

A NATUREZA DO CONHECIMENTO NA DECISÃO MÉDICO-PERICIAL NO INSS

BÁRBARA OLIVEIRA LIMA MACEDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA (UFPB)

JOSÉ WILKER DE LUCENA MACÊDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA (UFPB)

EUFRÁSIO VIEIRA DOS ANJOS JUNIOR

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA (UFPB)

ANNA LUIZA CASTRO GOMES

A NATUREZA DO CONHECIMENTO NA DECISÃO MÉDICO-PERICIAL NO INSS

Introdução

A Seguridade Social foi concebida na Constituição Federal de 1988 com ações articuladas e integradas que envolvem três pilares: a Saúde como um direito de todos; a Previdência Social, de caráter contributivo e direcionado a trabalhadores e a Assistência Social que atende as pessoas em vulnerabilidade socioeconômica (BRASIL, 1998). Este estudo foca em benefícios previdenciários que possuem no mínimo dois requisitos: contribuição e incapacidade temporária ou permanente para o trabalho. Este último requisito cabe à perícia médica decidir (BRASIL, 1991).

A decisão médico-pericial no Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) é uma tarefa complexa que exige conhecimentos médicos e legais. Contudo, especialmente nos casos de Transtornos Mentais e Comportamentais (TMC), outros fatores precisam ser considerados, visto que tais condições exigem análise de aspectos subjetivos, que variam de acordo com os indivíduos. Além do estado de saúde mental, o perito deverá observar todo o histórico de vida do requerente, com seus aspectos sociais, individuais e organizacionais, tais como condições de trabalho, desemprego, estilo de vida, moradia, cultura, religiosidade e tudo que se pode chamar de ‘gênese biopsicossocial’ (MELO, 2014; INSS, 2010).

Exatamente por reconhecer a complexidade de tais casos, o INSS buscou estabelecer diretrizes de apoio à decisão médico-pericial através da elaboração do Manual de Procedimentos em Benefícios por Incapacidade, Volume II, Diretrizes de Apoio a Decisão Médico-Pericial em Psiquiatria. Entre os objetivos de sua criação estão a necessidade de “imprimir critérios mais objetivos na avaliação”. O Manual reconhece que a avaliação nos casos de TMC é difícil, pois existem muitos “elementos abstratos” a serem considerados e na maioria dos casos não existem “exames complementares comprobatórios” (INSS, 2010). Muitos problemas ocorrem quando as pessoas não concordam com os resultados da perícia médica e se veem desamparadas por não terem o direito concedido, segundo suas percepções (SIANO et al., 2008).

O conceito para TMC adotado para diagnóstico por médicos do INSS corresponde a perturbações clínicas que afetam a cognição, a regulação emocional e o comportamento dos indivíduos (APA, 2014). Este conceito inclui o sofrimento psicológico, biológico e mental que afeta as atividades profissionais o que, por sua vez, torna o afastamento do trabalho destas pessoas justificável. Deve-se considerar também efeitos adversos de medicações psicotrópicas, que acabam por impactar ainda mais na rotina, muitas vezes comprometendo o grau da capacidade do indivíduo. Muitos dos TMC apresentam-se crônicos ao longo da vida, causando incapacidade mesmo nos casos em que a condição está em remissão (INSS, 2010).

Os números da Previdência Social brasileira apontam os TMC como a terceira maior causa de afastamentos do trabalho de profissionais no setor privado no período de 2006 a 2017 no Brasil. No serviço público, eles são a segunda causa de afastamentos do trabalho nos últimos cinco anos. Também é comum que as pessoas que se afastam do trabalho por tais condições, façam isso de forma persistente e recorrente (MACEDO, SILVA, 2017). Esse cenário requer investigações sobre quais os parâmetros e instrumentos que orientam tais profissionais de saúde para a tomada de decisão.

