ação que usa símbolos e dirige esses símbolos em relação ao *self*. É o indivíduo tentando fazer algo, agir em seu mundo. É a comunicação ativa com o *self* por meio da manipulação de símbolos. O mundo é transformado em um mundo de definições por causa da mente; a ação é resposta não a objetos, mas à interpretação ativa do indivíduo a esses objetos (CHARON, 2009).

É a interação simbólica do organismo humano com seu *self*.

Assumir o papel do outro

Este conceito está intimamente relacionado aos anteriores, porque consiste em atividade mental e torna possível o desenvolvimento do *self*, a aquisição e o uso de símbolos e a própria atividade mental. "É por meio da mente que os indivíduos entendem o significado das palavras e ações de outras pessoas" (CHARON, 2009).

Ação humana

A interação com o *self* e com os outros leva o indivíduo a tomar decisões que direcionam o curso da ação.

As ações são causadas por um processo ativo de tomada de decisão pelo sujeito, que envolve a definição da situação e essa por sua vez, envolve interação consigo mesmo e com os outros. Dessa forma, é a definição da situação feita pelo ator que é central para com a ação ocorrerá (CHARON, 2009).

Interaçao social

Conforme apresentado, todos os conceitos básicos para o Interacionismo Simbólico surgem da interação e são parte dela.

Quando interagimos, nós nos tornamos objetos sociais uns para os outros, usamos símbolos, direcionamos o *self*, engajamo-nos em ação mental, tomamos decisões, mudamos direções, compartilhamos perspectivas, definimos realidade, definimos a situação e assumimos o papel do outro (CHARON, 2009).

Resultados

4 RESULTADOS: A EXPERIÊNCIA DO USUÁRIO DA PERÍCIA MÉDICA DO INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL (INSS) E O MODELO TEÓRICO

Da análise dos dados, compreendeu-se a experiência de usuários do INSS com o ato pericial médico, cujas categorias identificadas e relações teóricas estabelecidas possibilitaram o desenvolvimento de um processo analítico e explicativo das ações e das interações acerca do processo vivencial. Este se compõe de três subprocessos: acreditando na legitimidade de sua incapacidade; deparando-se entre a frustração e a satisfação com o contexto pericial; refletindo sobre outros fatores intervenientes no ato pericial: Estado, perito e usuário (Quadro 1).

Quadro 1 – Categorias (subprocessos), subcategorias e elementos que compõem a experiência de usuários do INSS com a perícia em Agências da Previdência Social do Interior Paulista.

Categorias (subprocessos)	Subcategorias	Elementos
A. Acreditando na legitimidade de sua incapacidade		
B. Encontrando-se entre a frustração e a satisfação com o contexto pericial	B1. Considerando-se bem atendido	B1.1. Deparando-se com médico empático
		B1.2. Tendo o benefício concedido
		B1.3. Percebendo agilidade no atendimento pelo INSS
	B2. Sentindo-se desconsiderado pelo perito	B2.1. Percebendo desconfiança sobre suas necessidades
		B2.2. Recebendo pouca informação
		B2.3. Notando falta de polidez
		B2.4. Não tendo validada a incapacidade prevista pelo médico assistente
C. Refletindo sobre outros fatores intervenientes no ato pericial: Estado, perito e usuário	C1. Sentindo-se pouco apoiado pelo Estado	
	C2. Considerando o ato pericial subjetivo	
	C3. Percebendo falha de honestidade em usuários	

O primeiro subprocesso configura-se quando o usuário encaminha-se para a perícia ***acreditando na legitimidade de sua incapacidade***, decorrente de expectativa em receber o benefício, a partir do julgamento de sua necessidade como autêntica. Por esta razão, sinaliza inclusive que alguns casos devam ser aposentados (Apêndice, Quadro 2), conforme relataram os Usuários:

[...] No meu caso, eu acho que teriam que me aposentar [...], porque eu trabalhava de doméstica. Inclusive, tenho minha carteira registrada até hoje. Agora, como que eu vou fazer? Hoje, eu consigo fazer pouca coisa e na minha casa: lavar uma louça, fazer uma comida. Voltar a trabalhar? (pensa) Como? Acho que as pessoas (do INSS) teriam que resolver meu caso. Eu não me sinto segura! Aposenta de uma vez! Não dá para ficar assim, direto fazendo perícia! Não dá! [...] (U4).

[...] Se passamos pela perícia é porque não temos condições de voltar ao trabalho. [...] Fui operado de apendicite e recebi três meses do benefício pelo INSS. Na outra perícia que fiz cortaram, porque acharam que eu estava em condições, mas eu não estava e até hoje estou sentindo a cirurgia. Não posso fazer nada de serviço, nem agachar [...] (U7).

Contudo, no decorrer dos atos periciais, o usuário projeta o desfecho acerca do reconhecimento pelo INSS de sua incapacidade laboral e, portanto, o alcance de seu direito ao benefício. Essa interpretação é sinalizada pela agilidade administrativa das Agências em atenderem as necessidades do usuário, assim como pela qualidade interacional estabelecida com o médico perito, arremetendo o usuário a vivenciar o segundo subprocesso: **encontrando-se entre a frustração e a satisfação com o contexto pericial**. Esse movimento decorrerá, principalmente, das interpretações realizadas pelo usuário, em face das ações do médico a ele dirigidas durante o ato pericial. Essas poderão despertar-lhe o sentimento de contentamento, mediante a realização do que se esperava ou, então, de insatisfação quando se percebe impedido pelo perito de atingir o que tanto almejava: o reconhecimento de sua incapacidade para o trabalho e, conseqüentemente, a concessão do benefício.

O movimento perceptivo entre a satisfação e a frustração com o contexto pericial é sinalizado por duas interpretações do usuário acerca da qualidade interacional com o médico durante o ato pericial: **considerando-se bem atendido** ou **sentindo-se desconsiderado pelo perito**.

Considerando-se bem atendido abarca, também, a agilidade demonstrada pela agência do INSS em atender as necessidades do usuário, mas envolve principalmente símbolos relativos à interação usuário-médico perito. Para tanto, a subcategoria **considerando-se bem atendido** reúne os elementos emersos dessa vivência: **deparando-se com médico empático, tendo o benefício concedido e percebendo agilidade no atendimento pelo INSS**.

Deparando-se com médico empático é o julgamento daquele usuário que avalia a interação apropriada durante o ato pericial, ao perceber-se tratado com deferência durante entrevista, exame clínico e todo contexto envolvido no ato, interpretados como condutas necessárias para a tomada de decisão (Apêndice, Quadro 3), segundo contam os Usuários:

[...] Minha experiência foi muito boa, pois a doutora me atendeu muito bem. Perguntou tudo e sem pressa. Achei que aqui trabalham muito bem. A doutora foi super atenciosa. Perguntou se estava tudo bem comigo e me examinou [...] (U2).

[...] Não vejo problema nenhum em passar pelo médico perito. Considero um atendimento normal, pois vê minha situação, minha doença, para então compreender minha necessidade, ou seja, que estou incapaz para o serviço. É por isso que o médico pergunta as coisas e eu tenho que responder tudo certinho sobre o que estou passando [...] (U3).

[...] Pelo jeito, os médicos peritos são bem responsáveis. Eles perguntam sobre muitas coisas e avaliam bem [...] (U5).

[...] Minha perícia foi boa. O médico foi muito atencioso. Explicou como funciona a perícia, porque graças a Deus eu nunca precisei ficar afastado do serviço. Essa foi a primeira vez. Eu acho que ele me esclareceu bem como funciona. Embora o meu médico tenha dado o atestado, ele (perito) falou que dependendo da cirurgia existe o prazo do INSS para poder dar essa licença [...] (U8).

[...] Eu me senti bem atendido, quando retornei com outra médica. Aí eu fui muito bem atendido. Ela me explicou direitinho o que estava acontecendo, os porquês da doença e quanto à licença. Ela também me esclareceu que o prazo sugerido pelo médico era de 120 dias de licença, por causa da operação de hérnia de disco e que, também, poderia ser prorrogada ou então antecipada. O que foi o meu caso. [...] Hoje, por exemplo, achei o médico perito excelente, porque viu também os problemas que a minha esposa está passando, que a gente nem sabia. No caso, ela se queimou um pouco antes da cirurgia do ombro. Houve essa queimadura com calda de açúcar e ele olhou tudo certinho e nos orientou que isso já era doença para entrar com licença. Tudo aconteceu vinte dias atrás e a gente não sabia disso. O médico foi excelente. Só tenho a agradecer [...] (U9).

Tendo o benefício concedido é o segundo componente que confere ao usuário o bom atendimento oferecido pelo médico perito, por ter respeitado seus limites para o exercício das atividades laborais e, portanto, garantindo seus direitos sobre o recebimento do benefício (Apêndice, Quadro 4), como contam os Usuários:

[...] Os peritos viram a minha situação, minha doença. Eles compreenderam que estou necessitando, ou seja, eu estou incapaz para o serviço [...] (U3).

[...] A perícia é uma coisa boa, quando se pode receber o benefício. A perícia foi boa, porque me senti bem à vontade [...] (U5).

[...] Não tenho nada a reclamar, apesar de ser a primeira vez que estou passando, eu não tive nenhum problema [...] (U 16).

