UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU

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

LUCIANA MONTES DE OLIVEIRA

BOTUCATU – SP
2011

LUCIANA MONTES DE OLIVEIRA

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

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Botucatu - Área de concentração Saúde Pública - Universidade Estadual Paulista UNESP para a obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Profª. Dra. Silvia Cristina Mangini Bocchi

Co-orientadora: Profª. Dra. Regina Stella Spagnuolo

BOTUCATU – SP
2011

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO DE AQUIS. E TRAT. DA INFORMAÇÃO
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: *ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE*

Oliveira, Luciana Montes.
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 / Luciana Montes de Oliveira. – Botucatu, 2011

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2011
Orientador: Silvia Cristina Mangini Bocchi
Co-orientador: Regina Stella Spagnuolo
Capes: 40600009

1. Saúde coletiva. 2. Medicina do trabalho. 3. Previdência Social.

Palavras-chave: Dinâmica não linear, Medicina do trabalho, Pesquisa qualitativa, Previdência Social.

LUCIANA MONTES DE OLIVEIRA

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

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Botucatu - Área de concentração Saúde Pública - Universidade Estadual Paulista UNESP para a obtenção do título de Mestre.

COMISSÃO EXAMINADORA

_____

Profª. Dra. Regina Stella Spagnuolo

Instituição: Universidade Estadual Paulista

_____

Prof. Dr. Ivan Amaral Guerrini

Instituição: Universidade Estadual Paulista

_____

Prof. Dr. Gilberto Luppi dos Anjos

Instituição: Faculdade de Medicina de Jundiaí

DEDICATÓRIA

Aos meus pais Flávio e Isabel...

Que me presentearam com o amor incondicional...

Com o carinho...

E com a vida...

AGRADECIMENTOS

*À minha única e linda irmã **Heloisa**, minha melhor amiga, que mesmo morando longe, permanece presente, apoiando e "cuidando" dos nossos pais amados...*

*À minha querida professora **Silvia Bocchi**, que se tornou minha grande amiga, pela doçura, pela confiança, pelo exemplo, pelo respeito... que essa amizade continue porque parece que sempre existiu... não encontro palavras que exprimam meu sincero agradecimento e tudo o que sinto...*

*À minha querida amiga **Regina Stella**, que se tornou também minha grande professora, que gentilmente aceitou colaborar para que este trabalho ficasse pronto... agradeço pela oportunidade de tantas conversas "complexas"... pelo carinho e pela confiança...*

*Aos meus **amigos** que são minha família em Botucatu, pela constante "troca" e pelo companheirismo. Sou muito feliz por todos existirem, são mais de cem... todos dividindo suas "letras", misturando, para compor uma linda música complexa sem fim...*

*A **Cecília**, **Aline** e **Beatriz**, por brincarem comigo, permitindo que eu continue criança...*

*À minha cachorrinha **Pan**, por aceitar dividir e transformar minha casa em lar e pelo carinho...*

*Às **borboletas**, minhas sábias "irmãs"...*

*À **música**, por tudo...*

*Ao **Marcos**, por existir e me impulsionar a ter contato com uma nova visão de mundo e com a complexidade...*

*Ao **INSS**, pela autorização para realização das entrevistas para o estudo...*

*Ao **Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu**, especialmente à Professora Eliana Cyrino, pela confiança...*

*A todos os **médicos peritos** que gentilmente aceitaram participar da pesquisa...*

*Aos professores **Ivan Guerrini** e **Maria Dionísia**, pelas valiosas 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 e à equipe da Pós-Graduação...

EPÍGRAFE

"Você deve ser a própria mudança que deseja ver no mundo"

Mahatma Gandhi

"Nada é permanente, salvo a mudança"

Heráclito

RESUMO

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. 2011. p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Botucatu, 2011.

RESUMO

O estudo foi realizado com médicos peritos do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) de agências da Previdência Social (APS) do interior paulista. Trata-se de uma pesquisa qualitativa que teve como objetivos: compreender a experiência de trabalho do médico perito no INSS e elaborar um modelo teórico representativo dessa experiência. Foi utilizado como referencial teórico a Teoria da Complexidade e como referencial metodológico a *Grounded Theory*. A obtenção dos dados foi por meio de entrevista aberta, gravada e transcrita na íntegra com 10 médicos peritos do INSS. Dos resultados, emergiram dois fenômenos: "encontrando-se como médico perito" e "sentindo-se no fio da navalha: entre expectativas e conflitos". Da análise da experiência do grupo de médicos peritos, emergiu a categoria central: ENTRE A POTÊNCIA E A IMPOTÊNCIA DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DE MÉDICO PERITO NO INSS: A IMPORTÂNCIA DO ESTADO COMO COMPONENTE DILEMÁTICO E PARADOXAL. O modelo teórico evidencia o processo que leva o médico perito a sentir-se capacitado para o exercício da profissão com auxílio do Estado, sob a forma de capacitação pelo INSS. A falta de apoio social, a desorganização do Estado para assistir o trabalhador, o despreparo do cidadão em relação aos seus direitos e deveres no INSS e a insegurança que sente no seu trabalho, fazem o perito sentir-se impotente e cobrado pelo Estado que, ao mesmo tempo que prepara o perito, não contribui de forma satisfatória para que seu trabalho seja executado de forma mais apropriada. A visão da Teoria da Complexidade apóia novas práticas mais criativas e sistêmicas, fortalecendo as relações entre os órgãos do Estado e que quanto mais fortes, mais apoio surgirá delas. Mostra a necessidade de desconstrução do modelo cartesiano da atividade de trabalho do médico perito em que há pouca ou nenhuma interação com outros sistemas, órgãos e fatores relacionados ou não ao Estado, para que novos meios de enfrentamento dos desafios surjam a partir do fortalecimento de todos os envolvidos.

Palavras-chave: medicina do trabalho, previdência social, dinâmica não-linear, pesquisa qualitativa.

ABSTRACT

OLIVEIRA, L. M. **Between the power and the powerlessness of specialist doctor´s professional practice at National Institute of Social Security (INSS):** the importance of the State as dilemmatic and paradoxal. 2011. p. Dissertation (Masters in Public Health) – Botucatu School of Medicine, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Botucatu, 2011.

ABSTRACT

The study was conducted with the participation of specialist doctors of the National Institute of Social Security (INSS) and Social Welfare Agencies (APS) in São Paulo state. It is a qualitative study aiming at: understanding the experience of specialist doctors' work at INSS and design a representative theoretical model of such experience. The Theory of Complexity was used as the theoretical framework, and the G*rounded Theory* as the methodological framework. Data were collected by means of open interviews with 10 INSS specialist doctors. The interviews were recorded and then fully transcribed. Two phenomena emerged from the results: "finding oneself as a specialist doctor" and "feeling on the razor's edge: between expectations and conflicts". From the analysis of the specialist doctors' experience there emerged the core category: BETWEEN THE POWER AND THE POWERLESSNESS OF SPECIALIST DOCTOR'S PROFESSIONAL PRACTICE AT INSS: THE IMPORTANCE OF STATE AS DILEMMATIC AND PARADOXAL. The theoretical model shows the process that leads specialist doctors to feel qualified for professional practice with help from the State, under the qualification standards by INSS. The lack of social support, the State's disorganization to assist workers, citizens' unpreparedness in relation to their rights and duties at INSS and the insecurity felt at work make specialist doctors feel powerless and mandated by the State which, while training specialist doctors, does not satisfactorily contribute to the appropriate performance of their work. The view of the Theory of Complexity supports new, more creative and systemic practices, thus strengthening the relationship among State agencies. The stronger such relationships, the more support will arise from them. It also shows the need to deconstruct the Cartesian model for the specialist doctor's activity, in which there is little or no interaction with other systems, agencies and State-related or unrelated factors so that new forms of coping with challenges can arise from the strengthening of all parties involved.

Key words: labor medicine, social welfare, non-linear dynamics, qualitative research.

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Código alfanumérico 47

Figura 2 – Categoria central. Entre a potência e a impotência do exercício profissional de médico perito no INSS: a importância do Estado como componente dilemático e paradoxal..... 64

Figura 3 – O trabalho do médico como um sistema complexo: atratores 72

LISTA DE DIAGRAMAS

LISTA DE DIAGRAMAS

Diagrama 1 – Fenômeno A. Encontrando-se como médico perito: temas 48

Diagrama 2 – Fenômeno B. Sentindo-se no fio da navalha: entre expectativas e conflitos: temas 52

Diagrama 3 – Tema B.1. Vivenciando as expectativas entre o médico perito, o segurado e o INSS: categorias 52

Diagrama 4 – Categoria B.1.3. Deparando-se com as expectativas do trabalho como médico perito em relação à subjetividade do ato médico: subcategorias 54

Diagrama 5 – Tema B.2. Experienciando o conflito no processo de trabalho: categorias 56

Diagrama 6 – Categoria B.2.1. Vivenciando o conflito com o segurado sob o ponto de vista do perito: subcategorias 57

Diagrama 7 – Categoria B.2.2. Deparando-se com a falta de segurança e apoio pelo INSS: subcategorias 60

Diagrama 8 – Categoria B.2.3. Identificando fatores intervenientes na perícia: subcategorias 61

LISTA DE QUADROS

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Exemplo de codificação aberta dos dados 43

Quadro 2 – Exemplo de categorização dos dados..... 44

Quadro 3 – Tema A.1.1. Chegando sem experiência no INSS 83

Quadro 4 – Tema A.2. Sendo capacitado pelo INSS para trabalhar na perícia..... 83

Quadro 5 – Tema A.3. Contando com o tempo para adquirir experiência..... 83

Quadro 6 – Tema A.4. Passando a desempenhar prazerosamente o papel de perito..... 84

Quadro 7 – Tema A.5. Exercendo a atividade de médico perito 84

Quadro 8 – Tema B.1. Vivenciando as expectativas entre o médico perito, o segurado e o INSS 85

Quadro 9 – Tema B.2. Experienciando o conflito no processo de trabalho..... 87

SUMÁRIO

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO 24
1.1 Escolhendo o motivo de atenção da pesquisa 25
1.2 Introduzindo o tema alvo da pesquisa 25
1.2.1 Sobre a Seguridade Social 25
1.2.2 Sobre a Perícia Médica 27
1.2.3 Sobre o conflito da atividade pericial 29

CAPÍTULO 2 – OBJETIVOS DA PESQUISA 31

CAPÍTULO 3 – TRAJETÓRIA METODOLÓGICA 33
3.1 Optando pela metodologia qualitativa 34
3.2 Atores participantes 35
3.3 Estratégias para coleta de dados 36
3.3.1 Considerações éticas 38
3.4 Descrevendo os fundamentos teóricos 38
3.4.1 Usando a Teoria da Complexidade 38
3.4.2 Optando pela Teoria Fundamentada em Dados - *Grounded Theory* 41
3.5 Analisando os dados 43

CAPÍTULO 4 – RESULTADOS: EXPERIÊNCIA DE TRABALHO DO MÉDICO PERITO E O MODELO TEÓRICO 46
4.1 A experiência de trabalho do médico perito no INSS 48
4.1.1 Os fenômenos identificados 48
4.1.1.1 Fenômeno A 48
4.1.1.2 Fenômeno B 51
4.2 Descobrindo a categoria central 62

CAPÍTULO 5 – DISCUSSÃO 65

CAPÍTULO 6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS 73

REFERÊNCIAS.....77

APÊNDICE – QUADROS DE CÓDIGOS.....82

ANEXOS 91

Anexo 1 Consentimento livre e esclarecido de participação em pesquisa 92

Anexo 2 Aprovação do Comitê de Ética 93

Anexo 3 Alteração da mudança no título inicial do projeto de pesquisa.....94

Anexo 4 Alteração de título para a dissertação 95

CAPÍTULO 1

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

1.1 Escolhendo o motivo de atenção da pesquisa

Este projeto emerge da experiência da pesquisadora como médica perita do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) desde meados de 2006, do interesse em compreender melhor a experiência de trabalho do médico perito, tendo em vista a aparente dificuldade sentida e enfrentada por esse profissional e contribuir para o melhoramento dessa atividade.

1.2 Introduzindo o tema alvo da pesquisa

1.2.1 Sobre a Seguridade Social

A Seguridade Social surgiu como um 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, 2003).

No Brasil, foi com a organização privada que se iniciou o seguro social brasileiro. 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 Legislativo nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923, com a criação das 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, uma nova fase teve início, com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões, entidades de proteção social que reuniam categorias profissionais, sendo mais abrangente que as CAPs (TAVARES, 2003).

Após a década de 40, foram tentadas 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 maior abrangência, sendo também segurados os empregadores e os profissionais liberais (TAVARES, 2003).

Em 1976, com o Decreto 77.077, foram reunidas 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) uma das suas instituições, responsável por conceder e controlar a manutenção de benefícios (TAVARES, 2003)

Com a Constituição de 1988, a Seguridade é reafirmada e constitui-se em saúde, previdência e assistência social. Em 1990, houve a criação do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), pela Lei 8.029/90. O INSS administra, juntamente com a Secretaria da Receita Previdenciária, o Regime Geral de Previdência Social, regime obrigatório para todos aqueles que exercem atividades remuneradas por ele descritas. Tal regime é financiado pelo Governo, pelas empresas e pelos segurados (BOCCHI JUNIOR, 2003). O INSS 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 Regime Geral de Previdência Social tem por finalidade a cobertura dos riscos sociais, garantindo meios indispensáveis de manutenção, substituindo a renda do contribuinte, 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. Os benefícios concedidos podem ser: auxílio-doença; auxílio-acidente; aposentadoria por invalidez; aposentadoria por idade; aposentadoria por tempo de contribuição; aposentadoria especial; salário-família; salário-maternidade; pensão

por morte e auxílio-reclusão. Já os serviços são: reabilitação profissional, perícia médica e serviço social (BRASIL, 2006). Entre os benefícios, encontram-se aqueles por incapacidade, sendo a Perícia Médica do INSS o corpo técnico responsável por avaliar a capacidade laborativa dos segurados (BRASIL, 1996).

De acordo com o Ministério da Previdência Social e o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), houve um crescimento exagerado da busca por auxílio-doença entre os anos de 2001 e 2006, mais de um milhão de benefícios a mais foram pagos, chegando a 1,6 milhão de benefícios. Uma das medidas para diminuir o impacto da quantidade de benefícios pagos foi acabar com a terceirização dos médicos peritos, redefinindo a remuneração e seu poder de trabalho. No final do primeiro ano após a contratação dos peritos por concurso, já houve pequena queda do total pago aos auxílios-doença, contrariando a previsão de aumento anterior à contratação, mostrando que a medida fora eficiente.

1.2.2 Sobre a Perícia Médica

Os benefícios por incapacidade relacionados à saúde representam 15,5% do total concedido pelo Instituto Nacional do Seguro Social, segundo a Agência de Notícias da Previdência Social (2006). Destes, 81% são relacionados a agravos não diretamente ligados ao trabalho (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 conseqüência de alterações morfo-psico-fisiológicas provocadas por doença ou acidente”. 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 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 nunca 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. Baseados em normas técnicas, administrativas e legais, os peritos médicos avaliam o segurado e emitem parecer conclusivo quanto à capacidade laborativa dos segurados, procedimento que produz efeitos de natureza médico-legal (BRASIL, 1996).

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.

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 patologia, 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.

Um aspecto complicador decorre da intervenção de quem faz o diagnóstico e de suas conseqüências. Para o médico do setor assistencial (que faz o acompanhamento do paciente), 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 e agravem o quadro. Para o médico perito da Previdência Social, o diagnóstico implica em conceder ou não benefícios previdenciários específicos.

A atividade médico-pericial do INSS tem por finalidade precípua, a emissão de parecer técnico conclusivo na avaliação da incapacidade laborativa, em face de situações previstas em lei (BRASIL, 2006).

1.2.3 Sobre o conflito na atividade pericial

Inúmeros conflitos entre médicos peritos e segurados no INSS vêm ocorrendo nos últimos anos, principalmente após os últimos concursos a partir de 2005, quando houve aumento expressivo do número de peritos do Instituto. De acordo com o Ministério da Previdência Social e o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), houve um crescimento exagerado da busca por auxílio-doença entre os anos de 2001 e 2006, mais de um milhão de benefícios a mais foram pagos, chegando a 1,6 milhão de benefícios. Uma das medidas para diminuir o impacto da quantidade de benefícios pagos foi acabar com a terceirização dos médicos peritos, redefinindo a remuneração e seu poder de trabalho. No final do primeiro ano após a contratação dos peritos por concurso, já houve pequena queda do total pago aos auxílios-doença, contrariando a previsão de aumento anterior à contratação, mostrando que a medida fora eficiente. 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 ANMP (Associação Nacional dos Médicos Peritos), a partir da entrada dos novos

peritos concursados, houve esforços para capacitação e melhor preparo dos peritos e, conseqüentemente, aumentou-se 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 Associação Nacional dos Médicos Peritos (ANMP) mostrou que 93% dos médicos peritos do INSS já foram insultados durante o trabalho. Foram vítimas de algum tipo de agressão física 26% dos peritos (WESTIN, 2006). Segundo a ANMP, em 2009, 71 peritos foram agredidos.