O médico perito ao examinar o segurado transfere seu compromisso com o paciente para o compromisso com a lei e com o controle dos recursos públicos (MELO, 2014). Os peritos lidam com atividades insalubres e estressantes como, por exemplo, mudanças recorrentes na legislação, problemas de infraestrutura tecnológica, agências lotadas, grande quantidade de perícias realizadas em um curto espaço de tempo, ou seja, 20 minutos (LISE et al., 2013).

Os peritos do INSS usam a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, frequentemente designada pela sigla CID 10 (OMS, 1994). Mesmo que esta classificação dê subsídios para os diagnósticos de TMC, existe uma dificuldade declarada para a interpretação de sintomas específicos para cada transtorno. Sendo assim, o julgamento do perito sobre casos de pessoas com TMC não pode ser pensado independentemente das influências históricas e políticas de uma prática social (MELO, ASSUNÇÃO, 2003; MELO, 2014).

Como a sociedade vê a pessoa com TMC? Quais experiências e percepções pessoais os peritos vivenciaram e construíram ao longo de sua vida e prática médica? Estudos mostram que estas questões podem interferir nas decisões médico-periciais em casos de TMC (SIANO et al., 2008; melo, 2014; LISE et al., 2013; DURÃO, LUCAS, 2015; SILVA-JÚNIOR, FISCHER, 2015).

A incidência de conflitos entre peritos e segurados é citada por várias pesquisas e tais divergências ocorrem devido à desigualdade entre a demanda individual e a legislação aplicada no caso concreto (DURÃO, LUCAS, 2015; MELO, ASSUNÇÃO, 2003; MELO, 2003; 2014; SIANO et al., 2008; 2010). Por exemplo, Melo e Assunção (2003) fizeram um estudo a respeito da decisão médico-pericial previdenciário. Baseados na noção de julgamento oriunda do Direito e tendo como marco teórico a Hermenêutica Jurídica, de Ronald Dworkin (2001), elas defendem que decisão pericial é influenciada pelo meio social. Injunções históricas e sociais, paradigmas e convicções pessoais podem moldar a interpretação de cada perito sobre determinado caso (MELO, ASSUNÇÃO, 2003). O estudo de Lise et al., (2013) apresentou que elementos de ordem pessoal podem levar a interpretação, julgamento e conclusão diferente em perícias de TMC ainda que seja nos mesmos casos, com as mesmas circunstâncias diagnósticas

Diante do exposto, embora o perito tenha subsídios legais e médicos, é necessário recorrer a concepções construídas ao longo da vida e a aspectos subjetivos próprios e daqueles apresentados pelos segurados. Contudo, não existe consenso na literatura sobre a necessidade de se julgar com base em aspectos subjetivos em casos em que a decisão discricionária do profissional pretende aparar as lacunas da lei ou as dúvidas quanto à incapacidade para o trabalho. Em vários estudos (MELO, ASSUNÇÃO, 2003; DURÃO, LUCAS, 2015; SIANO et al., 2010) identifica-se que os autores defendem que o perito não deve considerar aspectos pessoais em seu julgamento, nem mesmo em casos em que há lacunas na lei ou em casos em que a dúvida sobre a incapacidade para o trabalho persiste, defendendo critérios estritamente objetivos na avaliação médico. Contudo, além do manual de perícia médica, alguns destes estudos consideram a importância de se conhecer o contexto socioeconômico em que os segurados estão inseridos (MELO, 2014; INSS, 2010).

Entre o trabalho real e o trabalho prescrito, a atividade pericial pode ser influenciada pela desconfiança no segurado produzindo “um palco para o conflito” entre as crenças e saberes do médico, além de originar uma discussão polêmica sobre a Previdência Social e o papel da medicina na proteção do bem-estar das pessoas em geral (MELO, ASSUNÇÃO, 2003). Percebe-se claramente o conflito de interesses: o segurado e seu médico assistente (profissional que acompanha e prescreve o tratamento médico dispensado ao segurado) fornecem informações ao perito, sendo este representante dos interesses do Estado e aqueles defensores do bem-estar geral do paciente. Ao avaliar casos de TMC, o perito desenvolve um processo interpretativo com possibilidades e limitações, o qual esta pesquisa pretende investigar.