Percebendo a agilidade no atendimento pelo INSS retrata o terceiro componente mediador da satisfação do usuário com o serviço, por meio de o sentimento desperto, de acordo com a capacidade de a Agência atender a expectativa de uma perícia agendada e logo realizada (Apêndice, Quadro 5), como declaram os Usuários:

[...] Me senti muito bem, porque fui bem avaliado pelo médico e por todos os outros que passei. Fui muito bem tratado. Eu achei que tudo foi muito rápido. Até elogiei o médico pela rapidez como está funcionando. Foi bem rápido, do momento que eu entrei pela perícia até o resultado. Tudo praticamente num dia só. Então, isso ajuda bastante e deixa a gente um pouco mais tranquilo em relação a se cuidar e se tratar, mesmo doente [...]. [...] Acho que a tecnologia agilizou os atendimentos. Eu marquei perícia por telefone e antes precisava vir aqui. Hoje, marcam-se tudo por telefone e depois você consulta a *internet*. Chega aqui com hora marcada e não precisa ficar esperando. Acho que a melhora veio nesse sentido, em investimentos para reduzir os custos do INSS e, também, melhorar o atendimento [...] (U6).

[...] Foi satisfatório o atendimento, porque não aguardei muito tempo. Vim com horário agendado e isso não gera fila de espera. O perito analisou os documentos, as radiografias e o laudo do médico e concluiu de forma tranquila o processo de entrada do pedido [...] (U12).

Sentindo-se desconsiderado pelo perito decorre de circunstâncias periciais interpretadas por um grupo de usuários como barreiras para que se possa estabelecer um relacionamento seguro e de confiança com o médico. Essas circunstâncias levam o usuário a interpretar o perito no papel daquele que obstrui a

possibilidade de usufruir do benefício, ao não reconhecer ou dificultar a constatação de sua incapacidade para as atividades laborais.

A primeira situação envolve o usuário **percebendo desconfiança sobre suas necessidades**, ou seja, quando considera as informações extensas solicitadas pelo médico, em relação as suas limitações para as atividades laborais. Fato que o leva a pensar que o médico pode estar desconfiando da veracidade de suas informações, conseqüentemente, de sua honestidade e caráter (Apêndice, Quadro 6), como relatam os Usuários:

[...] O médico pede: “o atestado médico!”. Eu respondo: “está aqui!”. O médico reforça: “da próxima vez traga tudo junto, já com RG na mão, traz tudo!”. Eu estou desde as 5h30 da manhã esperando, com RG na mão, atestado, tudo. Muito ruim, a gente se sente muito ruim. Depois, o médico diz: “deixa eu ver a perna?”. Eu falo: “tá bom!”. Eu nunca passei por isso. O paciente tem que ouvir e falar o que perguntam [...] (U1).

[...] Eu acho que (os peritos) ficam fazendo muitas perguntas. A gente já traz tudo certinho, tudo comprovado, traz os atestados. Com tudo certinho e eles ainda duvidam da gente, porque querem ver a cicatriz, mesmo que o médico (assistente) já está falando que você está operado [...] (U4).

[...] Eu acho assim: ninguém está aqui porque quer, a pessoa é obrigada a estar aqui e então ela está precisando passar por essa situação. Várias vezes eu já vim aqui passar pela reabilitação e às vezes eu estava fora fumando um cigarro e vinha a pessoa e falava: “qual é o teu problema, já que você está andando normal e não tem nada? [...] (U11).

[...] Eles (peritos) não trataram mal, mas a gente espera demais lá fora e dependendo das perguntas que eles fazem para a gente, parece que a gente está..., sabe quando você quer roubar alguém? É a sensação que passa, entendeu? Porque ninguém se machuca porque quer, pelo meu ponto de vista. Todas as vezes que eu me machuquei eu até voltei para a empresa trabalhar e nunca quis entrar por perícia, pelo INSS, até para não ter essa experiência, entendeu? De ter que passar por isso e olhar para a pessoa e a pessoa olhar pra você e falar assim, ou seja, na cabeça da pessoa passar assim: “eu acho que ela quebrou o dedinho...”, porque eu não quebrei o dedinho de propósito. Sabe, eu trabalho desde os sete anos, então eu já me machuquei muito no serviço, mas é a primeira perícia e espero que seja a última. Mas não fui mal atendida, só que fica essa impressão nas perguntas que eles fazem. [...] (U15).

A segunda circunstância que pode levar o usuário ao sentimento de desconsiderado no ato pericial é quando **recebendo pouca informação**, fruto do descuido do médico informá-lo ou esclarecê-lo sobre os procedimentos envolvidos na consulta pericial para a obtenção do benefício. Nesse contexto, o usuário pode deixar o consultório com dúvidas, incertezas e, portanto, inseguro quanto aos procedimentos necessários (Apêndice, Quadro 7), conforme relatos dos Usuários:

[...] Eu peguei esse papel aqui: comunicação de decisão, pedido de prorrogação de auxílio doença. Esse aqui tem que apresentar em algum lugar? Tem que levar onde? [...] (U1).

[...] O primeiro médico que me atendeu foi taxativo, só foi fazer a perícia normal, tudo, e entregou o papel sem dizer muita coisa. [...] (U9).

[...] É assim o atendimento: está até excelente, mas eu acho que deveríamos receber explicações mais detalhadas [...] (U13).

Notando falta de polidez é a terceira situação que leva o usuário a sentir-se desconsiderado pelo perito, mediante o relacionamento interpessoal incompatível com o esperado deste profissional. Decorre do não estabelecimento de uma comunicação efetiva e satisfatória, mas centrada no médico, sem que este deixe espaços para o usuário expressar suas dúvidas e sentimentos. Por essas razões, o usuário sai do consultório desconfortável e sem o esclarecimento que necessitaria sobre doença e benefício, julgando o profissional como inadequado para o exercício de seu papel (Apêndice, Quadro 8), como contam os Usuários:

[...] Quando você pergunta uma coisa, você logo é interrompido pelo perito. O mais difícil é ficar oito meses na cadeira de rodas, depois na muleta. Pegar o documento da carteira é fácil, mas quem tem o poder, pode tratar assim, mesmo eu tendo tudo nas mãos: documento e atestado médico. Eu pensei, mas não falei para o perito: o mais difícil é estar aqui com esta muleta. [...] A gente vai perguntar as coisas e ele corta e pergunta o que quer. Eu fiz perguntas e ele não me respondeu. Você é sempre tratado assim. [...] Eu falei: “não tenho condição de andar”. Ele respondeu: “não tem o que fazer”. Então, eu não tenho mais o que perguntar, pois ele é da área. Passo mais de um mês sem ir lá, sem ele me perguntar nada, mas se ele não

perguntar, como vou responder? Ele teria que perguntar, mas às vezes nem pergunta e a gente não tem liberdade de perguntar (U1).

[...] Eu notei que havia muita gente para ser atendida e a minha perícia foi realizada por dois médicos. Foi assim “pá puf”. Examinaram a cirurgia, tudo. Um olhou para mim e falou: “você irá receber no banco tal. Receberá uma cartinha do INSS e logo corra atrás”. Como diz o ditado: curto e grosso. Ah! Grosso não, assim vamos dizer: foi menos simpático [...] (U9).

[...] Não sei como é o sistema do INSS. Então eu acho assim: que eles deveriam ter um pouquinho mais de educação, um pouquinho mais de ética, de respeito pelo ser humano, porque isso é cidadania. Quer dizer: é um direito do cidadão, da pessoa ser tratada bem num órgão público. [...] (U11).

A quarta e última circunstância que arremete o usuário à condição de desconsiderado pelo perito é quando **não tendo validada a incapacidade prevista pelo médico assistente**. Geralmente, decorre da discordância de prazos sugeridos entre esses profissionais (Apêndice, Quadro 9), como relatam os Usuários:

[...] Na realidade, passava até em televisão pessoas querendo bater em médico. Daí vai muito da pessoa que vem fazer a perícia. É que demorava muito, às vezes a pessoa ficava esperando e o médico não dava o prazo que havia sido solicitado. Fazia com que as pessoas ficassem com raiva de estarem doentes e não terem a licença garantida pelo INSS [...] (U6).

[...] A gente já traz tudo certinho, tudo comprovado, traz os atestados. Tudo certinho e eles ainda duvidam da gente. [...] (U4).

Por fim, configura-se o terceiro e último subprocesso da experiência interacional usuário-ato pericial, quando o mesmo se coloca **refletindo sobre outros fatores intervenientes no ato pericial: Estado, perito e usuário**. Circunstância que considera outros fatores, além da sua incapacidade para o trabalho, contribuindo para o recebimento ou não do benefício. Neste momento, após a desconstrução da perícia idealizada, o usuário se depara com a perícia real, subjetiva e insuficiente para atender suas demandas. Percebe fatores relacionados ao sistema de saúde que não é eficaz e não resolve de maneira definitiva seu

problema. Reflete sobre custos excessivos da previdência com pessoas que não deveriam estar afastadas, além de sugerir que a previdência social tivesse outros meios de auxílio aos usuários e não somente o benefício financeiro. Esse subprocesso abarca as subcategorias: ***sentindo-se pouco apoiado pelo Estado, considerando o ato pericial subjetivo e percebendo falha de honestidade em usuários.***

Sentindo-se pouco apoiado pelo Estado emerge de experiências de usuários que passaram por consulta pericial sem ter suas dúvidas esclarecidas, desde a realização do exame, os critérios utilizados para concessão, os direitos, até o recebimento do resultado. Esse usuário conclui que, mesmo tendo sua perícia favorável para tratamento de sua doença, não tem seus problemas resolvidos, pois além da insegurança relacionada ao desemprego, após a cessação de sua incapacidade, o sistema de saúde é deficitário e não consegue tratar adequadamente os que necessitam (Apêndice, Quadro 10), conforme contam os Usuários:

[...] Não entendo sobre essa consulta que a gente passa. [...] Eu tenho dúvidas se depois da avaliação deste perito, passará por outros peritos ou outro lugar. [...] As empresas não pegam pessoas doentes para trabalhar. Elas querem a pessoa sã. Daí o patrão que dá o serviço quer saber sobre minhas condições para assumir atividades pesadas. Quer saber se fiz cirurgia e se tenho condições para tais. Como eu vou chegar à firma e contar a verdade ou que fiz cirurgia? Tem que explicar para o patrão e será que o patrão vai dar o trabalho para mim ou não? Caso não, eu ficarei de escanteio na firma [...] (U7).