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, p. 2).

CAPÍTULO 2

OBJETIVOS DA PESQUISA

2 OBJETIVOS DA PESQUISA

Após aspiração da pesquisadora em relação à compreensão do trabalho do médico perito, são propostos os seguintes objetivos:

- Compreender a experiência de trabalho do médico perito em agências do INSS do interior paulista;
- Elaborar um modelo teórico representativo dessa experiência.

CAPÍTULO 3

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

3.1 Optando pela metodologia qualitativa

Eleger o método de investigação depende basicamente da natureza do problema que se investiga. O caráter do fenômeno a ser estudado impõe, por si, limites ao pesquisador (MELLO; ERDMANN, 2007). A partir da inquietação da pesquisadora em compreender o trabalho do médico perito do INSS, optou-se pela metodologia qualitativa para o presente estudo.

Por meio da pesquisa qualitativa, é possível a obtenção de dados referentes a fatos que o pesquisador poderia obter por meio de fontes diversas, com estatísticas ou sensos, bem como dados referentes aos indivíduos entrevistados, dados estes denominados “subjetivos”.

Recomenda-se o método qualitativo quando se tem pouco conhecimento sobre um fenômeno ou se pretende descrevê-lo de acordo com o ponto de vista do sujeito. Este tipo de pesquisa geralmente é conduzido no ambiente natural, para que o contexto no qual o fenômeno ocorra seja considerado como parte do mesmo (FIELD; MORSE, 1985).

As abordagens qualitativas, para esses autores, são indutivas, o que significa que hipóteses e teorias emergem durante o procedimento de coleta e análise dos dados, quando o pesquisador examina os dados buscando descrições, padrões e relações hipotizadas do fenômeno e então retorna ao campo para obter mais dados e testar a hipótese. Dessa forma, a teoria vai sendo construída passo a passo, ajustando-se ao contexto da pesquisa e sendo relevante somente para este período de tempo.

Para desenvolver a investigação qualitativa, o pesquisador passa por três fases denominadas por Lüdke e André (2007) de: exploração, decisão e descoberta. A fase de exploração envolve a seleção e definição do problema, a escolha do local onde será feito o estudo e o estabelecimento de contatos para a entrada no campo. Nessa etapa inicial, também são realizadas as primeiras observações com a

finalidade de conhecer melhor o fenômeno e selecionar os aspectos a serem investigados.

Na segunda fase, ocorre a busca sistemática de dados selecionados como os mais importantes para compreender e interpretar o fenômeno estudado. Os tipos de dados coletados podem mudar durante a investigação, pois as informações colhidas e as teorias emergentes devem ser usadas para dirigir a coleta de dados.

Na última fase, acontece a explicação da realidade, isto é, a "tentativa de encontrar os princípios subjacentes ao fenômeno estudado e de situar as várias descobertas num contexto mais amplo" (LÜDKE; ANDRÉ, 2007). O pesquisador desenvolve teorias, não desarmado de sua visão de mundo, em um processo indutivo durante todo o estudo e o conhecimento sobre o fato pesquisado vai sendo construído.

3.2 Atores participantes

Participaram desta pesquisa dez médicos peritos concursados após 2004, com ingresso na Previdência nos anos de 2005 e 2006.

Até 2005, o quadro de peritos era composto em sua maioria por médicos credenciados, que eram terceirizados e faziam perícia em local fora das agências de Previdência Social, normalmente em seus consultórios próprios. Havia também poucos médicos concursados da década de 1980, que não supriam a demanda da instituição. Estes então eram responsáveis por homologar os laudos concluídos pelos médicos credenciados. Porém em 2000, através do Decreto 3.688, o Governo tornou desnecessária a homologação, não existindo mais esse filtro sobre as decisões dos médicos credenciados, aumentando substancialmente a quantidade de benefícios.

Ademais, os médicos credenciados tenderiam a serem menos rígidos na concessão de benefícios. Para além da pressão dos próprios segurados, isto ocorreria principalmente porque recebiam por perícias feitas, o que estimularia a utilização do menor tempo possível para cada exame (GIAMBIAGI; CECHIN, 2004).

Em 2004, a Lei 10.876 criou a carreira de Perícia Médica Previdenciária e determinou a contratação de três mil médicos através de concursos públicos e o

descredenciamento dos médicos terceirizados, a ser concluído até fevereiro de 2006. Atualmente, o INSS conta somente com médicos peritos concursados.

3.3 Estratégias para coleta de dados

Inicialmente, antes de ser realizada a pesquisa, foi solicitada a autorização da gerência das agências da Previdência Social onde foram realizadas as entrevistas. As entrevistas foram realizadas com médicos peritos de duas agências da previdência social localizadas no interior paulista, em cidades distintas, classificadas como médias, segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), ou seja, cidades que abrigam de 100 a 300 mil habitantes. As entrevistas foram realizadas nas próprias agências, após o convite ao médico perito, de acordo com sua disponibilidade. Não foram previamente agendadas. A duração das entrevistas teve variação entre quinze e quarenta minutos. As impressões e observações das entrevistas também foram relatadas.

Para Minayo (2004), a proximidade, a interação e a observação são importantes na pesquisa qualitativa. A pesquisadora trabalha como médica perita de uma agência da Previdência Social, onde a vivência e a observação do trabalho do médico perito são constantes. Segundo Minayo (2004, p. 101):

> [...] a investigação qualitativa requer como atitudes fundamentais a abertura, a flexibilidade, a capacidade de observação e de interação com o grupo de investigadores e com os atores sociais envolvidos. Seus instrumentos costumam ser facilmente corrigidos e readaptados durante o processo de trabalho de campo, visando às finalidades da investigação.

A estratégia para coleta de dados foi realizada por meio de entrevista aberta, tendo como questão de partida: – "**como tem sido a sua experiência como médico perito do INSS?**". As entrevistas foram coletadas no ano de 2008, entre os meses de junho e agosto.

A entrevista aberta, ou em profundidade é aquela em que o informante é convidado a discorrer livremente sobre o tema proposto e as perguntas do pesquisador, quando são feitas, prestam-se apenas para dar mais profundidade às reflexões (MINAYO, 2005).

Minayo (2005, p. 91) relata que as “entrevistas podem ser consideradas conversas com finalidade e se classificam de acordo com sua organização”. Ainda salienta que “a entrevista não é simplesmente um trabalho de coleta de dados, mas sempre uma situação de interação na qual as informações dadas pelos sujeitos podem ser profundamente afetadas pela natureza de suas relações com o entrevistador”.

O objetivo das entrevistas é auxiliar o pesquisar a obter uma compreensão da experiência dos entrevistados. Não tem a pretensão de identificar a verdade objetiva ou de testar hipóteses de forma conclusiva. As principais vantagens das pesquisas qualitativas são a flexibilidade que oferecem e a riqueza dos dados detalhados que podem proporcionar (SOKLARIDIS, 2009).

Para Martins (2004), duas são as principais desvantagens decorrentes da pesquisa qualitativa: a limitação da generalização dos resultados, pois a metodologia trabalha com unidades sociais; e a subjetividade envolvida na aproximação do pesquisador e pesquisado.

As entrevistas foram gravadas por meio digital e transcritas na íntegra. As gravações digitais e seu conteúdo estão mantidos em sigilo e sob a guarda da pesquisadora e da orientadora e, após a conclusão do trabalho, serão eliminadas.

A composição da amostra seguiu o preconizado no método da Teoria Fundamentada nos Dados, denominado assim de amostragem teórica, cujos participantes vão sendo progressivamente selecionados para integrarem a amostra, até que a saturação teórica seja alcançada. Nesta pesquisa, foram entrevistados médicos peritos, até que se alcançasse a saturação no grupo amostral. Ao todo, foram coletadas dez entrevistas.

Após a transcrição das narrativas, foi iniciada a categorização e a codificação dos dados, ou seja, os códigos de mesmo significado foram sendo agrupados e desse agrupamento derivaram as categorias. A saturação teórica é obtida quando as narrativas tornam-se repetitivas e permitem a compreensão dos conceitos identificados pela profundidade e riqueza de seu conteúdo.

No decorrer das entrevistas, conforme o conteúdo das respostas, foram sendo incluídas perguntas circulares, direcionadas às informações reveladas pelo próprio entrevistado, estabelecendo um movimento circular, que permitiam elucidar dúvidas, como forma de melhorar esclarecimentos e possibilitar melhor

entendimento do significado do trabalho do médico perito a partir da sua vivência. (WRIGHT; LEAHEY, 2009).

3.3.1 Considerações éticas

A coleta de dados foi realizada mediante o parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), conforme Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

As entrevistas foram realizadas com cada participante do grupo amostral de acordo com sua disponibilidade individual de tempo.

Antes da realização das entrevistas, foi esclarecido o caráter confidencial e anônimo da pesquisa, os objetivos da mesma e a pesquisadora colocou-se à disposição para esclarecimento de dúvidas. Após, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que, depois de lido, foi devidamente assinado por todos os participantes, não havendo nenhuma recusa (anexo1).

3.4 Descrevendo os fundamentos teóricos

3.4.1 Usando a Teoria da Complexidade

A fundamentação teórica acerca da Teoria da Complexidade, lançando luz à análise desse trabalho, está sustentada pelos seguintes autores: Mariotti (2010) e Wheatley (1999). Complexidade tem origem na palavra *complexus* e significa: o que é tecido em conjunto.

Para iniciar, há que se pensar sobre a construção do conhecimento. Para Morin (2005, p. 10), “qualquer conhecimento opera por seleção de dados significativos e rejeição de dados não significativos”. Este processo utiliza-se da lógica, mas é comandado por princípios “supralógicos” de organização do

pensamento ou paradigmas, “princípios ocultos que governam nossa visão das coisas e do mundo sem que tenhamos consciência disso”.

A visão de mundo, segundo Torres (2005), pode ser explicada como uma “janela conceitual” através da qual o mundo é percebido e compreendido, funcionando como uma lente cultural construída a partir de valores, crenças, princípios, premissas, conceitos e enfoques que modelam a percepção da realidade e as decisões, ações e interações e todos os aspectos da experiência humana no universo.

A abordagem clássica mecanicista, através do procedimento analítico-cartesiano trouxe, indiscutivelmente, contribuições ao conhecimento científico. Porém, ao considerar o todo como sendo o simples somatório de suas partes individuais, favorece o pensamento fragmentado. Dessa forma, a interação entre as partes deve ser tão fraca a ponto de ser negligenciada e as relações entre as partes são tratadas como tendo um comportamento linear.

A partir do século XX, começou-se a perceber a necessidade de considerar a interconectividade e a interferência dos elementos, a não previsibilidade, o acaso e as múltiplas possibilidades de explicação da realidade, dando origem à visão complexa de mundo. A Teoria da Complexidade vem mostrar a interdependência essencial de todos os fenômenos e tem como característica a não-linearidade. Nesse novo paradigma, segundo Capra (2006), as próprias coisas não possuem propriedades intrínsecas porque as propriedades fluem de suas relações. Desse modo, a única maneira de entender a parte é entender a sua relação com o todo.

Não se pretende fazer um julgamento de valor acerca do modelo mais adequado, mas apenas fundamentar que os padrões mentais geram um olhar simples ou complexo sobre a realidade, levando os indivíduos a atuarem de formas diferentes sobre ela. Utilizar a Teoria da Complexidade como referencial teórico nesse tipo de estudo é um grande desafio à mudança de modelos mentais, às maneiras conhecidas e tradicionais pelas quais se interpreta o mundo e atua sobre ele.

Aceitar a importância das interações e a constante modificação entre atores e situações pode gerar maior capacidade para atuar em condições de complexidade, saindo de condutas predeterminadas para reestruturar o conhecimento, com maior flexibilidade para agir (VELAZCO, 2007).

Utilizar essa teoria e seus conceitos em um estudo investigativo dessa natureza não é convencional e a estratégia será a de agregar o referencial teórico-filosófico e epistemológico da Complexidade na compreensão do trabalho do médico perito no INSS, analisando-o como um Sistema Dinâmico Complexo e Adaptativo (SDCA). Para Mariotti (2010), a principal característica de um SDCA é a sua capacidade de auto-organização que permite a adaptação às mudanças do meio em que se encontra. Ainda para este autor, todos os sistemas dos quais participam seres vivos são complexos e adaptativos. A complexidade, sob este olhar, implica a interação entre o ser humano e o mundo em que vive. Esse tipo de sistema interage internamente e com o meio ambiente, configurando-se em padrões dinâmicos fundamentados nos novos paradigmas da Complexidade.

Com a finalidade de se compreender melhor a abordagem complexa a partir dos sistemas, faz-se relevante um breve entendimento da história do pensamento sistêmico, que se inicia por volta de 1925 com Ludwig Von Bertalanffy (1901-1972), que, não satisfeito com a abordagem mecanicista da biologia, desenvolve a “Teoria Geral dos Sistemas”. Um sistema pode ser considerado como qualquer conjunto de elementos unidos, com ênfase na inter-relação e na interdependência entre seus componentes, sendo uma totalidade integrada, não sendo possível analisar seus elementos isoladamente. Os objetivos conduzem o arranjo das partes do sistema para que eles não ocorram ao acaso, isto é, o sistema reage quando uma das partes é estimulada.

Um sistema aberto está sempre em movimento, tanto internamente quanto em seu entorno, continuamente importando, transformando e exportando os diferentes dados recebidos.

O sistema é dinâmico, impedindo que se consigam os equilíbrios em determinados intervalos de tempo, favorecendo o cumprimento de seus objetivos principais. Portanto, o sistema se encontra em equilíbrio dinâmico, porque vai assimilando e adequando as mudanças continuamente. Construir uma organização bem sucedida implica na possibilidade e na necessidade de compreender que na interação com o meio externo, o sistema pode sofrer perturbações que surgem de dentro ou de fora do sistema e que estes constituem processos de mudança para um determinado tempo e espaço.

É importante lembrar que todo sistema natural, aberto e dinâmico, é sujeito ao chamado Efeito Borboleta, ou seja, o sistema fica extremamente sensível

às condições iniciais, externas ou internas. Há constante instabilidade e na busca do equilíbrio dinâmico, que sempre se altera, a criatividade é importante.

Assim, a propriedade dos sistemas abertos contribui para chamar a atenção sobre o papel do entorno e também sobre as novidades que surgem do seu interior, para continuamente provocar novos níveis de ordem/desordem nos sistemas e, portanto, a continuação da vida definida por essa dinâmica.

Para Margareth Wheatley (2005, p. 34):

> [...] os sistemas auto-organizadores têm a capacidade de criar para si mesmos os aspectos da organização que os líderes deveriam supostamente fornecer. Os sistemas auto-organizadores criam estruturas e caminhos, redes de comunicação, valores e significados, comportamentos e normas, fazem por si mesmos quase tudo o que era supostamente necessário fazer por eles.

Para essa autora, os sistemas vivos dão forma à organização, graças à capacidade de criar significado comum, comunicar e perceber o que ocorre no momento por meio de suas interações e sua criatividade. O poder organizacional é a capacidade gerada pelos relacionamentos. Dessa maneira, um ambiente de trabalho deve ser analisado pela maneira como organiza seus relacionamentos e pela capacidade para formá-los (WHEATLEY, 1999).

Tendo em vista a fundamentação, apresenta-se a Teoria da Complexidade para lançar novas luzes sobre a prática do trabalho do médico perito no INSS.

3.4.2 Optando pela Teoria Fundamentada em Dados - *Grounded Theory*

Uma vez definido o referencial conceitual, passa-se à busca de uma diretriz metodológica coerente.

Segundo os idealizadores da Teoria Fundamentada em Dados (TFD), também conhecida por *Grounded Theory*, Glaser e Strauss (1967), tal metodologia consiste na descoberta e no desenvolvimento de uma teoria a partir das informações obtidas e analisadas sistemática e comparativamente. Para eles, a teoria significa

“uma estratégia para trabalhar os dados em pesquisa, que proporciona modos de conceitualização para descrever e explicar.”