Esta é uma discussão social relevante para que se pense na relação médico-paciente. Tabus e preconceitos sobre a figura do médico e/ou sobre a pessoa que sofre com TMC podem ser quebrados através do estudo do fenômeno. Instrumentos e estratégias podem ser

elaborados para garantir o máximo de justiça possível em tais casos e levar a sociedade a uma reflexão das possibilidades e desafios das perícias médicas em TMC.

Considerando o contexto apresentado foram levantadas questões sobre quais fatores influenciam o processo de tomada de decisão do perito médico no que diz respeito às situações que envolvem a incapacidade para o trabalho em casos de TMC. Quais as limitações e as possibilidades do trabalho do perito médico nessas situações? Quais as estratégias, documentos e diretrizes orientadoras do trabalho do perito médico, e de que maneira estes se relacionam com as suas decisões nos casos de TMC? Qual a natureza do conhecimento exigido nesta prática profissional?

Portanto, o objetivo geral deste estudo é descrever o processo de trabalho do perito médico do INSS em casos de TMC. Seus objetivos específicos são: identificar os fatores que influenciam o processo de tomada de decisão do perito do INSS quando este precisa decidir sobre a incapacidade para o trabalho e concessão de benefícios para pessoas com TMC; desvelar as limitações e possibilidades do processo de trabalho do perito no tocante as situações que envolvem diagnóstico de TMC; relacionar as estratégias, documentos e diretrizes que orientam o trabalho do perito com as decisões adotadas por eles em casos de TMC e compreender a natureza do conhecimento exigido na prática profissional do perito médico em casos de TMC no INSS.

O Conhecimento na decisão médico-pericial em casos de TMC no INSS

A natureza do conhecimento envolvido na decisão médico pericial em casos de TMC no INSS, caracterizada na seção anterior, suscita reflexões teóricas sobre o tipo de conhecimento essencial a tal prática profissional. Para Takeuchi e Nonaka (2008), o conhecimento é formado por dois componentes que parecem ser opostos e dicotômicos: o conhecimento explícito e o conhecimento tácito.

O conhecimento explícito, conforme Takeuchi e Nonaka (2008, p 15), pode ser transmitido de forma rápida, formal e sistemática aos indivíduos, “pode ser expresso em palavras, números ou sons, e compartilhado na forma de dados, fórmulas científicas, recursos visuais, fitas de áudio, especificações de produtos e manuais”. Esta dimensão envolve o conhecimento da mente, sequencial e digital.

Os mesmo autores acrescentam que o conhecimento tácito não pode ser transmitido de forma rápida, é altamente pessoal, difícil de formalizar, de se explicar, de se compartilhar e comunicar. Está “profundamente enraizado nas ações e na experiência corporal do indivíduo, assim como nos ideais, valores ou emoções que ele incorpora”. Esta dimensão envolve o conhecimento do corpo, da experiência, simultâneo e prático.

Existem duas dimensões para o conhecimento tácito: a técnica e a cognitiva. A dimensão técnica inclui “habilidades informais e de difícil detecção”, é desenvolvida por meio da experiência, mas de difícil exposição de fundamentos técnicos ou científicos, tais como insights subjetivos e pessoais, intuições, palpites e “inspirações derivadas da experiência corporal”. A dimensão cognitiva inclui crenças, percepções, ideais, valores, emoções e modelos mentais que consideramos naturais. Esta dimensão dá forma ao “modo como percebemos o mundo”. Todo conhecimento é explícito e tácito, “é inerentemente paradoxal” (TAKEUCHI e NONAKA, 2008, p. 17).

Takeuchi e Nonaka (2008, p. 17) defendem que “o processo dinâmico no qual a organização cria, mantém e explora o conhecimento” segue um padrão de síntese de teses e antíteses, no qual se assume que uma tese é inadequada, elabora-se uma antítese, que também se mostra inadequada e, daí, surge uma síntese, baseada em uma tese e antítese prévias que se reconciliam e transcendem. Esta síntese será considerada inadequada, gerando nova antítese,

que, por sua vez também será considerada inadequada, gerando nova síntese, num movimento contínuo tal qual uma espiral tese-antítese-síntese.