[...] Eu não sei o que eu vou fazer. Vou conversar, pedir orientação no Ministério do Trabalho sobre o que dá para fazer para resolver a minha situação, porque o essencial mesmo, o principal não foi resolvido: a operação do meu joelho, que é pelo SUS e estou esperando a cirurgia há quatro anos. [...] A gente tem que entender que tudo é burocrático, cada coisa é uma coisa, mas que nem no caso meu, eu não operei, eu acho que ele não poderia ter me liberado, porque o INSS tinha que resolver o problema da minha operação, não por causa de benefício de dinheiro, de nada, é pela minha operação [...] (U10).

[...] Eu não sei se os peritos ganham para cortar ou prolongar os benefícios das pessoas, não sei como é o sistema do INSS. [...] Lógico que são muitos, são milhões de casos que o INSS

tem, mas podia ter um sistema ou alguma coisa para resolver, porque quando o governo quer fazer, faz. Podia fazer alguma coisa, como pôr uma assistente social que ajudasse nessa parte, que averiguasse melhor esses casos que são críticos, crônicos. Crônico é quando não sara e a pessoa tem aquilo pra sempre. Então, deveria analisar melhor esses casos para poder depois dar a avaliação sobre o que fazer, porque é complicado [...] (U11).

[...] Eu acho que as coisas têm que ser na hora da perícia, o perito tem que falar se a pessoa é ou não incapaz. É isso o que eu acho. [...] (U13).

Considerando o ato pericial subjetivo é o julgamento do usuário, mediante o desdobramento de sua experiência, quando o mesmo procura entender sobre o funcionamento e se o fato de não ter recebido o benefício, o perito seria o único responsável pelo desfecho. Neste momento, o usuário reflete e conclui que pode haver subjetividade, que o resultado depende também da opinião do perito sobre a incapacidade e sobre o usuário, não sendo fundamentado somente em dados objetivos ou seja por consensos. Sua suposição decorre da não uniformidade procedimental na operacionalização do ato pericial, uma vez que as consultas se desenvolvem diferentemente de perito para perito (Apêndice, Quadro 11), de acordo com os relatos dos Usuários:

[...] Eu acho que, às vezes, eles cortam o benefício da gente sem capacidade de trabalhar, por cortarem. Eu já fui cortada uma vez dessa maneira (U4).

[...] Eu acho que eles dão o benefício pela pessoa. Esta é a minha opinião. Não sei se é isso mesmo. A pessoa chega doente ou finge doente, não sei como explicar isso. O que acontece é que ele (o perito) dá preferência para quem não está doente e para quem está doente, ele nega o benefício. Chega fingindo de doente na frente da perícia e se chorar passa na frente. Acho que ele dá preferência para essa pessoa. Agora a pessoa humilde que chega com dor, o perito acha que não tem nada e tem condições de trabalho. Quem não está doente consegue. Quem está doente não consegue [...] (U7).

O último fator interveniente no ato pericial levantado pelo usuário está relacionado ao próprio caráter de quem procura a perícia. **Percebendo falha de honestidade em usuários** significa que o próprio usuário nota pessoas que

desejam o benefício sem preencher critérios para sua concessão. Além disso, considera possibilidade de simulações para o benefício concedido (Apêndice, Quadro 12), conforme os relatos dos Usuários:

[...] Eu acho que eles não deveriam perguntar tanto para as pessoas. Está certo que tem gente que quer aproveitar e não tem nada e quer o benefício. Agora acho que eu tinha que aposentar [...] (U4).

[...] Na realidade, passava até em televisão as pessoas querendo bater em médico. Vai muito da pessoa que vem fazer a perícia. [...] Tanta gente está confundindo as coisas. Acha que deve permanecer num período maior de licença, sendo que não tem necessidade, gerando certo custo para a previdência e o governo. Não tem como ficar mantendo uma pessoa que está, de acordo com a perícia médica, apta para trabalhar. Então essa pessoa precisa entender que encerrou, que ela está curada, que melhorou e precisa retornar ao trabalho [...] (U6).

[...] Às vezes a pessoa não tem nada, chega no perito e dá uma de doente. Tem outros que necessitam da ajuda do perito, do auxílio doença e não conseguem. [...] Chega fingindo de doente na frente da perícia e se chorar passa na frente (U7).

Mediante o realinhamento dos componentes que formaram os subprocessos, pode-se descobrir uma categoria designada central que os abarcam, constituindo então o processo da experiência, denominado: “movendo-se entre a frustração e a satisfação com a perícia: Estado, perito e usuário como intervenientes na legitimidade do incapaz” (Figura 1).

Ressalta-se que o modelo demonstrou-se capaz de abstrair os dados brutos. Desta forma, verificou-se tal diagrama (Figura 1) capaz de explicar a maioria dos dados e a experiência configurada, conforme uma das maneiras de validação recomendada por Strauss e Corbin.

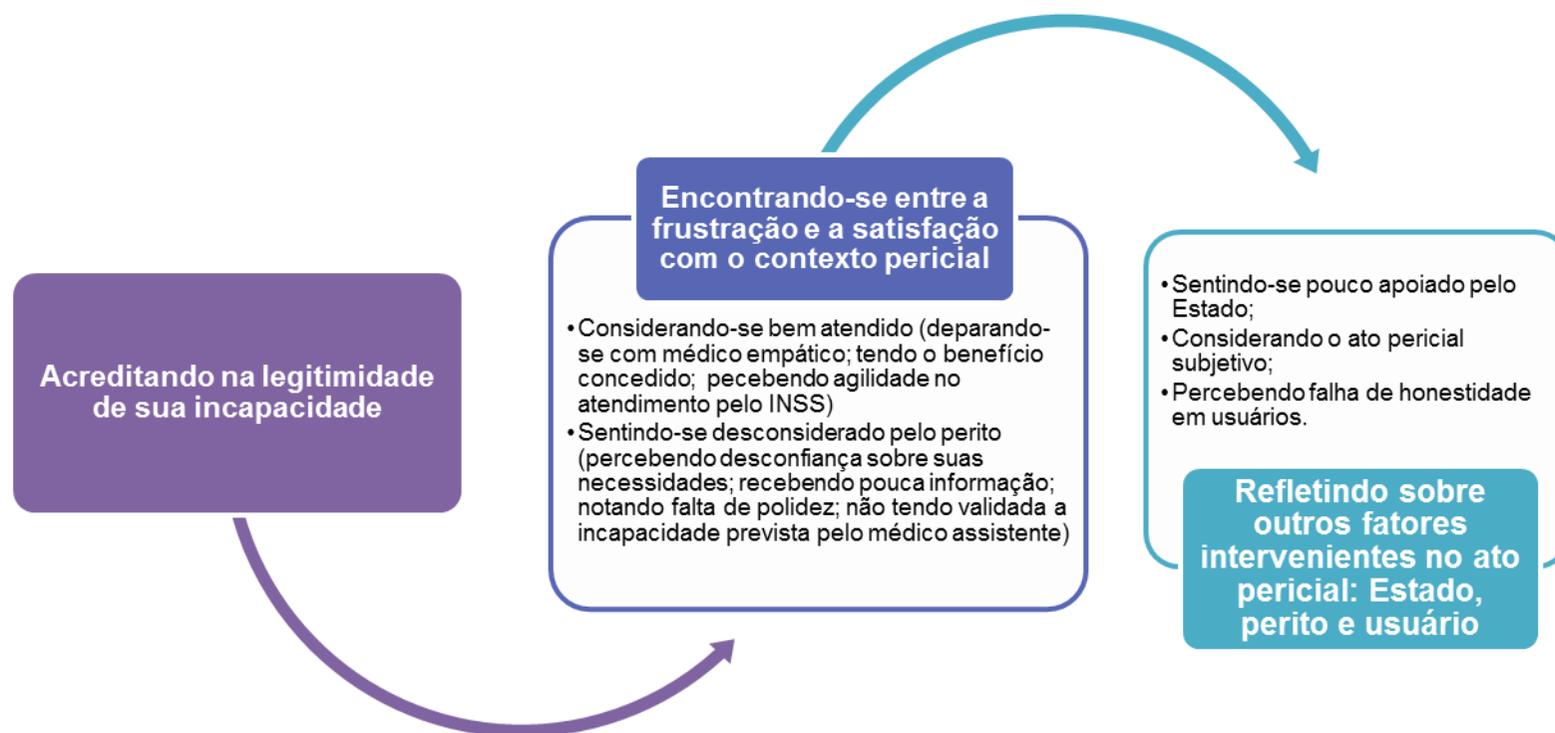


Figura 1 – Modelo teórico. Movendo-se entre a frustração e a satisfação com a perícia: Estado, perito e usuário como intervenientes na legitimidade do incapaz.