Referidos autores apresentam um método de análise comparativa constante, em que o pesquisador estabelece categorias conceituais para explicar os dados obtidos, ao comparar incidente com incidente nos dados. A teoria, então, é gerada por um processo de indução, no qual categorias analíticas emergem dos dados e são elaboradas no decorrer do trabalho.

Tal processo é descrito por Glaser e Strauss (1967) como amostragem teórica, de modo que em função da análise que realiza, o pesquisador decide quais dados coletar em seguida. Desta forma, a amostragem é teórica, e não estatística, uma vez que o número de entrevistados ou situações que devem integrar o estudo é determinado pela saturação teórica, segundo os autores, e é estabelecida quando as informações começam a ser repetidas, não se obtendo dados novos ou adicionais, sendo que os depoimentos prestados são suficientes para responder aos objetivos do trabalho.

Na Teoria Fundamentada nos Dados, há uma interação constante entre o investigador e os dados, sendo indispensável a fundamentação dos conceitos dos dados obtidos, bem como a criatividade, que se manifesta na capacidade do pesquisador em nomear as categorias, com base nos dados obtidos por meio de entrevistas, observações, documentos, publicações ou combinação dessas técnicas. A análise é feita concomitantemente com a obtenção dos dados, pelo método comparativo (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Segundo Strauss e Corbin, embora fundamentar os conceitos em dados seja a principal característica deste método, a criatividade dos pesquisadores também é essencial. Para eles, “análise é a interação entre os pesquisadores e os dados”. É ciência. “É ciência no sentido de manter certo grau de rigor e por basear a análise em dados.” (STRAUSS; CORBIN, 2008, p. 25).

3.5 Analisando os dados

A análise dos dados foi realizada segundo o método da **Teoria Fundamentada em Dados à luz do paradigma proposto por Strauss e Corbin** (2008).

Segundo a teoria, a análise dos dados é feita por meio de uma série de procedimentos detalhados e sistematizados de comparação, primeiramente entre os dados, em seguida entre as categorias e, posteriormente, entre os fenômenos descobertos. Uma das principais características desse método é fazer comparações. Os procedimentos de codificação são apresentados em três etapas que se complementam: codificação aberta, codificação axial e codificação seletiva.

A **codificação aberta** é a primeira etapa da análise, por meio da qual os conceitos são identificados e suas propriedades e dimensões são descobertas nos dados. Ou seja, deve-se abrir o texto e expor pensamentos, idéias e significados nele contidos para que os conceitos sejam revelados, nomeados e desenvolvidos.

Por meio da expressão “dados”, os autores referem-se aos relatos das narrativas, notas de observação de campo e memorandos reunidos pelo pesquisador.

Esta etapa consiste em quebrar cada entrevista em pequenos trechos, efetuando uma análise detalhada (microanálise), linha por linha. Cada trecho é examinado e questionado quanto ao que significa.

Cada trecho permite a identificação das primeiras propriedades da experiência, que recebe o nome de código e tem um significado, como pode ser visto no exemplo a seguir, apresentado no quadro 1:

Quadro 1 – Exemplo de codificação aberta dos dados.

Trecho da Entrevista	Códigos
Eu sou médico perito desde junho de 2005 e tinha pouco contato com a perícia médica até então, quando iniciei meu trabalho aqui. Hoje está completamente diferente o perfil do usuário, do segurado, que vem procurar a perícia.	Tendo pouco contato com a perícia médica no início (inexperiência). Sendo o perfil do segurado de hoje muito diferente de tempos atrás.

Esta primeira etapa é realizada com todos os dados obtidos, de forma dinâmica e flexível, permitindo voltar aos dados tantas vezes quantas forem necessárias até a apreensão dos significados dos códigos.

Nesse momento, os dados são separados e comparados, com o objetivo de se verificar a existência de similaridades e de diferenças, e vão sendo agrupados sob conceitos (representação abstrata de um fato, um objeto ou de uma ação) mais abstratos, chamados “categorias”. Categorias são conceitos, derivados dos dados, que representam o fenômeno (STRAUSS; CORBIN, 2008). São abstrações do fenômeno observado nos dados e formam a principal unidade de análise da Teoria Fundamentada em Dados. Quando categorias podem ser congregadas dão origem a um tema.

A seguir, no quadro 2, é apresentado um exemplo de categorização:

Quadro 2 - Exemplo de categorização dos dados.

Códigos	**Categoria**
Considerando que a legislação permite que o segurado tenha expectativas em relação à perícia. Vindo o segurado com expectativa gerada pelo médico assistente em relação ao afastamento. Considerando que o segurado chega na perícia com expectativa de ficar afastado. Encontrando situações que o segurado tem idéia fixa que está doente e deve receber salário, mesmo que não incapacitado.	Percebendo a expectativa do segurado

Efetuada a categorização dos dados, passa-se ao segundo passo, chamado **codificação axial**. Por meio da codificação axial, é possível relacionar categorias às suas subcategorias, que especificam melhor uma categoria, gerando explicações mais precisas e completas sobre os fenômenos. Recebe esse nome (axial), porque ocorre em torno do eixo de uma categoria, associando categorias ao nível de propriedades e dimensões.

O objetivo da segunda etapa é dar início ao processo de reagrupamento dos dados que foram divididos durante a codificação aberta e envolve: a *causa* desencadeadora do fenômeno, o *contexto* em que o mesmo está inserido, as *condições intervenientes*, as *estratégias de ação* sobre o fenômeno e suas *conseqüências.*

A partir da identificação das categorias é então possível realizar a **codificação seletiva**, que é o processo de integrar e de refinar a teoria por meio da saturação teórica, ou seja, o ponto em que não surgem novas propriedades, dimensões ou relações durante a análise. Esse processo dá origem ao fenômeno ou categoria central. Nesta, todos os conceitos e categorias identificados são relacionados sistematicamente à categoria central, para, a partir desse momento, possibilitar a análise de suas relações.

O objetivo final, após seguir todas as etapas da Teoria Fundamentada nos Dados, é a construção da teoria. Foi desenvolvido neste estudo, um modelo teórico que representa a experiência de trabalho do médico perito no INSS.

CAPÍTULO 4

RESULTADOS: EXPERIÊNCIA DE TRABALHO DO MÉDICO PERITO E O MODELO TEÓRICO

4 RESULTADOS: EXPERIÊNCIA DE TRABALHO DO MÉDICO PERITO E O MODELO TEÓRICO

Ao finalizar o processo de análise, emergiu a experiência referente ao processo de trabalho do médico perito.

Foram coletadas, transcritas e codificadas 10 entrevistas com médicos peritos que vivenciam o processo de trabalho no INSS.

Seguindo os passos do referencial, foi possível identificar os fenômenos, que serão apresentados, em forma de diagramas e quadros, com descrição dos conceitos que emergiram da experiência de trabalho do médico perito, segundo os componentes que compõem os processos.

Os componentes (temas, categorias e subcategorias) provenientes desses fenômenos foram re-alinhados, possibilitando analisar a interação entre os mesmos, de forma a configurar a categoria central, unidade que abarcará todos os outros componentes de forma representativa da experiência do trabalho do médico perito, em consonância com o referencial metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados.

Os quadros estão contidos no Apêndice.

Quanto aos códigos alfanuméricos, leia-se conforme figura 1, a seguir:

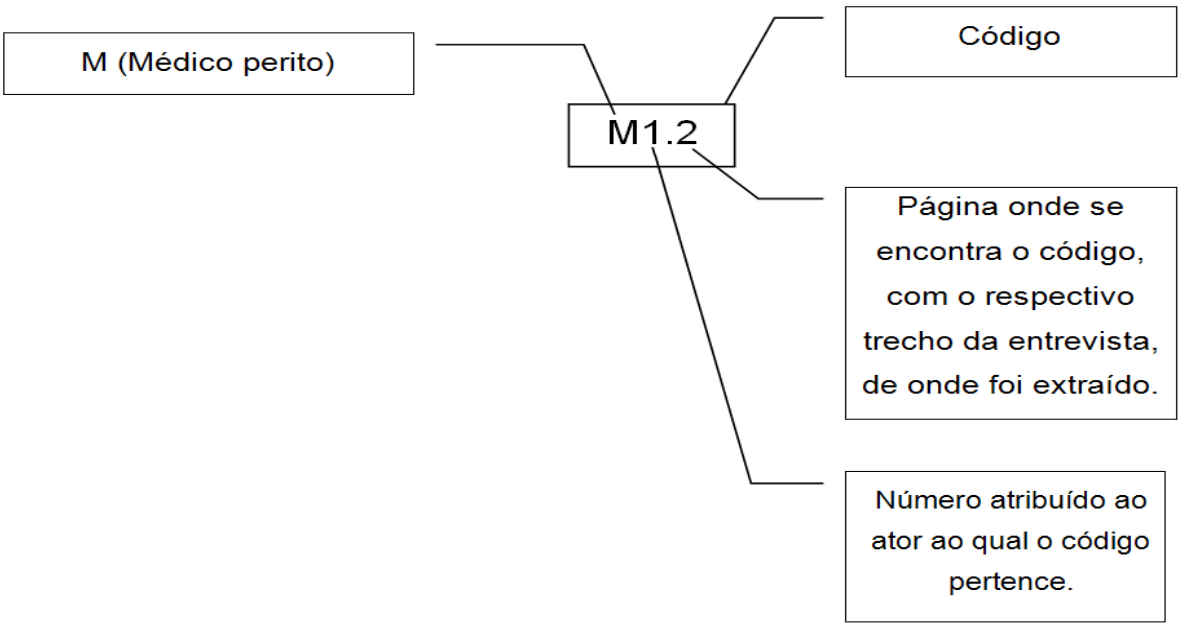

Figura 1 - Código alfanumérico.

4.1 A EXPERIÊNCIA DE TRABALHO DO MÉDICO PERITO NO INSS

4.1.1 Fenômenos Identificados

4.1.1.1 FENÔMENO A. Encontrando-se como médico perito.

Trata-se do processo que ocorre ao médico perito desde sua entrada no INSS até a fase em que se encontra pleno em sua atividade. Esse processo inicia-se quando o médico chega sem experiência de trabalho na área da perícia e necessita de capacitação específica nessa área. Com o passar do tempo, passa a desenvolver habilidades e competências novas que o qualifica para o desempenho da função que exerce de maneira prazerosa. Este fenômeno agrupa cinco categorias: chegando sem experiência no INSS, sendo capacitado pelo INSS para trabalhar na perícia, contando com o tempo para adquirir experiência, passando a desempenhar prezerosamente o papel de perito, exercendo a atividade de médico perito.

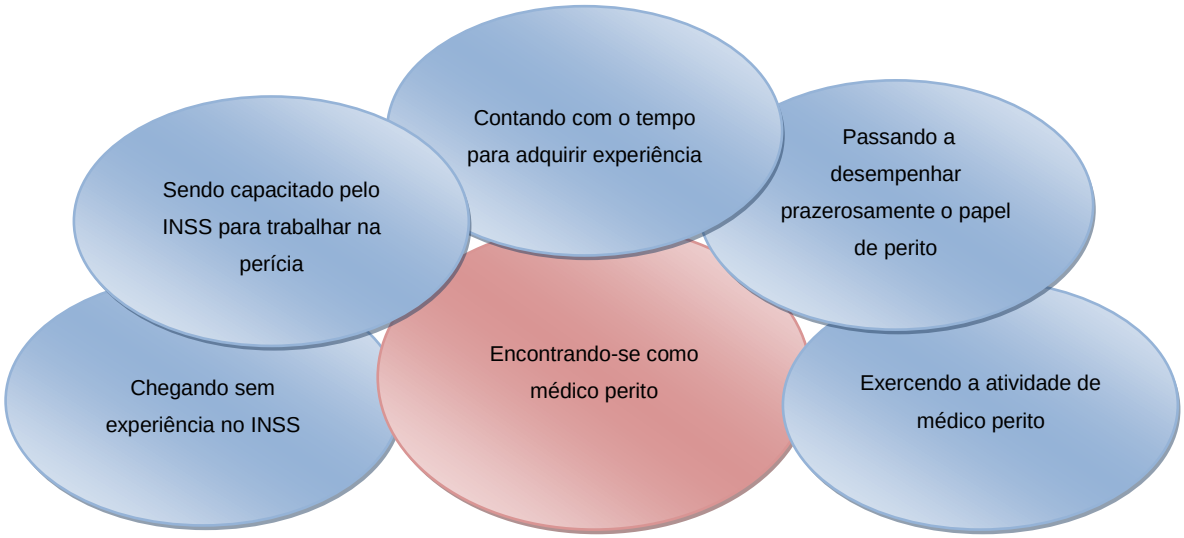

Diagrama 1 – Fenômeno A. Encontrando-se como médico perito: temas.

Tema A.1. Chegando sem experiência no INSS

Significa o momento de admissão do médico como perito do INSS, por meio de concurso público, em que o mesmo se percebe sem experiência para atuar nessa práxis.

> [...] Eu sou médico perito desde junho de 2005 e tinha pouco contato com a perícia médica quando iniciei meu trabalho aqui. (M1.1)

> [...] eu entrei num ambiente de trabalho completamente diferente de tudo aquilo que eu fiz. Pra mim é uma experiência completamente nova [...] (M4.2)

> [...] eu tinha pouca experiência quando entrei aqui [...] (M10.1)

Tema A.2. Sendo capacitado pelo INSS para trabalhar na perícia

Significa a ocorrência de um treinamento contínuo com finalidade de habilitar o médico à sua nova práxis, sendo este uma ferramenta facilitadora do processo de inserção do perito à sua atividade, pois é admitido sem experiência e necessita contar com a capacitação do INSS no processo de aprender e encontrar-se como médico perito.

> [...] o próprio treinamento no INSS vai capacitando cada vez mais o perito a executar sua função. (M1.1)

> [...] e eu volto a frisar a questão do treinamento está sendo uma coisa eficiente. Está sendo uma coisa boa, que está tendo retorno. (M1.3)

> [...] com a nossa capacitação a gente define as coisas que estão dentro da legislação previdenciária [...] (M6.15)

Tema A.3. Contando com o tempo para adquirir experiência.

Significa que o médico perito passa a ter conhecimento específico, ou de perícia, que, por meio de aprendizado sistemático, se aprimora com o decorrer do tempo. Neste processo de encontrar-se na sua atividade, tanto em questões de

aprendizado de medicina do trabalho relacionado à perícia médica, quanto nas relações interpessoais médico-perito, a experiência é vista como facilitadora do seu trabalho.

> [...] Ah, com o passar do tempo vai melhorando. Você vai percebendo coisa que você não entendia muito bem naquela época, hoje você tem uma percepção melhor da própria situação do benefício da pessoa, as questões do benefício longo, da recuperação da doença, então vão mudando isso aí, você vai tendo uma percepção melhor e vai atendendo eu acho que cada vez melhor, isso aí a própria experiência vai ajudando [...] (M1.3)

> [...] com a experiência que a gente vai adquirindo com o tempo, o perito começa a escutar um pouquinho mais. Você está no computador trabalhando, tem que digitar todos os dados; aí você começa digitando e vai perguntando para não ficar só olhando para a cara do computador e olhando para cara deles. Aí você vai perguntando e isso aqui, e aquilo lá e eles começam a falar, perguntas que às vezes, aparentemente, não tem nenhum sentido, mas você tem que ganhar um pouquinho mais a confiança deles [...] (M9.6)

> [...] também a convivência durante os anos, de 2005 para cá, ou seja, vai completar 5 anos e eu senti uma grande melhora na minha experiência, no manejo do segurado [...] (M10.2)

Tema A.4. Passando a desempenhar prazerosamente o papel de perito

Trata-se do momento em que o médico perito passa a sentir satisfação com sua atividade de trabalho, proporcionada pelo processo de capacitação e tempo de experiência.

> [...] assim, no geral, no final de tudo, você sabe que eu gostei da profissão. (M2.9)

> [...] É realmente um serviço que eu gosto de fazer. (M5.2)

> [...] Eu acho que é um trabalho, para mim pessoalmente, que traz uma satisfação grande. Eu acho que é um trabalho muito importante. (M5.7)

Tema A.5. Exercendo a atividade de médico perito.

Trata-se do exercício da atividade de perito, com as novas habilidades conquistadas desde sua entrada no INSS.