Aplicando a ilustração da espiral tese-antítese-síntese ao conhecimento, as dimensões tácita e explícita do conhecimento representam estes elementos aparentemente opostos que se complementam (entendemos o conhecimento tácito quando nos permitimos conhecer o conhecimento explícito), se interpenetram (existe conhecimento tácito no conhecimento explícito, e vice-versa), são contínuos, separáveis e constituem diferentes formas de se enxergar uma realidade por meio de ângulos ou contextos diferentes.

Para explicar a criação do conhecimento, Nonaka e Takeuchi (2008) defendem que a organização cria e utiliza conhecimento convertendo conhecimento explícito em tácito e conhecimento tácito em explícito por meio de quatro formas: socialização, externalização, combinação e internalização. Estas constituem o modelo SECI (sigla formada pelas iniciais dos modos de conversão do conhecimento nas organizações, as quais são descritas no Quadro 1).

Quadro 1: Modos de conversão do conhecimento

Modos de Conversão	Descrição
Socialização (tácito para tácito, indivíduo para indivíduo).	Compartilhar e criar conhecimento tácito através de experiência direta.
Externalização (tácito para explícito, indivíduo para grupo).	Articular conhecimento tácito através do diálogo e da reflexão.
Combinação (explícito para explícito, grupo para organização).	Sistematizar e aplicar o conhecimento explícito e a informação.
Internalização (explícito para tácito, organização para indivíduo).	Aprender e adquirir novo conhecimento tácito na prática.

Fonte: baseado em Takeuchi e Nonaka (2008).

Neste estudo, é utilizado o conceito do conhecimento tácito e explícito para compreender a natureza do conhecimento necessário à prática profissional do perito médico em casos de TMC no INSS. Portanto, os conceitos de conhecimento explícito, tácito e suas formas de conversão do conhecimento servem como referencial teórico para a construção do percurso metodológico e a discussão dos resultados apresentados nas seções seguintes.

Procedimentos Metodológicos

Este trabalho é uma pesquisa de campo do tipo exploratória-descritiva e de abordagem qualitativa, utilizada para que o pesquisador se aproprie de questões que indagam sobre uma realidade específica. Possibilita refletir sobre uma dinâmica social, preocupações de classes e de grupos determinantes, além de permitir transparecer a subjetividade de relações sociais, subtendendo a atividade humana como criadora, afetiva e racional (MINAYO, 2014).

O estudo foi realizado em uma agência do INSS da cidade de João Pessoa, Paraíba, selecionada conforme conveniência dos pesquisadores. Participaram da pesquisa 7 dos 8 peritos médicos que estavam ativos em sua atividade e afirmaram ter experiência em casos de segurados com TMC. Os participantes foram decodificados com a letra “P” - Perito, seguida de algarismos (Ex: P1; P2; Pn). Para caracterização dos participantes foram utilizadas as seguintes variáveis: iniciais do nome, idade, religião, estado civil, gênero, tempo como servidor na instituição e especialidade médica de formação profissional. Dos 7 participantes entrevistados, apenas 1 é do gênero masculino. A faixa etária variou entre 40 e 52 anos de vida. Enquanto 5 se identificaram como católicos, 1 denominou-se evangélico e outro

espiritualista. O tempo em que atuam como perito do INSS varia entre 13 e 21 anos. Entre os participantes, nenhum informou a especialidade médica em psiquiatria.