Discussão

5 DISCUSSÃO

Os resultados apresentados nesse estudo configuram a experiência do usuário com a perícia médica e o modelo teórico que a representa.

Analisando o movimento da vivência de usuários do INSS com o ato pericial abstraído no modelo teórico, “movendo-se entre a frustração e a satisfação com a perícia: Estado, perito e usuário como intervenientes na legitimidade do incapaz”, verificou-se o relacionamento interpessoal perito-usuário como um dos principais mediadores para impelir o usuário à frustração ou à satisfação.

A satisfação do usuário com o atendimento oferecido pelo INSS vai além da agilidade nos agendamentos e da obtenção do benefício, ocorrendo em razão do estabelecimento de uma relação empática com o perito.

Os símbolos que denotam um perito empático para o usuário são aqueles que o fazem sentir tratado com deferência durante os procedimentos periciais. Por meio de relação dialógica e polida estabelecida, contextualizada de entrevista e exame clínico para validação da incapacidade laboral, contudo aberta para orientações e esclarecimentos. Postura que confere confiança e segurança no periciado e, conseqüentemente, satisfação com o atendimento.

O profissional que adota atitudes contrárias às apresentadas, arremete o usuário a sentir-se desconsiderado e, conseqüentemente, frustrado com o ato pericial, reconhecendo o perito como barreira simbólica para a legitimação do incapaz e do direito de acesso ao benefício do INSS. Este símbolo configura-se quando o perito é interpretado com falta de polidez ao conduzir entrevista e exame clínico extensos do periciado, sem fornecer qualquer orientação ou esclarecimento sobre os procedimentos periciais. Ações que podem gerar desconfiança no usuário de que o perito possa estar duvidando da veracidade das provas apresentadas e, portanto de sua honestidade e caráter.

Severiano e Macêdo (2015) afirmam que:

Há muita reclamação dos sujeitos, quanto ao poder soberano do perito médico, ao se submeterem ao exame pericial para a constatação da incapacidade laborativa. Relataram a palavra humilhação e o desgaste emocional que ocasionam a piora no adoecer em razão do modo como são recepcionados e de como suas informações são postas em dúvida.

Essa desconfiança está fundamentada na própria vivência do usuário que sabe e conhece pessoas que se apresentam ao INSS à procura do benefício, mesmo sem preencherem os critérios para sua concessão, mesmo não sendo o seu caso.

Além disso, a falta de informações em relação ao ato pericial leva, muitas vezes, o usuário a sentir-se frustrado e desconsiderado pelo profissional que o atende. Um dos fatores que podem também justificar essa relação médico-usuário dificultada baseia-se no não entendimento da função do médico perito, uma vez que habitualmente o médico é visto como uma figura que deve escutar e ter um bom vínculo para que a adesão ao tratamento seja eficaz. Ademais, esse médico é escolhido livre e espontaneamente pelo próprio paciente.

Para o médico do setor assistencial, o diagnóstico deve gerar ações preventivas e definir o tratamento para a recuperação clínica. Para o médico perito, a implicação do diagnóstico é o recebimento de benefício do seguro social. Partem disso toda a dificuldade de entendimento do papel do perito e consequente possibilidade de sofrimento do usuário e conflitos.

No modelo teórico da experiência do médico perito, a expectativa gerada no usuário sobre o recebimento do benefício pelo médico assistente é fator de impotência no seu trabalho levando-o a vivenciar conflitos (OLIVEIRA, 2011).

Para o médico perito, “a relação médico-pericial fundamenta-se na desconfiança mútua, no compromisso com a verdade, com o parecer objetivo” (LISE et al., 2013). Até o sigilo médico não existe, uma vez que o perito deve fornecer informações à instituição que o contratou, o INSS. Outro aspecto complicador é o segurado acreditar e vincular o recebimento do benefício somente à figura do perito, quando há normas e questões administrativas relacionadas ao recebimento do benefício.

O perito considera o segurado despreparado para o processo da perícia e com suas próprias expectativas para o recebimento do benefício, sentindo-se impossibilitado de responder às expectativas do usuário. Nesse momento, o médico sente-se no fio da navalha, precisando decidir o resultado de uma perícia nessa situação difícil de possível conflito (OLIVEIRA, 2011).

Segundo o Interacionismo Simbólico, a mente é a ação, que usa símbolos e dirige esses símbolos em relação ao *self*. É o indivíduo tentando fazer algo, agir em seu mundo. É a comunicação ativa com o *self* por meio da manipulação de

símbolos. O mundo é transformado em um mundo de definições por causa da mente; a ação é resposta não a objetos, mas à interpretação ativa do indivíduo a esses objetos (CHARON, 2009).

Considerando o papel simbólico do perito, interpretado pelo usuário como barreira para a legitimidade de sua incapacidade, o sentimento de frustração despertado quando na interação durante a perícia, pode levar a conflitos. Segundo Myers (2014), a frustração gera raiva e estimula a agressividade por alguém que impede as realizações de suas expectativas, quando esse poderia ter escolhido agir de outra forma. O modelo teórico aqui descoberto sinaliza esse perito vulnerável à violência.

Esse modelo aponta outro símbolo fomentador de insatisfação com o ato pericial, quando o usuário o qualifica como subjetivo, ou seja, à medida que esse usuário vai se submetendo aos atos periciais, ele consegue comparar os procedimentos empregados por cada perito durante seu atendimento e julgá-los desprovidos de referencial norteador dessas avaliações.

Quando o usuário percebe falha de honestidade nos seus pares, fica evidente a percepção deste da existência da subjetividade no processo de decisão do médico perito. A possibilidade de conflito pode ser, inclusive, pensado como um fator norteador do resultado do ato pericial. Do processo de julgamento do perito para emissão de parecer conclusivo, “a reação do segurado diante da decisão pericial possa ser um componente do processo de decisão” (MELO; ASSUNÇÃO, 2003).

O segurado entende que com a existência da subjetividade, há diferentes resultados do ato pericial a depender do comportamento dos usuários durante a consulta, chegando a imaginar que os desonestos e que mentem ou exacerbam sintomas, tenderiam ao resultado favorável. Van Rijssen et al. (2009, 2010) salientam a necessidade de treinamento de habilidades de comunicação para minimizar influências indesejáveis de estereótipos em entrevistas de avaliação.

Este fato, arremete o usuário à insegurança com os processos decisórios relativos às avaliações, que por suas vezes não inspiram concretude, objetividade e imparcialidade, podendo transparecer decisões abstratas, tendenciosas e prejudiciais ao periciado. “Para agir e tomar decisão o perito se apropria da sua competência que é singular, dependente dos saberes, das vivências com a situação e com os valores atribuídos à posição” (MENDES; ECHTERNACHT, 2006). Há muito de uma tentativa de fazer justiça para análise e conclusão do julgamento pericial,

reconhecendo-se a existência da interpretação a partir de uma construção social vigente no médico perito (MELO; ASSUNÇÃO, 2003).

O perito precisa agrupar e analisar todos os elementos, desde os documentos às normas existentes e o exame físico para tornar possível emitir um parecer final. Nesse movimento, inevitavelmente, existiria a participação do elemento pessoal na interpretação dos dados (MELO; ASSUNÇÃO, 2003).

Sobre a subjetividade, Schellart et al. (2011) ressaltam que ainda que opiniões individuais dos peritos possam não ter grande impacto sobre variações nos resultados de avaliações de incapacidade, é necessária a formulação de diretrizes abrangentes que minimizariam ainda mais as discrepâncias entre os médicos.

Há tendência de reflexão sobre como está estruturado o trabalho do médico perito e se haveria alguma alternativa para que a avaliação da incapacidade acontecesse da maneira mais justa e adequada possível. Uma avaliação médica multidisciplinar inicial poderia estar mais relacionada à situação real do indivíduo após 2 anos de afastamento (LUNDH et al., 2014).

Ao se admitir a subjetividade do ato pericial, o segurado, aliado à falta de informação sobre os procedimentos e critérios envolvidos com o recebimento do benefício, conclui que o resultado depende da opinião do perito, não sendo as perícias uniformes e imparciais. Diretrizes e instrumentos de avaliação podem ser melhor elaborados e utilizados para tentar minimizar essa subjetividade. A análise da experiência do médico perito evidenciou que há tentativa constante de transformar esse trabalho em técnico e objetivo para evitar injustiça e manter imparcialidade (OLIVEIRA, 2011).

São queixas frequentes na Ouvidoria da Previdência Social o excesso de poder do perito, o perito não agindo como médico e o perito não ratificando laudo ou exame trazido pelo segurado (MELO, 2014). Este estudo, embora não configurasse um espaço específico para críticas, mostrou coerência com as queixas da ouvidoria.

Um terceiro símbolo, que também contribui para a frustração desse usuário, é a postura fragilizada de um Estado que deveria assumir o papel de apoio ao cidadão surpreendido pela incapacidade laboral. Esse apoio reduzido se dá tanto na obtenção do benefício, quanto no processo de reabilitação para o trabalho e para a vida.