> [...] a função da gente é avaliar se o benefício está adequado ou não. (M7.12)
>
> [...] Agora está bem mais tranqüilo porque a gente vai pegando a maneira de se portar, vai evoluindo, fazendo cursos. Foi muito bom ter esse reforço e daqui pra frente a tendência é sempre melhorar. (M10.3)
>
> [...] Eu acho que a função nossa é dar o benefício, é atender um direito do segurado, desde que esteja dentro da lei e que tenha cumprido os requisitos de carência. (M1.2)
>
> [...] procuro sempre atuar dentro da legislação, dentro da atividade médica de maneira ética, educada e sem intenção de prejudicar ninguém. (M5.16)
>
> [...] Eu tenho que saber se aquela doença, aquela patologia ou aquela lesão apresentada, é incapacitante para a atividade. (M6.12)

4.1.1.2 FENÔMENO B. Sentindo-se no fio da navalha: entre expectativas e conflitos

Este fenômeno mostra as dificuldades do médico perito em estar na sua atividade ao se deparar com expectativas do segurado que procura a perícia médica, suas próprias expectativas do modo como deve trabalhar, além de expectativas do INSS quanto à realização de seu trabalho. Ao vivenciar sua prática, o médico perito se vê no fio da navalha, ou seja, precisando decidir o resultado de uma perícia naquele momento difícil de estar, quando percebe as expectativas diferentes, sem conseguir atender a todas e experiencia, muitas vezes, o conflito gerado por esta situação. Trata-se de uma dificuldade para o médico perito, pois ele percebe que não sabe como resolver, já que ao atender quaisquer das expectativas, algum conflito pode ser gerado: com o segurado, com o INSS ou com sua consciência. Este fenômeno abarca dois temas: vivenciando as expectativas entre o médico perito, o segurado e o INSS, e experienciando o conflito no processo de trabalho.

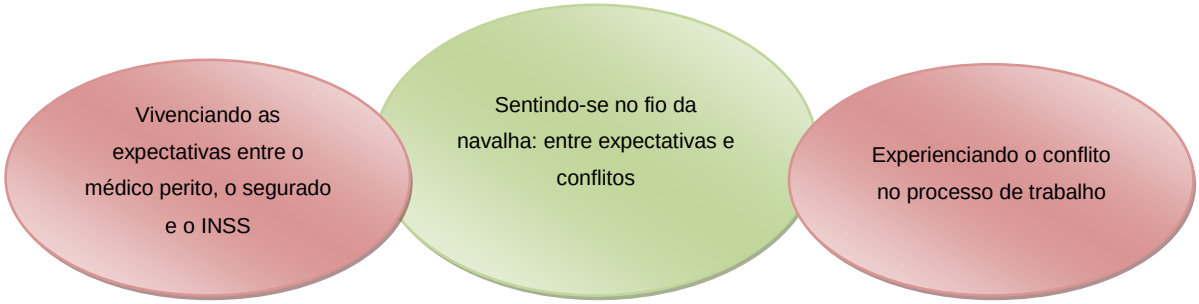

Diagrama 2 – Fenômeno B. Sentindo-se no fio da navalha: entre expectativas e conflitos: temas.

Tema B.1. Vivenciando as expectativas entre o médico perito, o segurado e o INSS.

Trata-se de expectativas identificadas pelo médico ao vivenciar seu trabalho. Essas expectativas são vistas muitas vezes como conflitantes entre si e isso leva estresse e dificuldade ao médico perito quando percebe que não pode atender a todas durante sua atividade de perícia. Este tema agrupa três categorias: conhecendo a expectativa do INSS, percebendo a expectativa do segurado e deparando-se com as expectativas do trabalho como médico perito em relação à subjetividade do ato médico.

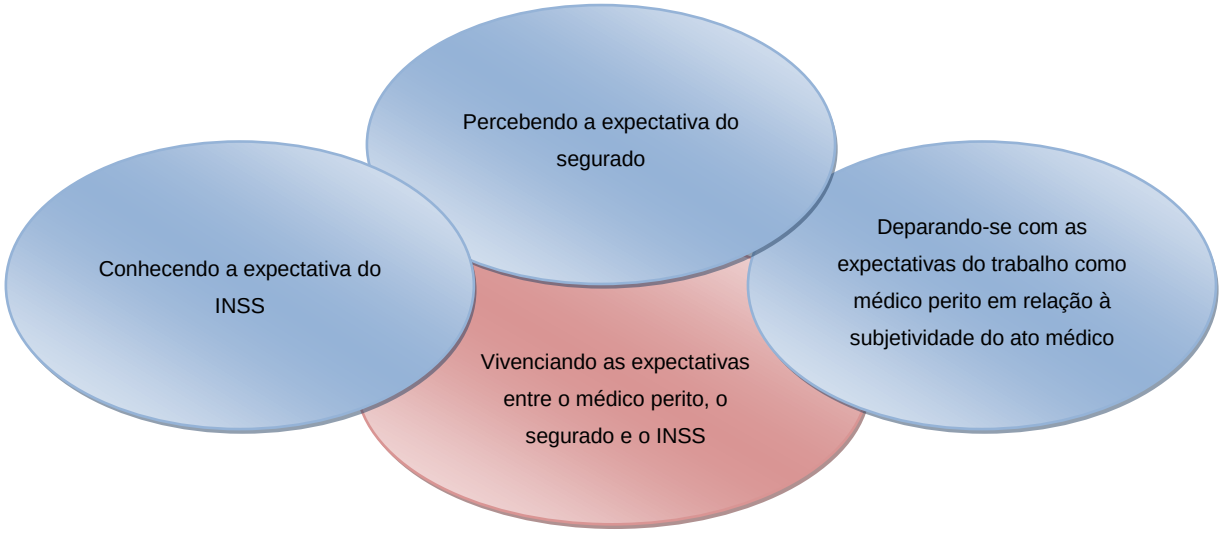

Diagrama 3 – Tema B.1. Vivenciando as expectativas entre o médico perito, o segurado e o INSS: categorias.

Categoria B.1.1. Conhecendo a expectativa do INSS

Significa o conhecimento das expectativas do INSS para realização do seu trabalho como médico perito em relação às normativas contidas na legislação, às expectativas dos seus superiores dentro da cadeia hierárquica do INSS e à expectativa de outros funcionários do INSS.

> [...] então, a gente está aqui só obedecendo aquilo que mandaram fazer. (M4.2)

> [...] Eu acho que os peritos têm uma cobrança muito grande da parte não médica do Instituto, acho que por desconhecerem as atividades que a gente faz, o tempo de perícia, a complexidade do caso. Tenho a impressão que tudo o que a gente faz está sendo controlado, vigiado, como se a gente estivesse burlando alguma coisa e não fazendo o que deveria ser feito. (M5.4)

> [...] porque eu não posso atender a expectativa do segurado porque eu não posso superar as regras do sistema para atender as expectativas dele. (M7.7)

> [...] Quem analisou o benefício, simplesmente conferiu a situação com as regras. (M7.8)

> [...] Eu logicamente estou dentro de um sistema e tenho que obedecer a legislação. (M10.20)

Categoria B.1.2. Percebendo a expectativa do segurado

Retrata um desafio do médico perito no seu trabalho quando percebe a situação do segurado que espera que a perícia médica seja favorável e, assim, receba o benefício da Previdência Social.

> [...] existem aqueles indivíduos que estão a fim de receber coisas as quais não tem direito. (M6.21)

> [...] O médico assistente às vezes se coloca na nossa posição, pondo o tempo que o segurado tem que ficar afastado, então ele já vem aqui com aquela expectativa. (M8.3)

> [...] Então às vezes você se depara com pessoas que realmente se acham doentes e eles não estão incapazes, mas se acham doentes. Acham que é obrigação do Estado pagar o salário dele de maneira definitiva e normalmente ninguém consegue removê-lo dessa opinião. (M9.6)

Categoria B.1.3. Deparando-se com as expectativas do trabalho como médico perito em relação à subjetividade do ato médico

Decorre da vivência do médico perito no seu trabalho quando percebe a subjetividade do ato médico. O perito tenta dar um caráter objetivo à sua prática como meio de facilitar o seu trabalho, ser mais imparcial e julgar a necessidade do benefício sob um ponto de vista técnico. Quando se depara com a subjetividade da sua atividade, o médico perito se descobre em situação difícil, tendo que lidar com incertezas no seu julgamento como perito. Esta categoria abarca duas subcategorias: tentando dar um caráter técnico-objetivo ao trabalho e deparando-se com a subjetividade do ato médico.

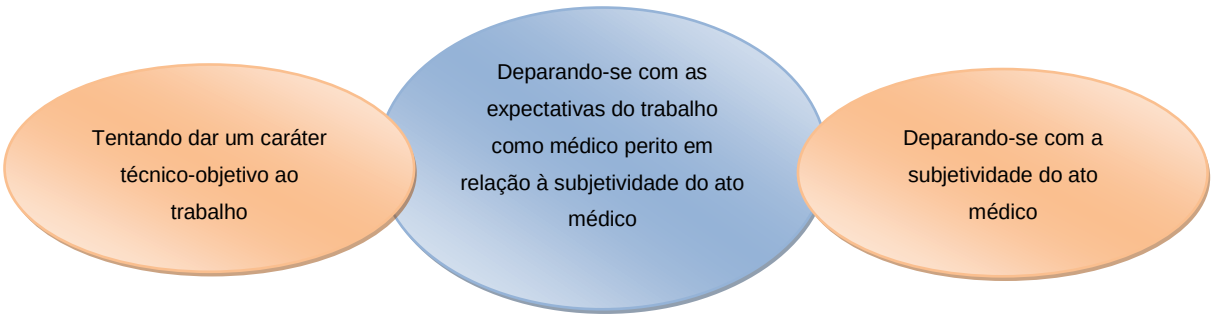

Diagrama 4 – Categoria B1.3. Deparando-se com as expectativas do trabalho como médico perito em relação à subjetividade do ato médico: subcategorias.

Subcategoria B.1.3.1. Tentando dar um caráter técnico-objetivo ao trabalho

Mostra o médico perito tentando realizar seu trabalho de forma técnica e objetiva porque acredita que, dessa forma, baseando-se em normatizações, pode ser imparcial e justo na análise de cada perícia.

> [...] Procuro sempre atuar dentro da legislação de maneira ética e não prejudicar ninguém. (M5.16)

> [...] o papel da gente é ser imparcial na perícia. (M9.3)

> [...] a gente tem que procurar não julgar ninguém, tentar ser o mais imparcial possível (M9.15)

> [...] Acho que tem que ser feito o justo para o segurado, dentro da lei (M10.18)

Subcategoria B.1.3.2. Deparando-se com a subjetividade do ato médico

É a percepção do médico de que existem fatores subjetivos que estão presentes no seu trabalho de perícia médica. O médico perito reconhece que a perícia é um ato médico e, sendo assim, é um ato humano. Percebe que qualquer ato humano não é isento de falhas e assim reconhece a possibilidade de ocorrência delas em seu ato pericial. Trata-se de fator de desgaste pessoal, pois se depara com possibilidade de erros no seu trabalho.

> [...] dor e incapacidade são um pouco subjetivas, porque às vezes a pessoa que tem problema menos grave se sente mais incapaz de trabalhar do que outra. (M2.2)

> [...] também somos humanos, nem sempre a gente acerta cem por cento na avaliação (M2.2)

> [...] Eu acho que é angustiante um benefício porque de repente, você vai estar comunicando uma coisa que você não está bem certo, você tem que lidar com um certo grau de incerteza. (M3.1)

> [...] Obviamente que em algumas situações a gente pode ser favorável ou desfavorável, mas isso é uma atitude no momento, como é o ato médico, que não é impossível de acontecerem situações em que você está sendo mais rigoroso ou menos, mas isso é a atividade médica de maneira geral. A gente não é infalível. (M5.16)

> [...] Acho que deveria ter um pós-perícia porque às vezes você faz a perícia e depois pode até falar “pô, errei”. Isso acontece às vezes. (M9.15)

Tema B.2. Experienciando o conflito no processo de trabalho.

Esse momento se dá quando o médico perito, já inserido no seu trabalho, vivencia conflitos e sente-se no fio da navalha porque se encontra em situação difícil, percebendo as expectativas sem conseguir atender a todas. O perito tenta identificar no segurado fatores que ajudem a explicar as situações de embate na perícia. Percebe, então, a falta de apoio do INSS em seu trabalho, sentindo-se

angustiado, com medo e desanimado. Na experiência da prática médica pericial, reconhece que intervenientes sociais podem ser contribuintes na geração do conflito. Este tema agrupa três categorias: vivenciando o conflito com o periciado sob o ponto de vista do perito, deparando-se com a falta de segurança e apoio pelo INSS, identificando fatores intervenientes na perícia.

Diagrama 5 – Tema B2. Experienciando o conflito no processo de trabalho: categorias.

Categoria B.2.1. Vivenciando o conflito com o segurado sob o ponto de vista do perito

Significa a tentativa do médico perito em tentar identificar razões no segurado para o surgimento de conflitos. Encontra no segurado vários fatores que acredita contribuir para situações difíceis de embate na perícia. Esta categoria reúne cinco subcategorias: segurado não tendo informações corretas sobre seus direitos e deveres, segurado tendo informações incorretas sobre seus direitos e deveres, médico assistente contribuindo para expectativa do segurado, tendo o segurado predisposição para o conflito, segurado desejando o benefício.

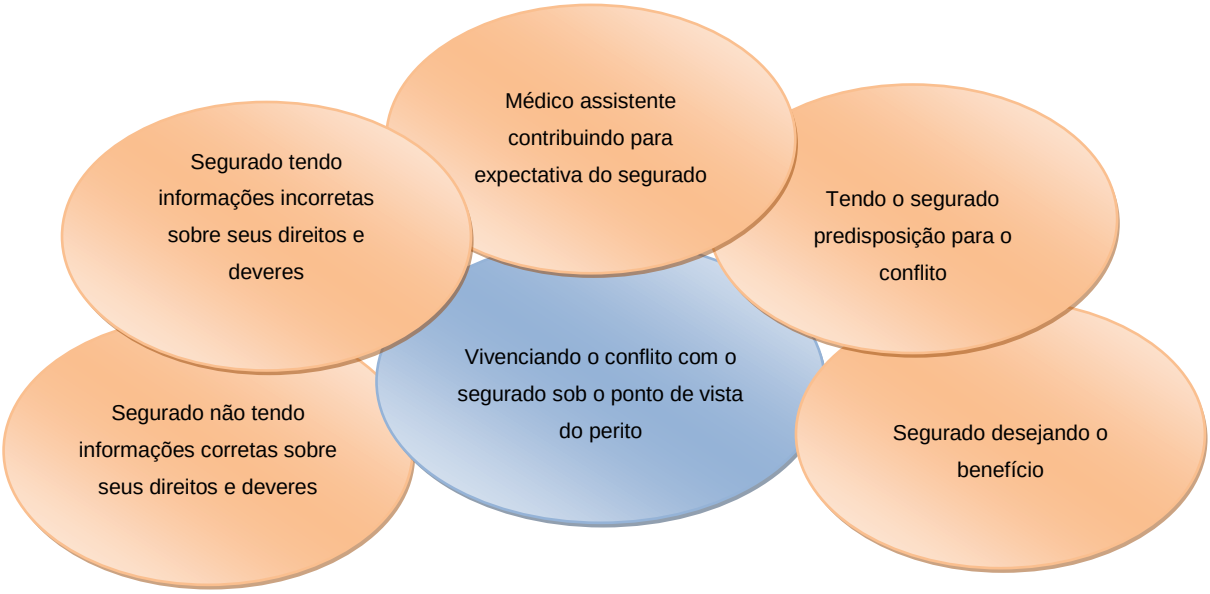

Diagrama 6 – Categoria B2.1. Vivenciando o conflito com o segurado sob o ponto de vista do perito: subcategorias.

Subcategoria B.2.1.1. Segurado não tendo informações corretas sobre seus direitos e deveres

Trata-se da percepção do médico perito de que o segurado não tem informações corretas sobre o papel da perícia agravado pelo fato de que o Instituto não informa ao segurado seus direitos e deveres.

> [...] Muitas vezes o segurado não entende o papel do perito. (M1.4)

> [...] Eu acho que os segurados, de maneira geral, não são agressivos, não são ríspidos, eu acho que em alguns casos, eles são um pouco ríspidos porque desconhecem a legislação, desconhecem qual é a função do INSS, qual a função da perícia [...] (M5.8)

> [...] A gente sente da parte dos segurados, bastante desinformação do que é a perícia, não tem idéia do que é a previdência. (M9.3)

> [...] Tem uns que não conseguem sabe a diferença entre a perícia e atendimento médico. Pede receita e exames para a gente, mas não é nossa função. E então há muita desinformação entre eles. (M9.8)

> [...] eu acho que falta um pouco de campanha da previdência para o entendimento dele (segurado), porque às vezes ele acha que está doente para aquele trabalho e não está. (M8.1)

Subcategoria B.2.1.2. Segurado tendo informações incorretas sobre seus direitos e deveres

Significa que na experiência da perícia médica, o perito identifica que o segurado tem informações incorretas sobre os papéis do perito e da perícia médica.