O instrumento utilizado para coleta de dados foi um roteiro de entrevista semiestruturada, visto que algumas perguntas foram pré-estabelecidas e outras elaboradas durante a entrevista, de acordo com as reflexões e ponderações dos participantes sobre a temática investigada. Considerando que profundidade e tematização apresentam intrínseca relação, a imprevisibilidade e a expressão livre foram priorizadas neste trabalho (GODOI, MATOS, 2006). Portanto, para contemplar o objetivo da pesquisa, buscou-se elucidar aspectos essenciais do trabalho do perito médico em casos de TMC, tais como: a diferença entre a avaliação de uma pessoa com TMC e a avaliação de pessoas com outros tipos de patologias, a maneira como o médico perito avalia pessoas com TMC e as dificuldades e limitações na avaliação destas pessoas pelo perito médico.

Os dados foram coletados durante o mês de março de 2019 e os depoimentos foram registrados através de gravação e posteriormente transcritos para arquivo de texto, utilizados assim para a análise de dados.

O material empírico foi analisado por meio da técnica de análise de conteúdo de Bardin (2011) cujo objetivo é sistematizar as informações obtidas e analisar criticamente os atributos qualitativos durante a construção de um texto (BARDIN, 2011; FERREIRA, LOGUERCIO, 2014)

O estudo seguiu as prerrogativas da Resolução Nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde sob o CAEE de Número 3.156.352. Um termo de anuência foi fornecido pelo INSS para autorização desta pesquisa. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), portanto, foi lido e assinado por cada participante e continha informações sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, seus riscos e benefícios, além de assegurar a preservação da identidade do participante.

Resultados e discussão

O material empírico permitiu a elaboração da categoria de análise denominada “Processo de trabalho do perito médico em casos de TMC”. Essa categoria é sustentada por três subcategorias temáticas que se correlacionam entre si: avaliação subjetiva, avaliação objetiva e tomada de decisão. Estas subcategorias configuram-se em etapas que ocorrem simultaneamente, ou seja, não seguem uma ordem linear. Este processo exige pensamento complexo, ética, responsabilidade e agilidade do profissional médico perito (MELO, 2014; LISE et al., 2013; SIANO et al., 2010).

A primeira subcategoria identificada, avaliação subjetiva inicia com o primeiro olhar do médico ao segurado, ou seja, quando ele observa seu comportamento, linguagem e expressões. O perito analisa o jeito de andar, de falar, de se vestir e a condição física e mental do segurado. As perguntas que o perito faz servem não apenas para coletar informações, mas para compreender o processo saúde-doença previamente diagnosticado e suas implicações para o exercício das atividades laborativas do trabalhador. Tanto as informações apresentadas pelo trabalhador, quanto a avaliação clínica do perito auxiliam na verificação da incapacidade que o TMC pode produzir para execução do trabalho (MELO, 2003; 2014; DURAO, LUCAS, 2015).

Em relação à subjetividade e à complexidade inerentes aos casos de TCM, os entrevistados afirmaram: “cada indivíduo é único ... tem de ser identificado de acordo com essa 5 identidade” (P1); “a gente tem dificuldade no indivíduo em si, cada caso é um caso. As patologias psiquiátricas são muito tênues nas suas diferenciações” (P2). Estes comentários

destacam a subjetividade da avaliação pericial, além do que a dificuldade de se determinar os sintomas e comportamentos esperados de um indivíduo com TMC.

Contudo, a avaliação subjetiva vai além da anamnese clínica e orgânica, envolvendo outros aspectos da vida do segurado como afirmou outro perito: “pessoas que não estão só doentes, mas ... em condição social comprometida e muitas vezes desempregada ... que precisam comer, do básico... e pra gente (sic) ser o ‘juiz’ ... é muito difícil” (P5). O relato demonstra que além de aspectos clínicos e da legislação, o perito pode ser influenciado por sentimentos de empatia desenvolvidos durante o exame em razão das condições sociais apresentadas pelos requerentes.

A influência da empatia na decisão pericial foi destacada por Melo (2014) ao discutir que o medo de prejudicar, o risco de banalizar a doença e a incapacidade do outro, a vulnerabilidade do sujeito, o medo de contribuir para uma tragédia na vida de uma pessoa moderam a decisão pericial.