Dessa forma, a necessidade do benefício e o desenrolar da perícia são também influenciados por questões trabalhistas, econômicas e de saúde de um

Estado que não cumpre sua função, levando à perícia médica ser o local onde questões mal amparadas ou não resolvidas aparecem, aumentando a expectativa do usuário em relação ao recebimento do benefício. Este último, se não resolve as questões deficitárias citadas, auxilia na manutenção financeira das necessidades básicas do usuário, tendo caráter de auxílio.

O próprio nome de um dos benefícios do INSS, que necessita da perícia médica para sua validação, não é apropriado. O auxílio-doença leva ao segurado que tem uma doença, acreditar que faz jus a essa renda, quando esta é devida somente se houver preenchimento dos critérios já descritos, decorrentes de incapacidade para a atividade laboral, além de critérios previdenciários, como carência do seguro e contribuições não deficitárias. A falta de informações do usuário e esse equívoco do Instituto são fatores geradores de frustração gerados pela falsa expectativa e aumenta possibilidade de conflitos, quando o perito visto como a única barreira para legitimidade de sua incapacidade, por serem os outros “obstáculos” não conhecidas pelo sujeito.

O Sistema de Saúde deficitário não só aumenta a procura por benefícios por incapacidade como aumenta custos para a Previdência. Seria necessário reduzir ao mínimo a duração da incapacidade através de diagnóstico e tratamento precoces. Já se sabe que expectativa relativa ao retorno ao trabalho parece alterar a duração do benefício. Isso mostra mais uma vez fatores intervenientes na perícia que não só os estritamente médicos (SOUZA; SANTANA, 2012).

Como medida para diminuir custos encurtando a duração dos benefícios e melhorar qualidade de vida do segurado, o Estado deveria instituir medidas que favorecessem a reabilitação profissional pelos empregadores (ALMEIDA; BARBOSA-BRANCO, 2011).

Com a realização desta pesquisa permite-se apontar algumas intervenções, a partir da governabilidade das Agências da Previdência Social, que possam minimizar, gradativamente, a vulnerabilidade de violência ao perito e de sofrimento ao usuário, como:

- promover educação continuada para médicos peritos sobre comunicação e, especificamente, relação interpessoal com usuários do INSS;
- oferecer orientações aos usuários sobre: o papel do INSS e de seus atores, os procedimentos a que serão submetidos, seus direitos e deveres.

Por fim, ressalta-se a necessidade de se rediscutir a perícia médica e o trabalho do médico perito que, da maneira como estão estruturados, favorecem a existência de conflitos, por ser a perícia a “porta de entrada” para o recebimento do benefício e estar sujeita à arbitrariedade pelas inúmeras variáveis existentes, desde a possibilidade de um conflito iminente até a falta de capacitação, podendo levar ao não reconhecimento de um direito legítimo do segurado incapaz.

Considerações Finais

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Antes de colocar meus sentimentos que afloram do término desta pesquisa, retorno à pergunta norteadora: “como tem sido a sua experiência com a perícia médica do INSS?” e reflito sobre os resultados.

Os objetivos inicialmente propostos foram alcançados, uma vez que a abordagem metodológica empregada possibilitou que se aprofundasse a compreensão da experiência do usuário com o ato pericial no INSS, assim como a construção de um modelo teórico que abstraísse o processo vivencial desse usuário, denominado: “movendo-se entre a frustração e a satisfação com a perícia: Estado, perito e usuário como intervenientes na legitimidade do incapaz”.

Por meio do modelo teórico e à luz do Interacionismo Simbólico, foi possível apreender os componentes intervenientes simbólicos que impeliram esse usuário à frustração com o ato pericial: perito como barreira simbólica para a legitimação do incapaz e do direito de acesso ao benefício do INSS; procedimentos subjetivos de avaliação do usuário; postura fragilizada do Estado que deveria assumir o papel de apoio ao cidadão surpreendido pela incapacidade laboral

Este estudo aponta às necessidades de se reavaliar a comunicação e, especificamente, o relacionamento médico perito–usuário durante o ato pericial, para minimizar a vulnerabilidade do perito à violência e do usuário ao sofrimento, assim como orientar esse usuário, quanto aos direitos, deveres e procedimentos envolvidos no ato pericial, para obtenção do benefício do INSS.

O modelo emerso neste estudo mostra que essas intervenções poderiam melhorar a relação do usuário com o INSS e com seus atores que lá atuam. Possibilita aos médicos peritos, ao INSS e ao Estado, uma melhor compreensão, a partir do significado dos próprios usuários, da experiência da perícia sob a luz do Interacionismo Simbólico. Ficam contribuições para todos os envolvidos na direção de repensar o modo como está funcionando esse processo.

Finalizando o estudo, percebo que sou uma perita mais solidária aos sentimentos dos segurados usuários da perícia médica. Se no mestrado, já fui tocada e bem afetada na minha atuação em relação à experiência do médico perito (que me inclui), este trabalho me proporcionou a possibilidade de compreender, através do modelo teórico, a experiência do usuário quando interage com este ator médico.

Se posso dizer que os resultados do estudo ajudaram na minha atuação, também digo que abalou meu modo de agir, deixou minha atividade um pouco mais “pesada”, por assim dizer. Fico muito mais afetada em cada interação com o segurado que vivencio e desejo fortemente que haja uma melhora significativa nas relações existentes na perícia. A técnica, a informação e a teoria são imprescindíveis, mas a compreensão e a humanidade também precisam ser aprimoradas. A receita para uma perícia com qualidade, não conflitante e compreensiva precisa ser construída com os atores envolvidos e nada mudará sem dificuldades. Porque, finalmente, as relações humanas, a beleza da mudança constante, da não possibilidade de enquadramentos, enfim, a subjetividade humana que permeia todas as relações e encontros é e existe para sempre.

Assim, dessa pesquisa ficam os desejos que os encontros sejam mais benéficos, que os usuários tenham mais informações, que haja mais respeito entre as partes envolvidas, que haja maior reconhecimento das necessidades genuínas e de todas as dificuldades. A perícia dificilmente será isenta de conflitos porque sempre haverá impossibilidade de atender a todas expectativas que não sejam baseadas em direitos e necessidades.

Reitero a sugestão de aprimorar a comunicação também com espaços para apoio dos usuários, haja visto que situações como desemprego, crise econômica ou doença possam levar indivíduos a vivências estressoras que aumentariam situações de embate e inconformismo com o papel do perito e do INSS.

Como o trabalho mostrou, situações relacionadas à fragilidade do Estado nas instâncias trabalhista, econômica, social e de saúde contribuem para aumento da expectativa do usuário e possibilidade de conflitos. Há que se estudar profundamente os fatores que influenciam a busca pelo benefício.

Finalizando, acredito que este trabalho possa contribuir com a diminuição de conflitos, com a reflexão sobre como está acontecendo a perícia e na reformulação de estratégias que visem melhorar a informação do usuário, a formação do médico perito e a relação perito-segurado.

Referências

REFERÊNCIAS

AGUDELO, S. F. La violencia: un problema de salud pública que se agrava en la región. **Bol. Epidemiol. OPAS**, v. 11, n. 2, p. 1-7, 1990. Disponível em: <<http://hist.library.paho.org/Spanish/EPID/8387.pdf>>. Acesso em: 20 mai. 2016.

ALMEIDA, E. H. R. Aspectos bioéticos da perícia médica previdenciária. **Rev. Bioet.**, v. 19, n. 1, p. 277-298, 2011.

ALMEIDA, P. C. A; BARBOSA-BRANCO, A. Acidentes de trabalho no Brasil: prevalência, duração e despesa previdenciária dos auxílios-doença. **Rev. Bras. Saúde ocup.**, v 36, n. 124, p. 195-207, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbso/v36n124/a03v36n124.pdf>>. Acesso em: 20 mai. 2016.

ANNER, J. et al. Evaluation of work disability and the international classification of functioning, disability and health: what to expect and what not. **BMC Public Health**, v. 12, p. 470, 2012. doi: 10.1186/1471-2458-12-470.

ANNER, J.; KUNZ, R.; BOER, W. D. Reporting about disability evaluation in European countries. **Disabil. Rehabil.**, v. 36, n. 10, p. 848-854, 2014. doi: 10.3109/09638288.2013.821180. Epub 2013 Aug 6.

BOCCHI JÚNIOR, H. **A prova do tempo de serviço para fins previdenciários**. São Paulo: Themis Livraria e Editora, 2003.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução n. 126, de 2005. Dispões sobre a realização de perícia médica e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado**, São Paulo, SP, 19 nov. 2005. Seção 1, p. 172.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. 27. ed. São Paulo: Saraiva, 1991.

BRASIL. Decreto 4682, de 24 de janeiro de 1923. Cria em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no país, uma Caixa de Aposentadorias e Pensões para os respectivos empregados, **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 24 jan. 1923. Seção 1, p.10859.

BRASIL. Decreto 77077, de 24 de janeiro de 1976. Expede a Consolidação das Leis da Previdência Social (CLPS), **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2 fev. 1976. Seção 1, p. 1.

BRASIL. Decreto 3668, de 22 de novembro de 2000. Altera o regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto nº 3.048, de 6 de maio 1999. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 23 nov. 2000. Seção 1, p. 1.

BRASIL. Lei 3807, de 26 de agosto de 1960. Dispõe sobre a Lei Orgânica da Previdência Social. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 5 set. 1960. Seção 1, p. 12157.

BRASIL. Lei 8029, de 12 de abril de 1990. Dispõe sobre a extinção e dissolução de entidades da administração pública federal, e dá outras providências, **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 13 abr. 1990. Seção 1, p. 7101.