> [...] porque a gente começa a falar ou explicar e o segurado começa a entender que é uma coisa pessoal do médico com o segurado. (M4.4)

> [...] O segurado vem baseado naquilo que ouviu falar das pessoas, o que é uma informação bem simples, uma informação extremamente simples. (M7.5)

Subcategoria B.2.1.3. Médico assistente contribuindo para expectativa do segurado

O médico assistente é quem faz o tratamento e, portanto, tem maior relação com o paciente, mais tempo de convivência e interação, favorecendo uma maior confiança do periciado (como paciente) nesse médico. Dessa forma, exerce influência para a expectativa do periciado quando passa para ele informações incorretas sobre a perícia médica.

> [...] é complicado quando o segurado às vezes já vem com aquela sensação de incapacidade pelo que o médico assistente passa pra ele. (M3.3)

> [...] a população e até colegas médicos não sabem a diferença entre ter doença e ter incapacidade dando a impressão que o doente já tem que ficar afastado. (M10.4)

Subcategoria B.2.1.4. Tendo o segurado predisposição para o conflito

Significa a percepção do médico perito de que parte dos conflitos pode se dar porque o segurado comparece à perícia médica predisposto para o conflito se suas expectativas de receber o benefício não forem atendidas.

> [...] Mas tem segurado que você já vê que é encrenca, só da maneira dele te olhar, te entregar os documentos. Você já percebe que ele está disposto a arrumar algum tipo de confusão também. (M2.3)

> [...] então quer dizer que se a pessoa está querendo te agredir, se você negar pra ela, ela vai te agredir, independente de quem negar, agora a gente aqui é a linha de frente... (M4.7)

> [...] O segurado vem aqui atrás de um direito, que antes de entrar por aquela porta, ele acha que tem, tem certeza que tem, alguém disse para ele ou ele concluiu por conta própria que ele tem [...] (M7.7)

Subcategoria B.2.1.5. Segurado desejando o benefício

Significa o momento em que o médico perito percebe o lado subjetivo e individual do segurado, quando identifica que o conflito pode acontecer porque o segurado deseja receber o benefício e comparece com este objetivo na perícia médica. Neste momento, o médico perito sente-se desanimado porque reconhece sua incapacidade de atuar na questão que envolve vontade do outro (segurado).

> [...] A pessoa que está solicitando o benefício, nem sempre está incapacitada para o trabalho, mas ela se acha no benefício, então é você negar o benefício que acaba em conflito (M2.1)

> [...] quando você fala que não pode prorrogar o benefício que ela está esperando que seja prorrogado, ela não quer ouvir mais nada, só quer saber do dinheiro dela [...] (M4.4)

> [...] Às vezes é difícil explicar porque a pessoa que vem aqui não quer saber, ela vem atrás do benefício, então explicações não são aceitas [...] (M7.2)

Categoria B.2.2. Deparando-se com a falta de segurança e apoio pelo INSS

Trata-se da percepção e do reconhecimento do médico perito da falta de apoio do INSS, tanto em tentar diminuir conflitos e situações potencialmente conflituosas, quanto em tomar providências em relação a embates ocorridos. Sente-se impotente e desanimado, pois se sente inseguro em sua atividade e sem suporte.

Esta categoria reúne duas subcategorias: não contando com apoio do INSS e sentindo-se inseguro em seu trabalho como perito.

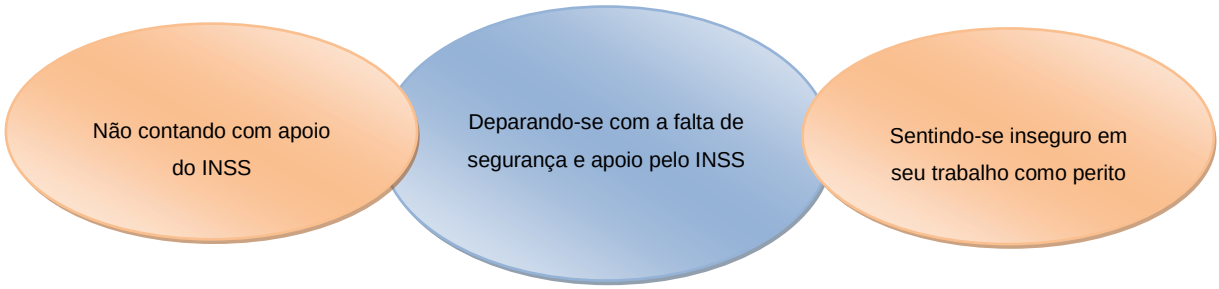

Diagrama 7 – Categoria B2.2. Deparando-se com a falta de segurança e apoio pelo INSS: subcategorias.

Subcategoria B.2.2.1. Não contando com apoio de INSS

Significa que o médico perito sente-se desprotegido em seu trabalho porque não sente esforço do INSS em tentar melhorar a segurança do perito e apoiá-lo em situações vivenciadas de choque com o segurado. Sente-se, muitas vezes, injustiçado ou sozinho ao enfrentar situações conflituosas.

> [...] Eu não sinto um empenho muito grande por parte do INSS de resolver essa questão de agressão contra médicos peritos ou contra funcionário, se for o caso. Eu acho, eu sinto uma certa displicência com relação à segurança do perito. (M5.2)

> [...] Acho que boletim de ocorrência em caso de agressão não funciona. Acho que a gente precisava ter um assessoramento melhor porque os segurados voltam na agência e não tem nenhuma punição. (M8.7)

Subcategoria B.2.2.2. Sentindo-se inseguro em seu trabalho como perito

Trata-se da sensação de insegurança constante que o médico perito vivencia no seu trabalho pela possibilidade da existência de algum conflito.

> [...] Conviver com uma possível agressão é ruim, porque a porta detectora de metal não é pra detectar nada, porque se apita, a pessoa vai entrar do jeito que ela tiver. E às vezes ela vem sem arma nem nada, como uma agressão que teve com perito que foi pego pelo pescoço [...] (M4.7)

> [...] Eu já tive várias ameaças, mas agressões físicas nenhuma. Em algumas situações a gente fica realmente com medo, dá a impressão de que vai correr algum tipo de risco de vida, pensa nos filhos [...] (M5.9)

Categoria B.2.3. Identificando fatores intervenientes na perícia

Significa que na experiência da perícia médica, o perito identifica influência de fatores que interferem na sua atividade de concessão ou não do benefício ao segurado. É a percepção da importância desses fatores para o agravamento da dificuldade do seu exercício profissional. Esta categoria agrupa duas subcategorias: sentindo influências de aspectos sociais no seu trabalho e sentindo influência do mau funcionamento do SUS (Sistema Único de Saúde) no seu trabalho.

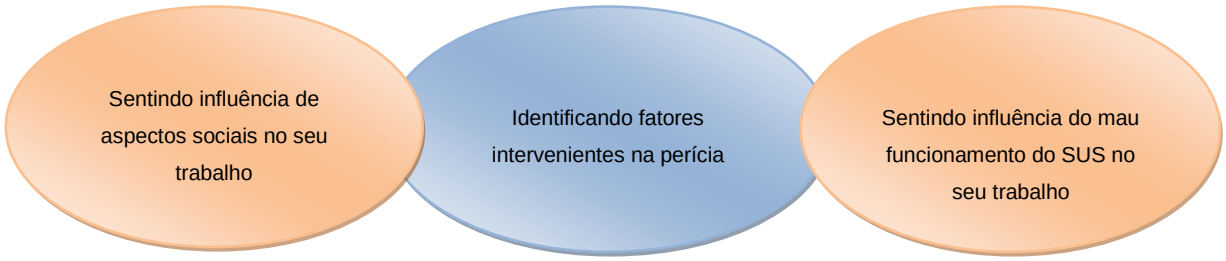

Diagrama 8 – Categoria B2.3. Identificando fatores intervenientes na perícia: subcategorias.

Subcategoria B.2.3.1. Sentindo influências de aspectos sociais no seu trabalho

É a percepção do médico perito da influência dos aspectos sociais na atividade de perícia médica. O perito percebe também mudança das expectativas do segurado na busca de benefícios quando há situação social complicada no país.

> [...] aí a gente tem algum tipo de conflito porque ele tem medo do desemprego, algum tempo ficamos com pouco desse tipo de tensão. Eu acho que com a crise agora tem aumentado novamente esse tipo de conflito. (M8.1)

> [...] O segurado às vezes precisa daquele dinheiro mais como amparo social do que outra coisa. Precisa como seguro desemprego, alguma coisa assim. (M9.1)

> [...] A pessoa tem muitas dificuldades, pesa muito o lado social, você tem que pensar antes. Tem a política social que tem que ser vista e ela sempre foi abandonada. Agora vejo alguns colegas dizendo que realmente o lado social tem que existir [...] (M10.10)

Subcategoria B.2.3.2. Sentindo influência do mau funcionamento do SUS no seu trabalho

Significa uma dificuldade de trabalhar como médico perito com a ineficiência de um sistema de saúde que não consegue atender a demanda, interferindo na qualidade de atendimento e tratamento da população, favorecendo um aumento do tempo de benefício do INSS, pois há demora na resolução dos casos. A interação com essa deficiência dificulta sua prática.

> [...] nos casos que a gente vê que há uma deficiência muito grande por conta do SUS. (M10.10)

> [...] Acho que a previdência paga todo o custo da falência do SUS. O SUS não funciona, isso acaba refletindo aqui ou às vezes um benefício que ia durar dois, três meses, dura dois, três anos. (M3.2)

4.2 Descobrindo a Categoria Central

A estratégia utilizada para descobrir a categoria central foi inter-relacionar os dois fenômenos: encontrando-se como médico perito e sentindo-se no fio da navalha: entre expectativas e conflitos, buscando compará-los e analisá-los para compreender como se deu a interação entre seus componentes (temas, categorias, subcategorias). Esta estratégia permitiu identificar as categorias e subcategorias chaves, que evidenciassem o movimento do médico perito na sua experiência de trabalho.

Desde a coleta de dados, no processo de entrevistas com os médicos peritos, já era possível perceber a dificuldade do sentir-se perito de um Instituto com

normas e regras para a prática de concessão ou não de benefícios, precisando interagir com questões em relação às quais se sente impotente.

O processo de descoberta da categoria central começou a corroborar com as primeiras percepções quando, de posse de todos os diagramas, foi possível ver retratados os dois fenômenos e todos os seus componentes.

Ao mesmo tempo em que o Estado se preocupa em preparar técnica e cientificamente o médico perito para desempenhar o seu papel no INSS, ele não prepara o cidadão ao longo do tempo para o exercício de seus direitos e deveres junto ao INSS (SUS não funciona adequadamente, apoio social deficitário, médico assistente despreparado, cidadão desconhecendo seus direitos e deveres). Este Estado ainda despreparado para assistir o cidadão, produz pessoas também despreparadas para o processo de recebimento do benefício que, em interface com o profissional médico capacitado para exercer o papel de perito no INSS, deflagram os conflitos interpessoais médico-periciado, podendo culminar em agressões físicas e morais. Processos esses que acabam gerando insegurança no próprio profissional, os quais, na maioria das vezes, fogem da responsabilização do INSS, assim como se denota o papel paradoxal e dilemático do Estado, ao retroalimentar a sua sobrecarga. Diante desse movimento é que foram apreendidos os componentes-chave que possibilitaram retratar a experiência e denominar a categoria central como: ENTRE A POTÊNCIA E A IMPOTÊNCIA DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DE MÉDICO PERITO NO INSS: A IMPORTÂNCIA DO ESTADO COMO COMPONENTE DILEMÁTICO E PARADOXAL.

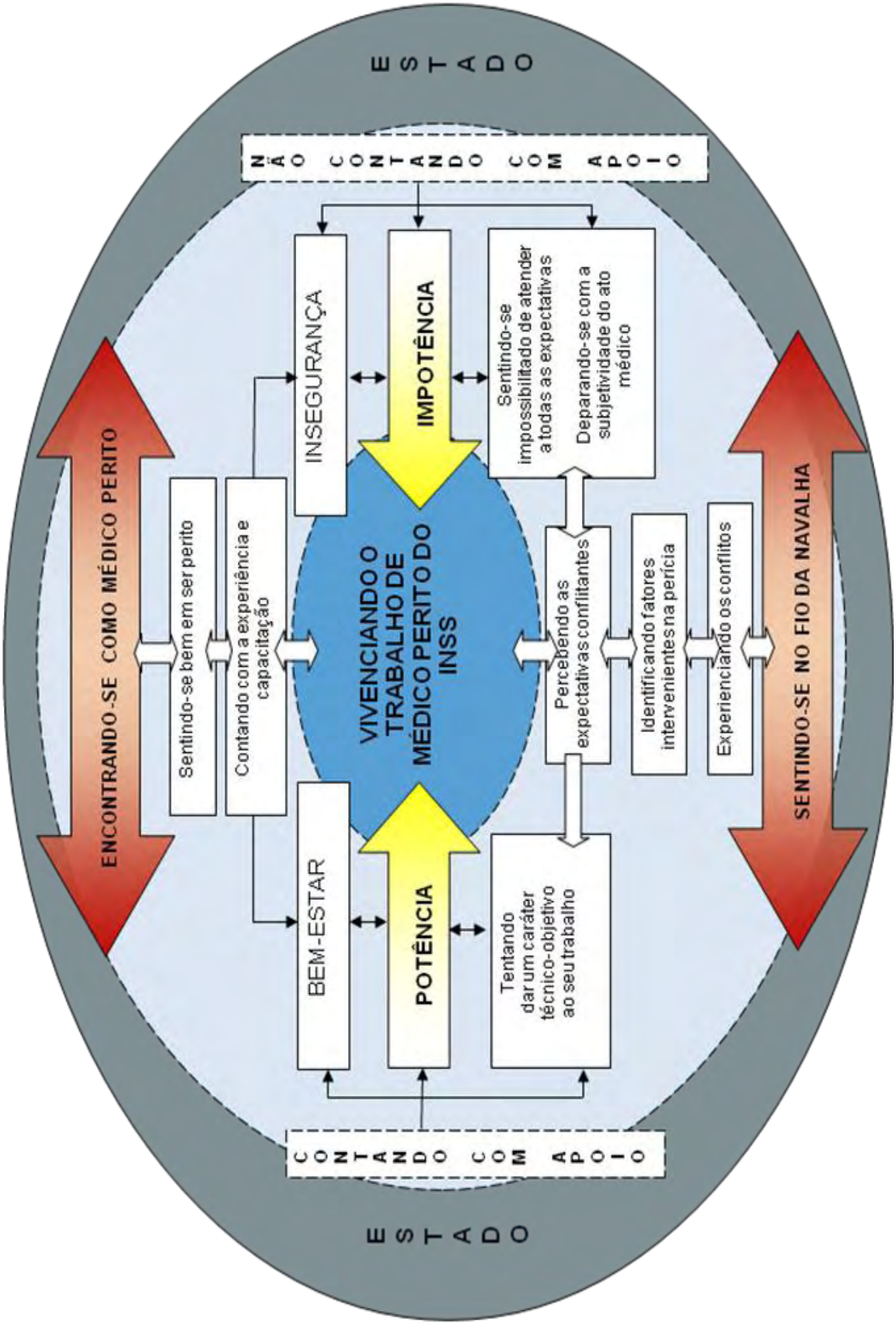

Figura 2 – Modelo teórico. Entre a potência e a impotência do exercício profissional de médico perito no INSS: a importância do Estado como componente dilemático e paradoxal.

CAPÍTULO 5

DISCUSSÃO

5 DISCUSSÃO

Os resultados apresentados neste estudo refletem o significado atribuído pelo médico perito do INSS à sua atividade ao vivenciar o processo de trabalho neste Instituto, possibilitando o desenvolvimento de um modelo teórico representativo desta experiência.

Utilizando como referencial teórico a Teoria da complexidade, tem início a discussão do modelo elaborado, construído a partir dos dados e do referencial metodológico escolhido. É indiscutível que nesse processo a visão de mundo que se tem é importante. A visão de mundo é uma lente cultural que se constrói a partir de valores, crenças e princípios, através da qual o mundo é percebido e compreendido pelo ser humano (TORRES, 2005). Assim, um modelo pode ser apresentado como uma metáfora do sistema analisado, que possibilita a apreensão de significados importantes (GUERRINI; SPAGNUOLO, 2008). O modelo então é uma proposta para se olhar um determinado fenômeno, e é relacionada à visão de mundo que se tem.