Nessa categoria percebe-se a presença do conhecimento tácito pelo fato de não possuir uma forma estruturada, organizada e formalizada de analisar aspectos subjetivos do trabalhador. Esse conhecimento está intrínseco ao indivíduo (TAKEUCHI e NONOKA, 2008), ou seja, relacionada às experiências individuais com cada consulta, com os fatos apresentados por cada trabalhador, e no cotidiano em que o indivíduo se submete e que resultam em algum conhecimento.

Um aspecto que deve ser considerado e que auxilia na construção do conhecimento tácito do perito é aquisição do conhecimento além da estrutura do INSS, ou seja, o perito tem como fonte do conhecimento suas relações pessoais, o convívio em outros ambientes sociais que fomentam seu conhecimento e auxiliam no processo de decisão pericial. Esse aspecto é relatado por Muñoz et al. (2003) ao criticarem a teoria de Nonaka por não considerar o conhecimento organizacional gerado fora da organização, aqueles conhecimentos trazidos de fora da organização por novos membros e por não reconhecer que existe um conhecimento preexistente na organização que pode ser externalizado e compartilhado.

A segunda subcategoria foi definida como avaliação objetiva e envolve a identificação dos recursos, instrumentos e documentos (atestados, laudos, prontuários, exames e prescrições de medicamentos de outros profissionais e/ou serviços) utilizados pelo perito para verificar e arbitrar sobre a relação entre o TMC e o trabalho do segurado. Os participantes do estudo afirmaram que tais informações são essenciais às decisões justas e seguras e consideram o conhecimento clínico soberano em relação às normativas e até mesmo à avaliação subjetiva. O conhecimento clínico já assume um caráter formal, estruturado e que é facilmente encontrado nos manuais e livros da área da saúde e que instruem no processo de decisão pericial.

O laudo médico foi apontado como documento primordial para subsidiar a identificação do problema conforme depoimento a seguir: “O mais importante na perícia de psiquiatria é o laudo ... descritivo ... porque o psiquiatra está há mais tempo e tem especialidade daquela área” (P7). É através desse documento que o médico assistente por acompanhar o indivíduo por mais tempo, e ser especialista em psiquiatria, pode atestar a cronicidade do transtorno. Quando o laudo não é fornecido por um psiquiatra, geralmente causa desconfiança e insegurança nos peritos: “Existem muitos cursos de saúde mental e de psiquiatria, mas que os médicos que fazem, não são especialistas, não tem uma residência médica” (P3).

Todo esse embasamento e reconhecimento da importância do laudo pericial descritivo é oriundo do conhecimento explícito, ou seja, conhecimentos que podem ser, conforme Takeuchi e Nonaka (2008), compreendido como sendo expresso por meio artefatos bem estruturados que, no presente caso, pode ser de palavras, laudos, perícias, *blackbooks*, diretrizes e que podem ser facilmente codificados e difundidos formal e sistematicamente.

É adquirido pela educação formal em escolas, cursos e treinamentos. Por esse fato o conhecimento explícito se torna mais objetivo e de fácil disseminação e compartilhamento no âmbito organizacional, através de treinamentos e cursos de formação.

Assim, a avaliação objetiva é baseada em todo o conhecimento explícito da área para realização de todo o processo de decisão. Como é relatado por vários peritos e citado no seguinte discurso “Nós temos a instrução normativa diretamente relacionada à psiquiatria, obviamente isso é um documento da instituição e, além disso, os treinamentos da gente. Sempre tem treinamentos mensais em que abordam todas as patologias” (P9). Assim, pode-se perceber um caráter mais estruturado tanto na aquisição quanto na disseminação do conhecimento sobre orientação para as decisões periciais.