BRASIL. Lei 10876, de 2 de junho de 2004. Cria a carreira de Perícia Médica da Previdência Social, dispõe sobre a remuneração da carreira de supervisor médico-pericial do quadro de pessoal do Instituto Nacional do Seguro Social - INSS e dá outras providências. **Diário oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 3 jun. 2004. Seção 1, p. 1.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. **Consolidação dos atos normativos sobre serviços previdenciários**. Brasília, 1996. v. 1, pt.1.

BRASIL. Ministério da Previdência Social - INSS. **Diretrizes de apoio à decisão médico-pericial**. Brasília, 2007.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. **Manual de perícia médica**. Brasília, 2006.

BRASIL. Tribunal de Contas da União – TCU. **TC n. 042.008/2012-3 – Plenário**. Disponível em: <www.tcu.gov.br/Consultas/Juris/Docs/judoc/Acord/.../AC_0743_12_15_P.doc>. Acesso em: 5 mar. 2016.

CHARON, J. M. **Symbolic interactionism**: an introduction, an interpretation, an integration. 10. ed. Boston: Pearson, 2009. 256 p.

CHENITZ, W. C.; SWANSON, J. M. **From practice to grounded theory: qualitative research in nursing**. California: AddisonWesley, 1986.

DE BOER, W. et al. Medico-legal reasoning in disability assessment: a focus group and validation study. **BMC Public Health**, v. 25, n. 8, p. 335, 2008. doi: 10.1186/1471-2458-8-335.

DE BOER, W. E.; RIJKENBERG, A. M.; DONCEEL, P. Guidelines for assessment of work disability: an international survey. **Gesundheitswesen**, v. 73, n. 6, p. e103-110, 2011. doi: 10.1055/s-0030-1249647. Epub 2010 May 21.

FARIAS, N.; BUCHALLA, C. M. A Classificação Internacional de Funcionalidade, incapacidade e saúde da Organização Mundial da Saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 8, n. 2, p. 187-193, 2005.

FERNANDES, F. C; CHEREN, A. J. Dano corporal e mensuração da incapacidade. **Rev. Bras. Med. Trab.**, v. 3, n. 2, 2005.

GIAMBIAGI, F.; CECHIN, J. O aumento das despesas do INSS com auxílio-doença. **Bol. Conjunt. IPEA**, n. 66, p. 81-90, 2004.

HOLLOWAY, I.; WHEELER, S. **Qualitative research in nursing and healthcare**. 3. ed. Oxford: Wiley-Blackwell, 2010.

LISE, M. L. Z. et al. Isenção e autonomia na perícia médica previdenciária no Brasil. **Rev. bioét.**, v. 21, p. 67-74, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/bioet/v21n1/a08v21n1.pdf>>. Acesso em: 3 abr. 2016.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 2008. 99 p.

LUNDH, G. et al. Associations between prognosed future work capacity among long-term sickness absentees and their actual work incapacity two years later. **Work**, v. 49, n. 2, p. 245-255, 2014. doi: 10.3233/WOR-131726.

MARTINS, H. H. T. S. Metodologia qualitativa de pesquisa. **Educ. Pesqui.**, v. 30, n. 2, p. 289-300, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ep/v30n2/v30n2a07.pdf>>. Acesso em: 5 mar. 2016.

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. Á. A decisão pericial no âmbito da Previdência Social. **Physis**, v. 13, n. 2, p. 105-127, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v13n2/a07v13n2.pdf>>. Acesso em: 5 mar. 2016.

MELO, M. P. P. Governo da população: relação médico-paciente na perícia médica da previdência social. **Interface**, v. 18, n. 48, p. 23-35, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v18n48/1807-5762-icse-18-48-0023.pdf>>. Acesso em: 20 mai. 2016.

MELO, M. P. P. Moralidade e risco na interface médico-paciente na perícia médica da Previdência Social. **Physis**, v. 24, n. 1, p. 49-66, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v24n1/0103-7331-physis-24-01-00049.pdf>>. Acesso em: 20 mai. 2016.

MENDES, D. P.; ECHTERNACHT, E. H. O. Donos do poder? Os limites e conflitos da atividade pericial frente ao estabelecimento de nexos no atual contexto da previdência social brasileira. **Rev. Gestão Ind.**, v. 2, n. 4, p. 87-98, 2006. Disponível em: <<http://www.idisa.org.br/img/File/artigo%20UFMG%20Producao%20AET%20da%20Pericia%20Medica%20INSS.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2016.

MORKEN, T.; JOHANSEN, I. H.; ALSAKER, K. Dealing with workplace violence in emergency primary health care: a focus group study. **BMC Fam. Pract.**, v. 16, p. 51, 2015. doi: 10.1186/s12875-015-0276-z.

MORKEN, T.; ALSAKER, K.; JOHANSEN, I. H. Emergency primary care personnel's perception of professional-patient interaction in aggressive incidents: a qualitative study. **BMC Fam. Pract.**, v. 17, n. 1, p. 54, 2016. doi: 10.1186/s12875-016-0454-7.

MYERS, D. M. Agressividade. In: _____. **Psicologia social**. 10. ed. Porto Alegre: AMGH Editora, 2014. p. 279 - 306.

OLIVEIRA, L. M. Entre a potência e a impotência do exercício profissional de médico perito no Instituto Nacional do Seguro Social (INSS): a importância do Estado como componente dilemático e paradoxal. Botucatu: UNESP, 2011. 94f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2011.

SANTANA, V. S. et al. Acidentes de trabalho: custos previdenciários e dias de trabalho perdidos. **Rev. Saúde Pública**, v. 40, n. 6, p. 1004-1012, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n6/07.pdf>>. Acesso em: 5 mar. 2016.

SCHELLART, A. J. et al. Inter-doctor variations in the assessment of functional incapacities by insurance physicians. **BMC Public Health**, v. 11, p. 864, 2011. doi: 10.1186/1471-2458-11-864.

SEVERIANO, E. M. O.; MACÊDO, A. C. Previdência Social: a saga entre trabalho e adoecimento. **Rev. Katálysis**, v. 18, n. 2, p. 172-181, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rk/v18n2/1414-4980-rk-18-02-00172.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2016.

SOKLARIDIS, S. The process of conducting qualitative grounded theory research for a doctoral thesis: Experiences and reflections. **Qual. Rep.**, v. 14, n. 4, p. 719-734, 2009.

SOUZA, N. S. S.; SANTANA, V. S. Fatores associados à duração dos benefícios por incapacidade: um estudo de coorte. **Rev. Saúde Pública**, v. 46, n. 3, p. 425-434, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n3/3493.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2016.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

TAVARES, M. L. **Direito previdenciário**. 14. ed. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2012.

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA. Faculdade de Medicina de Botucatu. Comitê de Ética em Pesquisa. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Botucatu: Tiponic, 1997.

VAN RIJSSEN, H. J. et al. A theoretical framework to describe communication processes during medical disability assessment interviews. **BMC Public Health**, v. 9, p. 375, 2009. Disponível em: <www.biomedcentral.com/1471-2458/9/375>. Acesso em: 14 abr. 2016.

VAN RIJSSEN, H. J. et al. Stereotyping of medical disability claimants' communication behaviour by physicians: towards more focused education for social insurance physicians. **BMC Public Health**, v. 10, p. 666, 2010. Disponível em: <<http://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-10-666>>. Acesso em: 14 abr. 2016.

WESTIN, R. Médico do INSS, uma profissão de risco. **O Estado de São Paulo**, São Paulo, 09 jul. 2006. Disponível em: <<http://www.estado.com.br/editorias/2006/07/09/ger-1.93.7.20060709.1.1.xml>>. Acesso em: 10 dez. 2008.

WRIGHT, L. M.; LEAHLEY, M. **Nurses and families: a guide to family assessment and intervention**. 6. ed. Philadelphia: F. A. Davis, 2012.

Apêndice

APÊNDICE

QUADROS DE CÓDIGOS

MOVENDO-SE ENTRE A FRUSTRAÇÃO E A SATISFAÇÃO COM A PERÍCIA: ESTADO, PERITO E USUÁRIO COMO INTERVENIENTES NA LEGITIMIDADE DO INCAPAZ

Quadro 2. Categoria A. Acreditando na legitimidade de sua incapacidade: códigos

- achando que deveria aposentar-se pelos problemas que tem (U4.2)
- considerando que não só o serviço, mas o itinerário deveria ser considerado na perícia (U4.2)
- considerando que a perícia deveria resolver (aposentar) casos como o dela (U4.2)
- considerando que quem passa na perícia não tem condições de trabalhar (U7.1)
- considerando que não tem condições de trabalhar porque foi operado de apendicite e recebeu durante meses, mas continua sentindo a cirurgia (U7.2)

Quadro 3. Categoria B. Deparando-se entre a frustração e a satisfação com o contexto pericial

Subcategoria B1. Considerando-se bem atendido

Elemento B1.1. Deparando-se com médico atencioso: códigos

- considerando a experiência muito boa porque foi bem atendido e a médica foi atenciosa (U2.1)
- considerando a experiência muito boa porque foi examinado (U2.1)
- considerando que perito responde o que lhe é perguntado e o que está passando com ele (U3.1)
- considerando que perguntam bastante e avaliam bem na perícia (U5.1)
- considerando que sua experiência foi boa porque o médico explicou como funciona e foi a primeira vez que passou em perícia (U8.1)
- considerando que foi bem esclarecido que existe o prazo do INSS dependendo da cirurgia (U8.1)
- sentindo-se bem esclarecida em relação ao tempo de licença por cada patologia (U8.1)
- sentindo-se bem esclarecida que poderá pedir nova licença se não estiver apta e será reavaliada (U8.1)
- considerando que na sua segunda experiência com a perícia foi melhor atendido por médica que explicou tudo em relação aos porquês da patologia, tempo de licença e que poderia ser prorrogado ou antecipado (U9.1)
- considerando médico perito da esposa excelente pois explicou sobre licença de outra patologia (U9.2)