Isto posto, é possível dizer que é a visão de mundo que formata os modelos mentais, que podem ser definidos, segundo Mariotti (2010, p. 56), como “representações que formatam a nossa mente”. Através dos quais, os indivíduos observam e são observados, dando significado às próprias experiências no mundo. A atual percepção da realidade foi orientada por uma visão de mundo que foi ensinada e fundamentada nas idéias do século XVII, limitando a maneira de as pessoas conhecerem a vida, interagirem e pensarem (WHEATLEY, 2005; TORRES, 2005).

Uma vez que a visão de mundo conhecida e existente passou a não mais responder aos novos desafios humanos, a humanidade está imersa no que se pode chamar de crise no paradigma científico, originado pelas descobertas da ciência do século XX em contraste com os pilares da ciência desenvolvida no século XVII, onde o mecanicismo, a linearidade e o reducionismo foram legitimados por cientistas e clássicos, como Newton e Descartes, como a “era do racionalismo científico”.

Dessa forma, sob esse ponto de vista, entende-se que o processo de trabalho do médico perito do INSS, como em muitas outras organizações de saúde

ou não, foi organizado sob influência do paradigma newtoniano e cartesiano. Adotou-se a Teoria da Complexidade para lançar luz nesse estudo, pois a mesma pode colaborar e proporcionar novas compreensões acerca da realidade desse trabalho.

O trabalho do médico perito, do ponto de vista complexo, pode ser analisado como um sistema, um todo interconectado com partes, que se relaciona e se afeta por elas. Ou seja, partes independentes que formam padrões de rede. É importante salientar que os sistemas podem ser fechados ou abertos e que um sistema existe dentro de outros sistemas e se inter-relacionam. Um sistema aberto está sempre em movimento, tanto internamente quanto em seu entorno, continuamente importando, transformando e exportando os diferentes dados recebidos, enquanto que um sistema fechado não se relaciona com o meio, não sofre influência do ambiente (BERTALANFFY, 2008). Em um sistema fechado, a imprevisibilidade e a subjetividade não encontram espaço, não permitindo, portanto, a ação intrínseca do ser humano.

Voltando ao modelo teórico que emergiu da Teoria Fundamentada em Dados, a questão nuclear é a vivência do trabalho do médico perito. Nessa vivência, o médico encontra-se em constante movimento entre o sentir-se potente e o sentir-se impotente no seu trabalho. No cotidiano desse trabalho, o perito conta com processos de capacitação proporcionados pelo INSS e ao longo do tempo, vai adquirindo experiência e sentindo-se tecnicamente preparado, além de conhecer melhor sua profissão. Ele se “encontra” nessa práxis, sentindo bem-estar na sua atividade. A partir da capacitação oferecida pelo INSS com regras normativas e diretrizes a seguir, o médico sente-se seguro para atuar.

Por outro lado, conhecendo as expectativas do INSS em relação ao seu trabalho, por meio das capacitações e reuniões técnicas, ao se deparar com o segurado com suas expectativas próprias, encontra-se impossibilitado de atender a todas essas expectativas, pois elas são conflitantes. Alem disso, reconhece que o ato médico tem também grande peso da subjetividade como qualquer outro ato humano, sendo passível de erro. Com essa percepção, o sentimento de potência perde espaço para o de impotência, surgindo um movimento contínuo entre eles.

Quando vivencia essas expectativas conflitantes, o médico acaba por deparar-se com conflitos decorrentes da impossibilidade de responder às mesmas, em um Instituto que o capacitou para reconhecer direitos dos segurados com base

em regras. O perito considera o segurado despreparado para o processo da perícia e com suas próprias expectativas para o recebimento do benefício, dificultando ainda mais seu trabalho. Nesse momento, o médico sente-se no fio da navalha, precisando decidir o resultado de uma perícia nessa situação difícil de possível conflito.

O médico se depara com expectativas que não são decorrentes somente do despreparo do segurado para o processo pericial. Outros fatores interferem para a geração dessas expectativas pelo benefício. Ele identifica que o mau funcionamento do SUS (Sistema Único de Saúde) resulta no aumento do tempo que o segurado precisa para ser atendido e tratado e, conseqüentemente, no maior tempo que necessita estar em benefício, ou seja, receber pagamento do INSS devido à sua incapacidade. Muitas vezes, esse aumento do período de incapacidade não é contemplado pelas normatizações do INSS, que preconizam uma padronização em tempos médios de afastamento (incapacidade) de cada patologia geradora de benefício.

À expectativa do segurado, soma-se o desconhecimento do médico assistente em relação à perícia. O médico assistente, nesse caso, é quem acompanha e trata o segurado e, ao sugerir o tempo de tratamento, aumenta a expectativa deste em relação ao benefício. A previsão do período de incapacidade é uma atribuição do médico perito. O médico assistente pode sugerir o tempo de tratamento. Tanto o segurado quanto o médico assistente podem ter expectativas quanto ao tempo de recebimento do benefício, que muitas vezes não são atendidas pelo perito. Há que se lembrar que ainda os tempos “dados” pelo perito são previstos em normativas.

O perito ainda identifica que as expectativas dos segurados está associada às vivências sociais e afetadas por determinantes sociais em saúde. O desemprego, a crise econômica do país geram a necessidade de auxílio financeiro. Como o amparo social é deficiente, um caminho procurado para obtenção desse auxílio é através da perícia médica, sob a forma de auxílio-doença. Para este fim, há necessidade de se comprovar a incapacidade, que muitas vezes não existe sob o ponto de vista do perito, aumentando a chance de conflitos.

Os conflitos são situações difíceis para o médico perito, mas ele não demonstra em seu discurso o desejo de abandonar a sua profissão. Ao se deparar com o conflito, ele percebe a falta de apoio do INSS, acredita que a insegurança é

uma constante em sua profissão e tenta dar um caráter técnico-objetivo à sua atividade, para poder sentir-se potente novamente, como forma de continuar o seu trabalho.

Voltando essa discussão à complexidade, o trabalho do médico perito pode ser considerado como um sistema que se relaciona tanto com as dimensões internas (a subjetividade, o próprio INSS), como com as dimensões externas (o Estado, sob a forma do SUS, a falta de preparo do segurado e do médico assistente, a falta de amparo social, as crises econômicas; e o segurado com suas expectativas e subjetividades).

Visto como um sistema, o trabalho do médico perito pode ser mais fechado ou mais aberto. Pelo INSS, esse sistema é tratado como sendo fechado e sua forma de organização é baseada nessa consideração. Ao treinar e capacitar continuamente o perito, esse Instituto acredita que construindo degraus de conhecimento é possível chegar à eficácia e à potência desse trabalho, sem levar em consideração outros fatores envolvidos. Assim, o Estado (sob a forma do INSS) acredita que a realidade do trabalho do médico perito é repetitiva, controlável e que é possível eliminar o erro e a incerteza da sua prática. Acredita também na possibilidade de que o processo de capacitação seja suficiente para que as dificuldades intrínsecas do trabalho do perito sejam sanadas. Porém, como qualquer sistema vivo, o trabalho do médico perito não deveria ser um sistema fechado, que não se relaciona com o meio, mas um Sistema Dinâmico Complexo e Adaptativo (SDCA), aberto, que interage internamente e com o meio. Um SDCA tem como principal característica a capacidade de auto-organização, permitindo que se adapte às mudanças no meio onde se encontra (MARIOTTI, 2010).

A necessidade de repensar a questão da organização do trabalho do médico perito já foi apontada por Melo e Assunção (2003) como necessária para modelar a carreira de forma compatível com a natureza da atividade. O desafio atual é a reformulação do paradigma cartesiano existente como forma de conhecimento que atua na concepção da organização do trabalho pericial.

O presente estudo apóia a mudança de paradigma na construção de relações e organização do trabalho com uma visão complexa de mundo que proporcione novas compreensões acerca desse trabalho. Para Mariotti (2010, p 50), “onde há seres vivos há acasos, erros, enganos e incertezas”.

Seria um engano considerar que os envolvidos no sistema, no caso do estudo, os médicos peritos, movimentam-se entre a potência e a impotência e sentem-se impotentes porque são vistos e tratados como um sistema fechado, pela forma de organização do seu trabalho. Na realidade, como mostrado no trabalho, os médicos peritos sentem-se mais confortáveis e potentes quando tentam dar um caráter técnico-objetivo ao seu trabalho, pois esta é uma maneira de facilitá-lo, desconsiderando outros fatores e encontrando apoio no INSS através da capacitação e expectativa desse Instituto.

Encontra-se muita resistência em mudar a visão de mundo cartesiana de nossos modelos mentais e buscar novas e criativas maneiras de ver as organizações, seus membros e suas relações. Os fatores que puxam o sistema ou o indivíduo para longe do equilíbrio podem ser vistos como exceção e logo é desenvolvida uma maneira de retornar a ela quando não há alargamento da visão de mundo existente. Os SDCA são uma ampliação de uma visão mais restrita e clássica, longe do equilíbrio. Quanto mais longe do equilíbrio mais os sistemas sentem a vida e seria nela que os efeitos sistêmicos se manifestariam (GUERRINI, SPAGNUOLO, 2008). Para efeito de esclarecimento, o conceito de “equilíbrio” na Teoria da Complexidade é um estado de restrições e repetições de padrões de comportamento que limitam a dinâmica e podem ameaçar a sobrevivência do sistema (WHEATLEY, 1999).

O excesso do controle e de burocratização, com cobranças no trabalho contribuem para a baixa resolutividade das ações e para o fechamento do sistema. Para Wheatley (1999), o poder nas organizações se dá por meio de padrões de relacionamentos, e não de hierarquias. A superioridade do Estado e a hierarquia do sistema não são importantes no novo paradigma da visão complexa do mundo. Wheatley (1999, p. 52-53) afirma que “como poder é energia, este precisa fluir pelas organizações; não pode ficar confinado a funções ou níveis”. Logo, “o bom relacionamento nas organizações é a fonte mais abundante de poder de que dispomos”.

Essa mudança de paradigma do conhecimento onde este precisa ser visto como rede com múltiplas interações e não mais como blocos de construção que se colocavam um acima do outro, hierarquizados com finalidade de atingir um objetivo, pode causar uma impressão de “desmoronamento” do modelo mental conhecido (CAPRA, 2006). A Teoria da Complexidade apóia que novas práticas e

novas relações sejam formadas nesse novo paradigma. O fortalecimento das relações interpessoais favorece a abertura do sistema e desse modo, aumenta a probabilidade de mudar-se a visão do mundo.

Esse estudo apontou uma nova possibilidade do Estado se relacionar com o trabalho do médico perito como um sistema vivo. Se dispusesse de elementos facilitadores que o movimentassem para um sistema aberto, o sistema se transformaria e se auto-organizaria (MARIOTTI, 2010). Ao mudar-se a visão de mundo e o modelo mental que enxerga o mundo como uma máquina, também muda nossa perspectiva psicológica e nossos graus de liberdade se expandem. Dessa forma, a reciprocidade das relações humanas e entre Estado e trabalho de perito podem ser vivenciadas.

Na visão da complexidade, há atratores que conduzem o trabalho do médico perito para ser um sistema mais aberto ou mais fechado. Atratores são para onde o sistema caminha, se direciona. É o que atrai o sistema. Atratores do paradigma cartesiano, com relações previsíveis e de pouca liberdade para criar e mudar conduzem para o fechamento do sistema (figura 3). O controle, a hierarquia, a não consideração da individualidade mantêm o sistema fechado. Regras a seguir e pretensão de imparcialidade, desconsiderando a subjetividade, não possibilitam o sistema a se apresentar como vivo e complexo, como verdadeiramente é. Assim, novos padrões de ordem não são criados e sua capacidade criativa não é reconhecida.

Os discursos dos atores participantes do estudo corroboram com o modelo cartesiano de mundo, quando apresentam centralização do processo pericial no médico, não considerando a interação de uma possível equipe de trabalho, o que o leva para próximo do estado de equilíbrio. Isso pode estar relacionado com a formação do médico, cartesiana, focada no “diagnóstico-tratamento”, que centraliza o trabalho e a responsabilidade e não favorece interações. Em um trabalho com acadêmicos dos cursos de Medicina, Enfermagem e Odontologia da Universidade Federal do Amazonas, Moretti-Pires (2009) relata o descompasso entre as formações do ensino superior e a necessidade de atuação complexa nas práxis da saúde, o que pode refletir a visão de mundo e a fragmentação dos saberes difundidos nesse espaço.

A formação do médico e a sua capacitação para atuar como médico perito favorecem a visão de que a falta de apoio que sente no INSS é devida à insegurança que sente em relação aos conflitos vivenciados, quando não sente respaldo no cumprimento de normas exigidas pelo Instituto. Esse profissional não se

ressente da falta de apoio psicológico, da falta de um espaço para colocar suas angústias, dificuldades e medos. Talvez pela visão cartesiana que tem pela sua formação, também acredita que seu trabalho possa ser um sistema mais previsível, próximo do equilíbrio e da estabilidade, agindo conforme normas preconizadas.

Assim, a importância da educação permanente condizente com a maneira complexa de visão de mundo e a reformulação da formação acadêmica atraem para a abertura do sistema, possibilitando espaços para as incertezas, as imprevisibilidades, a criatividade para o planejamento alicerçado em cenários, com múltiplas possibilidades e com capacidade de auto-organização (figura 3).

Por fim, mas sem terminar essa infinita discussão, é apresentado pela visão da complexidade um sistema, o trabalho do médico perito, que está sendo atraído para um estado de estabilidade e certezas, e mantido nessa condição por atratores do paradigma cartesiano, não se reconhecendo como um SDCA, não criando novos padrões de ordem e desconhecendo seu poder contínuo de adaptação.

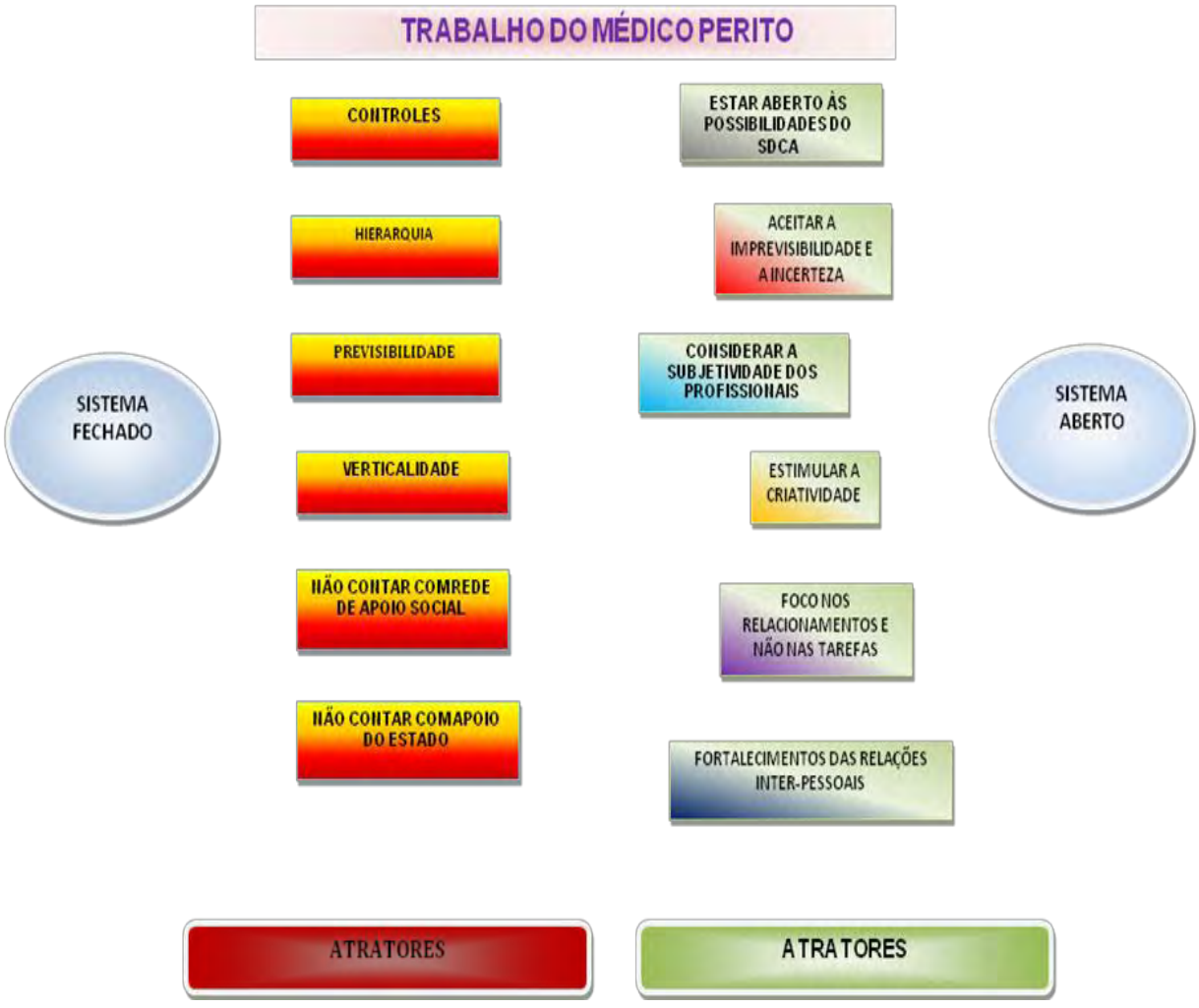

Figura 3 – O trabalho do médico perito como um sistema complexo: atratores.

CAPÍTULO 6

CONSIDERAÇÕES FINAIS

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para finalizar este trabalho, a inquietação que moveu a pesquisa, em tentar compreender a experiência de trabalho do médico perito vai continuar. Iniciar na pesquisa qualitativa não foi uma tarefa simples, porém foi “familiar”. Explorar as relações humanas, tentar entendê-las, tornar a distância menor entre os seres humanos são possibilidades desta forma de abordagem, que capta dados mais “subjetivos”. Sob a perspectiva da *Grounded Theory*, foi possível obter avanço na compreensão do objeto, pois ela permite a ampliação do conhecimento sobre os movimentos do sujeito na sua experiência. Discutir essa experiência à Luz da Complexidade permitiu um maior entendimento das relações envolvidas na experiência do sujeito estudado. Ainda que este novo pensamento seja complexo, como o próprio nome já diz, a iniciação nessa Nova Ciência constituiu para a pesquisadora mais um impulso para a construção de uma nova maneira de ver o mundo, com base nas desafiadoras e atuais mudanças de paradigmas da ciência e dos modelos mentais.

Dessa pesquisa, fica o desejo que o Estado ofereça apoio, valorize as relações interpessoais, “enxergue” os indivíduos com um Todo e como parte do Todo, valorizando-os. Concentrar e centralizar ações e informações tem como objetivo o controle e o poder. Sistemas que se organizam com base no controle e na hierarquia, visando o trabalho produtivo, sem preocupação com outras dimensões e sem entender a rede existente, com ilusões acerca de que traz mais credibilidade o que se pode medir e controlar, desconsideram a incerteza e a auto-adaptação como componentes indiscutíveis de todo e qualquer sistema vivo.

Os resultados deixaram visível a resistência do modelo existente na tradição de organização de órgãos do Estado, com base na hierarquia e no controle. Um primeiro passo é reconhecer essa resistência e pensar formas de melhorar as relações, olhando suas deficiências, apesar da crença de que tudo está sendo realizado para facilitar o trabalho e possibilitar a sua melhoria. Ou seja, uma real mudança é apoiada pela nova visão. Uma desconstrução dos modelos mentais existentes com finalidade de relações mais felizes.

Um estudo como este possibilita aos médicos peritos, ao INSS e ao Estado, uma melhor compreensão, a partir do significado dos próprios médicos, da experiência do processo de trabalho do perito sob a Luz da Complexidade. Dessa forma, ficam contribuições para todos os envolvidos na direção de repensar o modo como está funcionando esse trabalho.

De acordo com a complexidade, o total e o global devem ser pensados. Porém localmente também é possível atuar. As partes mimetizam o todo, que é fortalecido quando cada parte também se torna mais forte. É válido trabalhar em todo o sistema porque conexões não visíveis criam efeitos à distância. Ainda para a complexidade, o todo é mais que a soma das partes e essa relação todo-partes constitui um processo onde novas características surgem, com capacidade de atuar sobre as partes. Isto posto, algumas sugestões podem ser feitas a partir do estudo, à dimensão político-administrativa do Estado, para que fortaleça suas partes, conduzindo-as para que se tornem autônomas, pois isso lhes confere poder para melhorar a qualidade dos seus relacionamentos. Relações baseadas no controle e na pressão atraem o movimento do trabalho para um sistema mais fechado, com pouco potencial de mudança e pouco adaptativo. Enquanto essa dimensão tiver como única opção criar regras e diretrizes para gerar trabalho produtivo, o trabalho adoece e fica estagnado.

Para que haja o fortalecimento das partes e dos indivíduos, os profissionais precisam de redes de apoio social. Precisam ter espaços para colocar suas angústias e conflitos gerados pela incerteza que surge dentro de um sistema que é tratado como fechado e que procura trabalhar dessa maneira. Reuniões de educação permanente são importantes e valiosas, porém de igual importância são os espaços sugeridos de apoio para que se encontrem soluções criativas para problemas inerentes ao trabalho. Às vezes, pequenas mudanças propagam-se por toda a organização, transcendendo certas aparentes barreiras.

Ao INSS ainda fica a sugestão de concentrar menos esforços em aperfeiçoar controles e modos conhecidos e clássicos de supostamente melhorar o trabalho. É necessário considerar a importância das relações humanas e a capacidade de auto-organização dos sistemas, dando apoio estrutural e psicológico aos trabalhadores. Situações de cobrança e pressão levam o sistema para atratores negativos e para seu fechamento. Dedicar mais tempo em preocupar-se com as

relações e o bem-estar dos trabalhadores pode levar a resultados melhores que o planejamento baseado na forma cartesiana, onde o foco inicial é o resultado.

Às escolas de Medicina, fica a sugestão para que o modo de organização dos currículos dos futuros médicos seja repensado, no sentido de considerar as incertezas e as diferenças individuais de todos os indivíduos, sejam alunos, professores ou pacientes. É preciso diminuir a força do determinismo e do modo cartesiano de diagnosticar e tratar as patologias, que desconsideram fatores de adaptação e incertezas. Enfim, que a Nova Ciência e o pensamento complexo possam encontrar espaço nos órgãos formadores.

Finalizando o estudo, as sugestões aqui levantadas, apoiadas pela Complexidade, não esgotam as possibilidades, como também não há verdades absolutas. A inexistência de respostas prontas não deveria perturbar o modelo mental existente. A desconstrução e a reconstrução constantes da realidade podem levar à liberdade e à abertura para que novas e mais adaptadas atitudes e ações possam surgir da nova maneira de ver o mundo.

REFERÊNCIAS

AGUDELO, S.F. La violencia: un problema de salud pública que se agrava en la región. **Bol. Epidemiol. OPS**, n.11, p.1-7, 1990.

BERTALANFFY, L.V. **Teoria geral dos sistemas.** Petrópolis: Editora Vozes, 2008.

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

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 parar os respectivos empregados, **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil,** Brasília, DF, 24 jan. 1923. Seção 1, p.10859.

BRASIL. Lei 3807, de 26 de agosto de 1960. Dispões sobre a Lei Orgânica da Previdência Social, **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil,** Brasília, DF, 05 set. 1960. Seção 1, p.12157.

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, 02 fev. 1976. Seção 1, p.1.

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

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

BRASIL. Decreto nº 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 nº 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. **Manual de perícia médica**. Brasília, 2006.

CAPRA, F. **Pertencendo ao universo**: explorações nas fronteiras da ciência e da espiritualidade. 6.ed. São Paulo: Editora Cultrix, 2006.

FIELD, P.A.; MORSE, J.M**. Nursing research**: the application of qualitative approaches. Maryland: Aspen Publishers, 1985.

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

GLASER, B.G.; STRAUSS, A.L. **The discovery of grounded theory.** New York: Aldine, 1967. 271p.

GUERRINI, I.; SPAGNUOLO, R.S. Metáforas da nova ciência para educar em tempos de pós-humanidade**. R. Inter. Interdisc. INTERthesis**, v.5, p.73-92, 2008. Disponível em: <http://www.periodicos.ufsc.br/index.php/interthesis/article/view/2232/10880>. Acesso em: 26 fev. 2010.

LÜDKE, M,; ANDRÉ, M.E.D.A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 2007. 100p.

MARIOTTI, H. **Pensando diferente**. São Paulo: Editora Atlas, 2010. 302p.

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/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-97022004000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 Jan. 2011.

MELLO, A.L.F.; ERDMANN, A.L. Investigation oral healthcare in the elderly using grounded theory. **Rev. Latinoam. Enferm**, v.15, n.5, p.922-928, 2007.

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

MELO, M.P.P.; ASSUNCAO, 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/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312003000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 Jan. 2011.

MINAYO, M.C (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8.ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MORA, M. Auxílio-doença: contribuição para um diagnóstico. **Bol. Conjunt. IPEA**, n.77, p.89-101, 2007.

MORETTI-PIRES, R.O. Complexidade em Saúde da Família e formação do futuro profissional de saúde. **Interface Comum. Saúde, Educ.**, v.13, n.30, p.153-166, 2009.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. Porto Alegre: Editora Sulina, 2005.

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/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000700007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 Jan. 2011.

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.

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**. 5.ed. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2003.

TORRES, J.J.M. Teoria da complexidade: uma nova visão de mundo para a estratégia. In: EBEC, 1., 2005. **Anais...** Curitiba: PUC/PR, 2005. Disponível em: http://www.facape.br/ruth/adm-filosofia/Texto_5_ - Teoria_da_Complexidade_e_Estrat.pdff>. Acesso em 19 fev. 2010.

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.

VELAZCO, C.L.R. **Ajustando el lente**: Equipos de trabajo y cambio de las organizaciones desde um enfoque complejo. Habana, 2007. Pensando La complejidade, 6.

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.

WHEATLEY, M.J. **Liderança e a nova ciência**: aprendendo organização com um universo ordenado. São Paulo: Cultrix, 1999.

WHEATLEY, M.J. **Liderança para tempos de incerteza**: a descoberta de um novo caminho. São Paulo: Cultrix, 2005.

WRIGHT, L.M; LEAHLEY, M. **Nurses and families:** a guide to family assessment and intervention. 5.ed. Philadelphia: F. A. Davis, 2009.

APÊNDICE

APÊNDICE - QUADROS DE CÓDIGOS

ENTRE A POTÊNCIA E A IMPOTÊNCIA DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DE MÉDICO PERITO NO INSS: A IMPORTÂNCIA DO ESTADO COMO COMPONENTE DILEMÁTICO E PARADOXAL

Quadro 3 – Tema A.1. Chegando sem experiência no INSS.

Tema A.1. Chegando sem experiência no INSS: códigos.
• Tendo pouco contato com a perícia médica no início (inexperiência) (M1.1). • Considerando seu trabalho como experiência nova (m4.2). • Reconhecendo que quando entrou no INSS não conhecia o trabalho de perícia médica (m5.1). • Tendo pouca experiência quando entrou como perito em 2005 (m10.1). • Tendo nenhuma experiência como médico do trabalho antes de ser perito (m10.2).

Quadro 4 – Tema A.2. Sendo capacitado pelo INSS para trabalhar na perícia.

Tema A.2. Sendo capacitado pelo INSS para trabalhar na perícia: códigos.
• Sentindo capacitado para atuar após treinamento no INSS (M1.1). • Considerando que a capacitação facilita o trabalho do perito (M1.1). • Sentindo capacitado para atuar após treinamento no INSS (M1.1). • Sentindo-se mais apto a reconhecer a dissimulação dos pacientes após capacitação (M1.1). • Considerando que a capacitação melhorou o trabalho do perito (M1.3). • Entendendo o treinamento como uma ação eficiente (M1.3) . • Sendo capacitado para definir as coisas que estão dentro da legislação previdenciária (m6.15).

Quadro 5 – Tema A.3. Contando com o tempo para adquirir experiência.

Tema A.3. Contando com o tempo para adquirir experiência: códigos.
• Considerando a experiência como aliada no trabalho como perito (M1.3). • Considerando melhora no atendimento pericial ao longo do tempo (M1.3). • Considerando que adquiriu traquejo ao longo do tempo (M3.5). • Considerando que a experiência faz o perito desarmar e conseguir reconhecer mais facilmente quem tem incapacidade e quem está simulando (M9.5) • Adquirindo experiência de ouvir mais o segurado durante a perícia ao longo do tempo (M9.6). • Adquirindo experiência de olhar mais para o segurado durante a perícia (M9.7). • Sentindo grande melhora no manejo do segurado com a experiência (M10.2). • Estando agora mais tranqüilo o trabalho como perito (M10.2). • Adquirindo a maneira de se portar com o segurado com a experiência (M10.2). • Evoluindo ao longo do tempo como perito (M10.2).

- Tendo a tendência de sempre melhorar seu trabalho (M10.3).
- Tendo facilidade com o manejo do segurado atualmente (M10.3).

Quadro 6 – Tema A.4. Passando a desempenhar prazerosamente o papel de perito.

Tema A.4. Passando a desempenhar prazerosamente o papel de perito: códigos.
• Considerando que no final de tudo gostou da profissão (M2.9). • Considerando que gosta demais de trabalhar como perito (M4.1). • Achando que o trabalho como perito traz uma satisfação muito grande (M5.7). • Achando que o trabalho como perito é muito importante (M5.7). • Considerando que é um serviço que gosta de fazer (M5.2). • Sentindo-se bem em fazer perícia (M5.15). • Considerando o trabalho como perito interessante (M6.1).

Quadro 7 – Tema A.5. Exercendo a atividade de médico perito.

Tema A.5. Exercendo a atividade de médico perito: códigos.
• Considerando que o papel da perícia é atender o direito do segurado (M1.2). • Estando agora mais tranquilo o trabalho como perito (M10.2). • Reconhecendo seu papel como perito de dar o benefício a quem tem direito (M1.4). • Considerando que seu trabalho permite garantir o direito do segurado que está trabalhando de aposentar-se (M2.1). • Considerando que sua obrigação é “tentar” ser o mais justo possível entre os que precisam usar o dinheiro antes da aposentadoria dentro dos benefícios que tem e aqueles que estão trabalhando e querem que sobre dinheiro para se aposentar (M2.6). • Considerando que administra o dinheiro de muita gente (M2.6). • Considerando que quando o perito estipula prazo de benefício, está usando o dinheiro das pessoas que estão contribuindo, para o benefício de alguém que está precisando (M2.6). • Considerando a perícia como atividade de avaliação e controle por separar as pessoas que precisam do benefício das que não precisam e das que estão capacitadas das que estão incapacitadas (M5.14). • Considerando a perícia como serviço de controle de quem entra no sistema e quem não entra (M5.14). • Sendo a previdência social vista como um seguro pelo governo (M6.10). • Tendo que saber se a doença é incapacitante para a atividade do segurado (M6.12). • Sendo sua função avaliar se o benefício está adequado ou não (M7.2). • Estando no trabalho de perito para ver se o segurado está incapaz para o serviço (M8.1).

Quadro 8 – Tema B.1. Vivenciando as expectativas entre o médico perito, o segurado e o INSS.

Categoria B1.1. Conhecendo a expectativa do INSS: códigos
• Sentindo pressão do INSS sobre o perito (M9.18) • Considerando que a dificuldade é maior com as diretrizes recentes que falam a média de reestabecimento (M3.2) • Considerando que o perito obedece o que mandaram fazer (M4.2) • Considerando que há diretriz para o perito seguir (M4.3) • Considerando que segue a diretriz (M4.3) • Considerando que o Instituto fala para o perito obedecer a diretriz (M4.3) • Considerando que há diretriz para seguir (M4.4) • Considerando que o perito precisa justificar por que o segurado não melhorou naquele período preconizado pela diretriz (M4.4) • Seguindo diretriz clínica (M4.4) • Seguindo a lei no seu trabalho como perito (M4.7) • Sentindo que os peritos tem uma cobrança muito grande (M5.3) • Considerando maior cobrança da parte não médica (M5.4) • Sentindo-se cobrada pela parte administrativa (M5.4) • Sentindo-se cobrada em tempo de perícia (M5.5) • Sentindo-se cobrada em produtividade (M5.5) • Tendo a impressão que tudo o que faz está sendo controlado, vigiado pelo setor administrativo (M5.5) • Tendo a impressão que o setor administrativo acha que o perito está burlando alguma coisa, não fazendo o que deveria ser feito (M5.5) • Sentindo-se realmente cobrada em relação a horário de trabalho (M5.6) • Seguindo uma normativa para fazer perícia (M5.14) • Estando restrito às regras do sistema de concessão do benefício (M7.1) • Considerando não poder superar as regras do sistema para atender as expectativas do segurado (M7.7) • Considerando que na verdade quem não concedeu o benefício foram as regras e não quem analisou (M7.8) • Considerando que analisa o benefício conferindo situação com as regras do INSS (M7.8) • Sendo influenciado pela pressão do sistema do INSS (M9.18) • Sentindo pressão do INSS sobre o perito (M9.18) • Obedecendo a legislação do sistema do INSS no seu trabalho (M10.20)
Categoria B1.2. Percebendo a expectativa do segurado: códigos
• Considerando que tem pessoas que querem receber o que não tem direito (M6.21). • Segurando vindo com expectativa gerada pelo médico assistente em relação ao afastamento (M8.3) • Considerando que o segurado chega na perícia com expectativa de ficar afastado (M8.4) • Encontrando situações que o segurado tem idéia fixa que está doente e devem receber salário, mesmo que não incapacitados (M9.6)

Categoria B.1.3. Deparando-se com as expectativas do trabalho como médico perito em relação à subjetividade do ato médico.
Subcategoria B.1.3.1. Tentando dar um caráter técnico-objetivo ao trabalho: códigos.