Quadro 4. Elemento B2. Tendo o benefício concedido: códigos

- considerando que não tem problema passar pela perícia pois vêem sua situação de incapacidade (U3.1)
- considerando boa sua experiência com a perícia e receber o benefício por causa dela (U5.1)
- considerando que está bom por enquanto porque não teve nenhum pedido negado por seu caso ser mais grave (U14.1)
- considerando que não tem do que reclamar porque por enquanto deu tudo certo (U16.1)

Quadro 5. Elemento B3. Percebendo a agilidade no atendimento pelo INSS: códigos

- sentindo-se tranquilo pela rapidez para se cuidar e se tratar (U6.1)
- considerando que foi bem tratado e que foi rápido, tendo elogiado o médico pela rapidez de funcionamento de quando passa na perícia e recebe o resultado no mesmo dia (U6.1)
- acreditando que a tecnologia agilizou o processo de perícia, marcar por telefone e internet (U6.2)
- considerando interessante o fato de a perícia estar marcada por horário e não ter muita fila de espera (U12.1)

Quadro 6. Subcategoria B2. Sentindo-se desconsiderado pelo perito**Elemento B2.1. Percebendo desconfiança sobre suas necessidades: códigos**

- considerando que o perito exige muitos documentos (RG, atestados) (U1.1)
- considerando que os peritos fazem muitas perguntas (U4.1)
- considerando que os peritos duvidam e querem ver a cicatriz (U4.1)
- contando que tem dias em que vai na reabilitação e algumas pessoas perguntam se tem algum problema porque está andando (U11.1)
- considerando que ninguém passa em perícia porque quer, mas porque é obrigado pela situação (U11.1)
- considerando que não é mal tratada, mas espera demais, e tem a sensação de parecer que quer roubar pelas perguntas do perito (U15.1)
- considerando que ninguém se machuca porque quer (U15.1)
- considerando que o perito deve pensar que quebrou o dedinho de propósito (U15.1)
- considerando que não foi mal atendida mas sentiu desconfiança pelas perguntas que peritos fazem (U15.1)

Quadro 7. Elemento B2.2. Recebendo pouca informação: códigos

- não sabendo onde precisa levar a comunicação da decisão da perícia (U1.2)
- considerando que na sua primeira experiência com a perícia, o médico foi taxativo e não disse muita coisa mesmo concedendo o benefício (U9.1)
- considerando que o atendimento deveria ser mais simples e a explicação mais detalhada (U13.1)

Quadro 8. Elemento B2.3. Notando falta de polidez: códigos

- considerando que o médico perito não responde o que ele pergunta, sempre se sente “cortado” pelo médico (U1.1)
- sentindo-se mal tratado pelo médico porque ele não pergunta o que está sentindo (U1.1)
- sentindo-se sem abertura para perguntar sobre seu problema (U1.2)
- sentindo-se não ouvido pelo médico quando fala que não tem condições de andar ainda (U1.2)
- contando que não sabe onde precisa levar a comunicação de decisão porque às vezes precisa perguntar para saber como funciona (U1.3)
- considerando que não tem liberdade para perguntar sem ser cortado (U1.3)
- considerando que “quem tem o poder, pode” não deixar perguntar (U1.3)
- considerando que a primeira perícia que passou, médico foi curto e grosso mesmo dando o benefício (U9.2)
- considerando que os peritos deveriam ter mais educação, ética e respeito, porque é direito do cidadão ser bem tratado em órgão público (U11.1)

Quadro 9. Elemento B2.4. Não tendo validada a incapacidade dada pelo médico assistente: códigos

- considerando que ouvia falar na televisão de médico discordando em relação à quantidade de afastamento (U6.1)
- considerando que pessoas ficavam com raiva porque perícia demorava muito e o médico não dava o prazo solicitado (U6.2)

Quadro 10. Categoria C. Refletindo sobre os fatores intervenientes no ato pericial: Estado, perito e usuário**Subcategoria C1. Sentindo-se pouco apoiado pelo Estado: códigos**

- não entendendo como funciona a perícia (U7.1)
- querendo entender se são os próprios peritos que dão benefício para as pessoas (U7.1)
- considerando que a firma não pega pessoa doente para trabalhar e se contar a verdade que fez cirurgia fica de escanteio na firma (U7.2)
- explicando que não tem serviço para ele, apesar da reabilitação e tem estabilidade de um ano na empresa por causa da CAT mas a empresa não tem serviço para ele nem vai pagar um ano de estabilidade, precisando ir atrás dos seus direitos (U10.2)
- explicando que foi considerado reabilitado pela assistente social mas seu problema não foi resolvido pois seu joelho ainda não foi operado (U10.2)
- explicando que aguarda cirurgia pelo SUS há quatro anos (U10.4)
- considerando que mesmo reabilitado, não consegue ficar em pé como vigilante e que somente um “procedimento” do governo não é suficiente (U10.5)
- considerando que o INSS deveria resolver o seu problema da necessidade de cirurgia, não só do benefício (U10.5)
- sentindo-se preocupado porque se o outro joelho piorar, vai precisar entrar “tudo de novo” no INSS (U10.6)

- considerando que o dinheiro não resolve o problema, mas é bem mais rápido e mais cômodo (U10.6)
- não sabendo se os médicos peritos ganham para cortar os benefícios (U11.1)
- considerando que o governo e o INSS poderiam arranjar um meio de analisar melhor os casos que não resolvem, os casos crônicos (U11.2)
- considerando que o benefício não resolve mas ajuda a comprar remédios (U13.1)
- achando que o atendimento do perito não depende dele (U13.1)
- considerando que o resultado deveria ser dado na hora da perícia (U13.2)

Quadro 11. Subcategoria C2. Considerando o ato pericial subjetivo: códigos

- achando que às vezes cortam pessoas sem capacidade de trabalhar (U4.1)
- considerando que cada caso é um caso, mas no seu caso foi bem atendido (U6.1)
- achando que a perícia depende da pessoa pois no seu caso, preferiria estar trabalhando (U6.2)
- contando que foi “cortado” o seu benefício e queria entender se foi o próprio perito que cessou (U7.1)
- considerando que cada caso é um caso (U11.1)
- considerando que os peritos trabalham com todo tipo de pessoa, mas conversando já sabe (U13.5)

Quadro 12. Subcategoria C3. Percebendo falha de honestidade em usuários: códigos

- considerando que existem pessoas que querem aproveitar e não é seu caso (U4.2)
- ressaltando que na televisão, ouvia que as pessoas queriam bater em médico e que “vai da pessoa” que passa pela perícia (U6.1)
- considerando que a pessoa que é considerada apta precisa entender que está curada, que melhorou (U6.2)
- considerando que tem pessoas que simulam doença e outras não conseguem (U7.1)
- considerando que os peritos dão benefício “pela pessoa”, se finge doente, dão preferência para quem não está doente e negam quem está (U7.2)

Anexos

ANEXOS

Anexo 1 – Aprovação pelo CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Compreendendo a experiência interacional médico-periciado na avaliação de incapacidade, realizada em agências do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) do interior paulista. Subprojeto I: Entre a potência e a impotência do exercício profissional de médico perito no Instituto Nacional de Seguro Social (INSS): A importância do Estado como componente dilemático e paradoxal, que resultou na Dissertação de Mestrado (já constante do Sistema). Subprojeto II: A experiência do usuário da perícia médica do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), que foi conduzido por Luciana Montes de Oliveira, com orientação da Profª Drª Silvia Cristina Mangini Bocchi, que será a Tese de Doutorado.

Pesquisador: Luciana Montes de Oliveira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 55944316.2.0000.5411

Instituição Proponente: Departamento de Saúde Pública

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.550.095

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto cadastrado no sistema como "Anterior à Plataforma Brasil" e aprovado em sua íntegra em 01/12/2008.

Como foi exemplificado no Parecer nº 1.539.107 o Projeto em papéis que foi aprovado pelo CEP em 2008, sofreu algumas alterações tendo sido dividido em 02 partes. A primeira parte do estudo gerou o trabalho de Mestrado da aluna em questão cujo título ficou denominado:

Subprojeto I: Entre a potência e a impotência do exercício profissional de médico perito no Instituto Nacional de Seguro Social (INSS): A importância do Estado como componente dilemático e paradoxal.

Conforme ofício postado nno Sistema Plataforma Brasil datado de 11/05/2016, o estudo

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

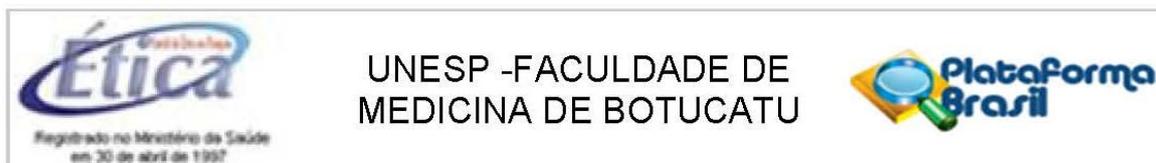
UF: SP

Município: BOTUCATU

CEP: 18.618-970

Telefone: (14)3880-1608

E-mail: capellup@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 1.550.095

inicialmente proposto foi desenvolvido integralmente, mas foi utilizada apenas a sua primeira fase para a defesa de Mestrado, ficando a 2ª fase do trabalho para realização da Tese de Doutorado, cuja título denomina-se: Subprojeto II: "A experiência do usuário da perícia médica do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS)".