- Acreditando que não julga o mérito do segurado estar ou não doente na realização do seu trabalho como perito (M2.2).
- Acreditando que realiza seu trabalho partindo do fato de o segurado estar doente (M2.2).
- Acreditando que julga o mérito de estar ou não incapaz de trabalhar (M2.2).
- Considerando que o perito deve ser o mais justo possível (M2.7)
- Considerando que o perito deve achar certinho quando começou a incapacidade para tentar ser o mais certo possível (M2.7)
- Procurando atuar sempre dentro da legislação e de maneira ética (M5.16)
- Considerando que a perícia não tem juízo de valores (M7.7)
- Sendo sua obrigação ser imparcial com o segurado (M9.3)
- Querendo ser totalmente imparcial na perícia, desvinculado da previdência e de qualquer outro órgão (M9.10)
- Querendo ser imparcial na perícia como um juiz (M9.10)
- Procurando não julgar ninguém na perícia (M9.15)
- Tentando ser o mais imparcial possível na perícia (M9.15)
- Achando que deve ser feito o justo dentro da lei para o segurado (M10.18)

Subcategoria B1.3.2. Deparando-se com a subjetividade do ato médico: códigos.

- Considerando que dor é uma coisa subjetiva (M2.2)
- Considerando que duas pessoas iguais podem ter sintomas diferentes depois de uma cirurgia (M2.2)
- Reconhecendo que incapacidade é um pouco subjetiva (M2.2)
- Reconhecendo que também os peritos são humanos e não acertam 100% na avaliação (M2.2)
- Considerando que o perito também tem dor, está chateado, com TPM, está com algum problema que interfere não na decisão pericial, mas talvez na empatia com o segurado (M2.3)
- Percebendo que às vezes quando uma perícia é mais turbulenta é porque também não estava muito legal no dia (M2.3)
- Considerando que se o perito não está muito legal no dia, entra no jogo e entra no bate-boca(M2.4)
- Considerando que na perícia também tem o médico mais subjetivo e os mais objetivos (M2.4)
- Considerando que alguns médicos tem mais conflitos e outros menos (M2.4)
- Considerando angustiante negar um benefício porque às vezes não está bem certo (M3.1)
- Considerando que precisa lidar com algum grau de incerteza (M3.1)
- Considerando que lidar com grau de imprecisão é difícil para os peritos (M3.2)
- Considerando que os peritos tem dificuldades em aceitar que tem pessoas que não se enquadram na média prevista na diretriz (M3.2)
- Considerando atitude do momento ser favorável ou desfavorável ao benefício (M5.16)

- Comparando a perícia a um ato médico possível de situações de mais rigor ou menos rigor (M5.16)
- Considerando que não é infalível (M5.16)
- Sendo a atividade médica uma atividade não exata (M5.17)
- Acreditando que diminuiu a aparente subjetividade da perícia o fato de não entregar o resultado (M6.16)
- Considerando que as pessoas fazem juízo de valores inevitavelmente (M7.9)
- Achando que fez o correto na medida do possível da sua consciência e do que sabe (M8.2)
- Reconhecendo que pode errar após a perícia (M9.15)
- Reconhecendo que percebe que erra às vezes após a perícia (M9.15)
- Sendo influenciado pelo próprio estado de espírito (M9.18)
- Tendo mais afeição por segurado com profissão mais sofrida no seu trabalho como perito (M9.19)
- Considerando que observando um pouco mais o segurado e sua profissão consegue errar menos na avaliação pericial (M9.22)
- Considerando a subjetividade de doenças psiquiátricas problema enfrentado pelo perito (M10.9)

Quadro 9 – Tema B.2. Experienciando o conflito no processo de trabalho.

Categoria B.2.1. Vivenciando o conflito com o periciado sob o ponto de vista do perito. **Subcategoria B.2.1.1. Segurado não tendo informações corretas sobre seus direitos e deveres: códigos.**
• Sentindo que o segurado muitas vezes não entende o papel do perito (M1.4) • Considerando que em alguns casos os segurados são um pouco ríspidos por desconhecerem a legislação, a função do INSS e da perícia (M5.8) • Considerando que a previdência peca em não esclarecer a população em relação ao papel da perícia, do benefício e do INSS (M5.8) • Tendo diante dele um segurado que não conhece seus direitos plenamente (M7.1) • Considerando que o segurado mesmo estando com boa fé, muitas vezes está mal informado (M7.9) • Considerando que o segurado procura atendimento, não sabendo função da perícia médica (M8.3) • Considerando que o segurado não sabe a função da perícia (M8.3) • Achando que não está clara a função da perícia para o segurado (M8.4) • Sentindo bastante desinformação por parte do segurado do que é a perícia (M9.3) • Considerando que o segurado desconhece o papel da perícia (M9.8) • Achando que falta divulgação da função da perícia para o segurado (M8.1) • Faltando campanha para o entendimento do segurado sobre os direitos dele (M8.1) • Considerando que deveria haver mais informação para a população sobre a previdência (M9.10) • Devendo a mídia aumentar o canal de informação ao segurado (M10.3)

Subcategoria B.2.1.2. Segurado tendo informações incorretas sobre seus direitos e deveres: códigos.

- Sendo entendido como coisa pessoal pelo segurado quando o perito não prorroga o benefício (M4.4)
- Considerando que o segurado vem baseado em informação simples que ouviu falar das pessoas (M7.5)
- Existindo insegurança por parte dos beneficiários por histórias e folclores de que o perito não examina, é mal educado, rasga atestado (M9.2)
- Considerando que tem segurado que acredita que o perito ganha por benefício negado (M9.10)

Subcategoria B.2.1.3. Médico assistente contribuindo para expectativa do segurado: códigos.

- Considerando que às vezes o segurado já vem com aquela sensação de incapacidade pelo tempo de benefício, pelas informações do médico assistente passa para ele (M3.3)
- Desconhecendo a diferença de doença e incapacidade por parte da população e dos colegas médicos assistencialistas (M10.4)

Subcategoria B.2.1.4. Tendo o segurado predisposição para o conflito: códigos.

- Percebendo que tem segurado que está disposto a arrumar confusão só da maneira de olhar e se comportar na sala (M2.3)
- Considerando difícil que um segurado que arruma confusão onde tem agressão não tenha saído de casa preparado para isso (M2.3)
- Considerando que o segurado já vem meio disposto para o conflito, mas não pode garantir que seja 100%, pois na medicina nada é 100%. (M2.4)
- Considerando que o segurado já vem disposto a brigar (M2.5)
- Considerando que alguns segurados já vem determinados a criar problemas (M4.6)
- Considerando que o segurado que quer agredir, vai agredir (M4.7)
- Existindo uma indisposição do segurado em ouvir explicação na maior parte dos casos (M7.4)
- Considerando que o segurado não ouve as primeiras explicações porque está pensando no que falar enquanto o perito explica (M7.4)
- Considerando que o segurado entra na perícia achando que tem direito (M7.7)

Subcategoria B.2.1.5. Segurado desejando o benefício: códigos.

- Considerando que há conflito quando o solicitante do benefício se acha no direito de recebê-lo (M2.1)
- Considerando que a pessoa já vem disposta a brigar porque está percebendo que vai perder o benefício ou que sua patologia não está mais tão grave (M2.6)
- Considerando que o segurado não quer ouvir mais nada quando o benefício não é prorrogado (M4.4)
- Considerando que segurado vai na perícia atrás do benefício (M7.2)

Categoria B.2.2. Deparando-se com a falta de segurança e apoio pelo INSS.
Subcategoria B.2.2.1. Não contando com apoio de INSS: códigos.

- Sentindo pouco empenho pela previdência em resolver questão de agressão contra os médicos ou contra o funcionário (M5.2)
- Sentindo certa displicência do Instituto com relação à segurança do perito (M5.2)
- Considerando questão de agressividade do segurado muito frouxa pela previdência (M5.9)
- Tendo a impressão que a previdência acolhe a pessoa e até justifica sua atitude agressiva (M5.9)
- Enfatizando que considera a situação agressiva um problema grave e que tem que ser resolvido emergencialmente pela previdência (M5.11)
- Considerando que o mecanismo de proteção à situação de conflito não tinha que partir do perito e sim da instituição para coibir esse tipo de situação (M5.12)
- Tendo a sensação que a instituição não fez nada em relação a questão da agressão (M5.13)
- Tendo a sensação que a instituição não faz absolutamente nada em relação a segurança, a atitudes mais sérias para pessoas agressivas (M5.13)
- Vendo nenhuma atitude no sentido de coibir situações agressivas por parte do Instituto (M5.13)
- Considerando que deveria ter punição para o segurado que tivesse atitude agressiva com perito (M8.7)

Subcategoria B.2.2.2. Sentindo-se inseguro em seu trabalho como perito: códigos.

- Considerando falta de segurança no trabalho (M4.6)
- Considerando que a porta detectora de metais não detecta nada (M4.7)
- Tendo a impressão que vai correr algum tipo de risco de vida em algumas situações (M5.9)

Categoria B.2.3. Identificando fatores intervenientes na perícia.
Subcategoria B.2.2.3. Sentindo influências de aspectos sociais no seu trabalho: códigos.

- Recebendo interferência no seu trabalho como perito de outros fatores como ambiente e situação de trabalho do segurado, ambiente familiar, medo do desemprego (M6.12)
- Considerando problemas em ambientes de trabalho dos segurados que desconsideram o indivíduo provocando alterações psíquicas (M6.22)
- Sentindo que houve piora recente dos conflitos por causa da crise (M8.1)
- Considerando que houve piora do conflito pelo desemprego (M8.2)
- Sentindo que o desemprego piora a relação do médico e do segurado (M8.2)
- Sentindo a tendência da piora dos conflitos com a crise (M8.2)
- Considerando que o segurado tenta algum benefício no desespero, após receber o seguro desemprego (M8.3)
- Considerando que à vezes o segurado precisa do dinheiro mais como amparo social ou seguro desemprego (M9.1)
- Considerando que segurados acham que tem direitos num país onde tudo é possível quando vêem fraudes de políticos (M9.3)

- Considerando que segurados sentem direito de ter benefício quando não há punição para aqueles de alto poder aquisitivo no país (M9.3)
- Considerando difícil avaliar a situação do desempregado quando mistura depressão pós-desemprego (M9.14)
- Sendo complicado o fator social na perícia (M10.7)
- Considerando que a previdência é o amparo de muitos desempregados (M10.8)
- Considerando que o lado social pesa muito e tem que se visto (M10.10)
- Considerando lado social na hora de cessar benefícios em trabalhos penosos que lesam o trabalhador (M10.12)
- Discutindo com colegas em casos com aspectos sociais de trabalhos penosos (M10.12)

Subcategoria B.2.3.2. Sentindo influência do mau funcionamento do SUS no seu trabalho: códigos.

- Levando em consideração casos de segurados mal tratados no SUS na avaliação do benefício (M10.13)
- Considerando também que a previdência paga todo o custo da falência do SUS (M3.2)
- Considerando que o SUS não funciona (M3.2)
- Considerando que o não funcionamento do SUS reflete em benefícios mais duradouros (M3.2)
- Considerando que os benefícios duram mais também por conta das seqüelas da demora no tratamento (M3.2)
- Considerando que entra a questão que o SUS não resolve, demora, os médicos assistentes não trabalham a possibilidade do paciente fazer outro trabalho (M3.4)

ANEXOS

Anexo 1 Consentimento livre e esclarecido de participação em pesquisa

Eu, _____ médico(a) perito (a), portador(a) do RG n° _____, domiciliado(a) na cidade de _____, concordo em participar da pesquisa intitulada "COMPREENDENDO A EXPERIÊNCIA DO TRABALHO DO MÉDICO PERITO REALIZADO EM AGÊNCIAS DO INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO 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 perícial, 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 do trabalho do médico perito;
1. foi esclarecido que a pesquisa poderá subsidiar sugestões ao INSS acerca do processo pericial empreendido pela Instituição;
2. 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	**Profa . Dra. Silvia Cristina Mangini Bocchi
CRM	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

Anexo 2 Aprovação do Comitê de Ética

unesp
Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina de Botucatu

Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu – S.P.
CEP: 18.618-970
Fone/Fax: (0xx14) 3811-6143
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br
e-mail coordenação: tsarden@fmb.unesp.br

Ética
Comitê de Ética em Pesquisa

Registrado no Ministério da Saúde em 30 de abril de 1997

Botucatu, 01 de dezembro de 2008 Of. 522/08-CEP

Ilustríssima Senhora
Profª Drª Silvia C. M. Bocchi
Departamento de Enfermagem da
Faculdade de Medicina de Botucatu

Prezada Profª Silvia,

De ordem do Senhor Coordenador deste CEP, informo que o Projeto de Pesquisa **"Compreendendo a experiência interacional médico-periciado na avaliação de incapacidade realizada em agências do INSS do interior paulista"**, a ser conduzido pela Drª Luciana Montes de Oliveira, orientada por Vossa Senhoria, recebeu do relator **parecer favorável com recomendação**, aprovado em reunião de 01/12/2008.

Recomendação: **O CEP solicita que a entrevista não seja efetuada pela Médica Perita para que não cause conflitos de interesses.**

Situação do Projeto: **APROVADO. Apresentar Relatório Final de Atividades ao final da execução deste projeto.**

Atenciosamente,

Alberto Santos Capelluppi
Secretário do CEP

Anexo 3 Alteração da mudança no título inicial do projeto de pesquisa

unesp
Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina de Botucatu

Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu – S.P.
CEP: 18.618-970
Fone/Fax: (0xx14) 3811-6143
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br
e-mail coordenadoria: tsarden@fmb.unesp.br

Ética
Comitê de Ética em Pesquisa

Registrado no Ministério da Saúde
em 30 de abril de 1997

Botucatu, 21 de Janeiro de 2011. Of. 10/11-CEP

Ilustríssima Senhora
Profª Drª Silvia C. M. Bocchi
Departamento de Enfermagem da
Faculdade de Medicina de Botucatu

Prezada Profª Silvia,

De ordem do Senhor Coordenador deste CEP, informo que nesta data (21/01/11) foi autorizada a mudança no título do Projeto de Pesquisa **"Compreendendo a experiência interacional médico-periciado na avaliação de incapacidade realizada em agências do INSS do interior paulista"** para **"Compreendendo a experiência do trabalho do médico perito, realizado em agências do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) do interior Paulista"** conduzido pela Drª Luciana Montes de Oliveira, orientada por Vossa, aprovado em reunião de 01/12/2008.

Atenciosamente,

Alberto Santos Capelluppi
Secretário do CEP

Anexo 4 Alteração de título para a dissertação

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Botucatu

JUSTIFICATIVA DE ALTERAÇÃO NO TÍTULO DO PROJETO DE PESQUISA

Declaramos que o Projeto de Pesquisa **"Compreendendo a experiência do trabalho do médico perito, realizado em agências do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) do interior paulista"** aprovado pelo CEP em 01/12/2008, teve seu título alterado para **"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"**, sem nenhuma alteração no seu conteúdo metodológico da época de apresentação para análise do CEP.
A presente alteração foi efetuada somente para adequação do título da Dissertação de Mestrado.

Botucatu, 03/02/2011.

Nome/Assinatura da aluna: Luciana Montes de Oliveira

Luciana M. de Oliveira

Nome/Assinatura da orientadora: Silvia Cristina Mangini Bocchi

Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva

✓ Preencher formulário em 2 vias e protocolar no respectivo CEP

11:12 07/02/2011