Na mesma oportunidade os pesquisadores enviam o "Relatório Final de Atividades" referentes ao Subprojeto I, o qual também já havia sido analisado e aprovado por este colegiado em 11/03/2011.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário do Subprojeto II:

Compreender a experiência do usuário do serviço de perícia médica do INSS e elaborar um modelo teórico representativo dessa experiência.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Não se aplica.

Benefícios: Não se aplica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa já aprovada em 2008, e que fora totalmente desenvolvida nos moldes aprovado por este CEP.

Na época em questão apenas os pesquisadores não documentaram a Divisão do trabalho. Diante disso foi submetido o Projeto via Plataforma Brasil, para que dessa forma fosse possível documentar todas as fases da Pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Nessa 2ª fase da pesquisa foi solicitado pelos pesquisadores a dispensa de aplicação de TCLE, uma vez que o mesmo já fora aplicado por ocasião por projeto inicialmente proposto.

Essa solicitação é perfeitamente aceitável.

Recomendações:

Haja vista que o Relatório Final de Atividades do Sub-Projeto I já foi entregue e aprovado pelo CEP,

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

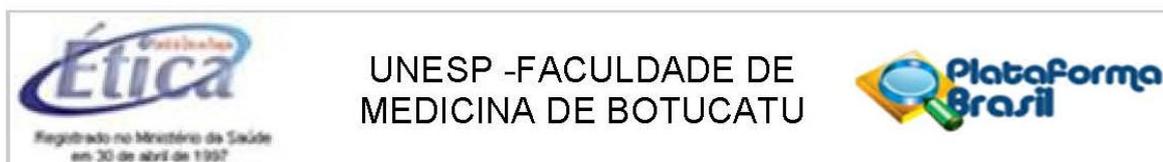
CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1608

E-mail: capellup@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 1.550.095

recomendamos que seja elaborado o Relatório Final de Atividades do Subprojeto II, tão logo a interessada defenda seu Doutorado.

Esse documento deve ser enviado no sistema da Plataforma Brasil através de notificação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sugiro aprovação da divisão do Projeto Maior: "Compreendendo a experiência interacional médico-periciado na avaliação de incapacidade, realizada em agências do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) do interior paulista" em:

Sub-Projeto I: Entre a potência e a impotência do exercício profissional de médico perito no Instituto Nacional de Seguro Social (INSS): A importância do Estado como componente dilemático e paradoxal (mestrado de Luciana Montes de Oliveira, orientada pela Profª Drª Silvia Cristina Mangini Bocchi).

Subprojeto II: "A experiência do usuário da perícia médica do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS)" (Doutorado de Luciana Montes de Oliveira, orientada pela Profª Drª Silvia Cristina Mangini Bocchi).

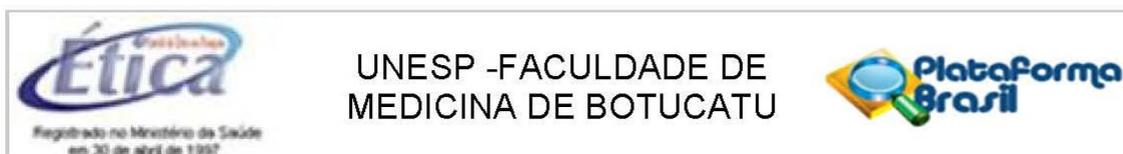
Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP em reunião EXTRAORDINÁRIA de 17 de maio de 2.016 APROVOU divisão do Projeto Maior: "Compreendendo a experiência interacional médico-periciado na avaliação de incapacidade, realizada em agências do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) do interior paulista" (aprovado pelo CEP em 2008) em:

Sub-Projeto I: Entre a potência e a impotência do exercício profissional de médico perito no Instituto Nacional de Seguro Social (INSS): A importância do Estado como componente dilemático e paradoxal (mestrado de Luciana Montes de Oliveira, orientada pela Profª Drª Silvia Cristina Mangini Bocchi) já defendido e também já enviado o Relatório Final de Atividades.

Subprojeto II: "A experiência do usuário da perícia médica do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS)" (Doutorado de Luciana Montes de Oliveira, orientada pela Profª Drª Silvia Cristina Mangini Bocchi).

Endereço: Chácara Butignolli, s/n	CEP: 18.618-970
Bairro: Rubião Junior	
UF: SP	Município: BOTUCATU
Telefone: (14)3880-1608	E-mail: capellup@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 1.550.095

O CEP, no entanto, solicita aos pesquisadores que após a defesa de tese da aluna em questão, seja enviado para análise o respectivo "Relatório Final de Atividades do Sub-Projeto II", o qual deverá ser enviado via Plataforma Brasil na forma de "NOTIFICAÇÃO".

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_716713 E1.pdf	12/05/2016 10:35:38		Aceito
Parecer Anterior	Parecer.pdf	12/05/2016 10:30:34	Luciana Montes de Oliveira	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_subprojeto_2.pdf	12/05/2016 10:24:39	Luciana Montes de Oliveira	Aceito
Outros	relatorio_final_de_atividades_mestrado.doc	11/05/2016 22:44:31	Luciana Montes de Oliveira	Aceito
Outros	Oficio_para_encaminhamento_da_emen da.pdf	11/05/2016 22:13:29	Luciana Montes de Oliveira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_do_doutorado.pdf	11/05/2016 22:00:37	Luciana Montes de Oliveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Medico_e_TCLE_Periciado.pdf	09/05/2016 21:51:51	Luciana Montes de Oliveira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BOTUCATU, 18 de Maio de 2016

Assinado por:
SILVANA ANDREA MOLINA LIMA
 (Coordenador)

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

UF: SP

Município: BOTUCATU

CEP: 18.618-970

Telefone: (14)3880-1608

E-mail: capellup@fmb.unesp.br

Anexo 2 – Autorização da gerência do INSS para realização da pesquisa**TERMO DE AUTORIZAÇÃO**

Solicito à Instituição Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) – Gerência Bauru **AUTORIZAÇÃO** para realização da pesquisa intitulada "Compreendendo a experiência interacional médico perito-periciado na avaliação de incapacidade realizada em agências da Previdência Social do interior paulista", sob responsabilidade da pesquisadora Luciana Montes de Oliveira, pertencente à instituição Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) e Universidade Estadual Paulista (UNESP), devendo comprometer-se em seguir as normas e rotinas do serviço, zelar e não alterar a organização dos documentos. Haverá, também, o compromisso da confidencialidade dos sujeitos da pesquisa, e os dados obtidos, só serão divulgados em reuniões e publicações científicas.

Luciana Montes de Oliveira

Orientadora: Prof. Dra. Sílvia Cristina Mangini Bocchi

Botucatu, 07 de outubro de 2008.

Autorização com nome legível, assinatura e carimbo do diretor da instituição ou responsável pelo setor:

Josué Lopes Moreira Filho
Gerente-Executivo INSS/BAURU
SIAPE 0942603Botucatu, 08 de outubro de 2008.

Anexo 3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de Participação em Pesquisa



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"



Departamento de Saúde Pública
Botucatu – São Paulo – (14) 3811-6200/6352 ou Fax (14) 3882-3309

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

Eu, _____ periciado (a), portador(a) do RG nº _____, domiciliado(a) na cidade de _____, concordo em participar da pesquisa intitulada "COMPREENDENDO A EXPERIÊNCIA INTERACIONAL MÉDICO-PERICIADO NA AVALIAÇÃO DE INCAPACIDADE, REALIZADA EM AGÊNCIAS DO INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDADE SOCIAL (INSS) DO INTERIOR PAULISTA"

Declaro que:

1. estou de acordo que meu depoimento seja gravado, desde que guardado o anonimato, bem como o sigilo do depoimento, relativo a minha experiência com o processo pericial de incapacidade, realizado no INSS.
2. estou ciente que a pesquisadora deste estudo se compromete a destruir, depois de transcritas, as entrevistas áudio gravadas.
3. estou sendo informado(a) de que este estudo tem por objetivo, compreender a experiência pericial sob o ponto de vista médico e de pessoas periciadas;
4. foi esclarecido que a pesquisa poderá ajudar a dar sugestões ao INSS sobre o processo pericial realizado na Instituição;
5. estou ciente da liberdade que terei de pedir mais esclarecimentos, bem como de não participar desta pesquisa, ou de desistir em qualquer momento, sem nenhum prejuízo a minha pessoa.

Botucatu, ___ de _____ de 2008.

entrevistado (a)

*Dra. Luciana M. de Oliveira
CRM

**Profa. Dra. Silvia Cristina Mangini Bocchi
orientadora

Endereço para contato:

*Departamento de Saúde Coletiva da F.M.B.-UNESP – tel (14) 38116200 – e-mail: lucianamontes@hotmail.com

**Departamento de Enfermagem da F.M.B.-UNESP – tel (14) 38116004 – e mail : sbocchi@fmb.unesp.br