Pesquisas sobre a temática também apontam a importância do médico assistente e as informações e documentos que ele pode fornecer à perícia, pois ele é aquele que lida com a vulnerabilidade do sujeito, busca agir com empatia, busca a cura e, se esta não for possível, o alívio do sofrimento e o bem-estar (MELO, 2003; LISE et al., 2013; SIANO et al., 2010). Enquanto o médico assistente é o profissional que sugere o tratamento, a perícia médica tem o objetivo de verificar a influência que o problema de saúde tem sobre a atividade laborativa do segurado e garantir a aplicação das leis que regem os direitos e os deveres do segurado e da empresa. Para os peritos médicos resta “a “escolha de Sofia” (expressão que invoca a imposição de se tomar uma decisão difícil sob enorme pressão) entre a proteção do indivíduo, o exercício do cuidado, a segurança do Estado e o zelo medicalizado dos recursos” (MELO, 2014, p. 62). Quando indagados acerca da legislação que norteia seu trabalho, os entrevistados não responderam direta e espontaneamente às questões. A maioria deles enfatizaram os aspectos clínicos, sua experiência anterior como médico e a observação durante a perícia. Apenas foram mencionadas normas gerais, sobretudo o manual, chamado de “diretrizes em psiquiatria” (P1, P3, P4 e P5). Todavia, as respostas confirmam que o manual é subvalorizado quando comparado aos aspectos clínicos e às percepções formadas durante o exame pericial. Esses resultados convergem com os resultados encontrados em outras pesquisas (LISE et al., 2013; MELO, 2014; SIANO et al., 2010).

Estudos sobre a decisão médico pericial no INSS enfocam mais em conhecimentos objetivos que subjetivos (LISE et al., 2013; MELO, 2003; SIANO et al., 2008). Contudo, outras pesquisas apontam a importância da avaliação subjetiva e da influência desta no julgamento quanto à incapacidade do segurado (MELO, 2014; DURÃO, LUCAS, 2015). Nesse sentido, mesmo que os primeiros artigos citados possuam um enfoque menor na avaliação subjetiva, esta não foi negada ou descartada, nem de forma empírica, nem de forma teórica. Isto ressalta que as etapas do processo de trabalho do médico perito são fluídas e não ocorrem de forma excludente, mas se misturam ao longo da tomada de decisão.

Durão e Lucas (2015) afirmam que o exame pericial pode ser classificado em exame indireto (análise das peças processuais) e direto (comportamento do paciente). O exame indireto envolve compreender se o indivíduo simula o contexto socioeconômico e profissional que está inserido e o aspecto geral da pessoa. O problema a ser identificado não é apenas o TMC em si, mas o contexto socioeconômico e profissional do indivíduo, além das informações subjetivas geradas durante o exame. Em outras palavras, o exame direto se assemelha a avaliação objetiva, enquanto que o exame indireto à avaliação subjetiva.

A natureza dialética entre o exame direto e indireto, entre a avaliação objetiva e subjetiva é ilustrada pela ideia de interação entre a tese e antítese, gerando uma síntese, que representará uma nova tese. Este processo ocorre continuamente caracterizando a criação do conhecimento nas organizações, de acordo Takeuchi e Nonaka (2008). Em todo conhecimento explícito pode ser percebido conhecimento tácito, e vice-versa. Ou seja, ao invés de opostos, estas avaliações são complementares para fundamentar a decisão médico pericial.

A simulação foi um comportamento elucidado por vários entrevistados como limitação importante na objetividade da avaliação. “É comum a questão da simulação” (P3). “O que complica ... são as simulações. Tem pessoas que simulam ... para ter um ganho secundário... algumas são bem grosseiras mesmo... tem algumas perguntas que a gente faz que é possível perceber ... uma simulação (P4). Essa entrevistada ressaltou a importância da ‘análise global’ e da ‘experiência do perito’ para avaliar se existe simulação durante o exame pericial. O fenômeno da simulação causa desconfiança no perito a respeito de segurados, sendo uma das disfunções do modelo de previdência brasileiro (MELO, 2014; DURAO, LUCAS, 2015). Um entrevistado disse que “outros vêm simplesmente para simular... pegam atestados falsos e simulam também para o médico que muitas vezes nem é psiquiatra, e vem pra Previdência. Tá difícil!”(P3).

Durão e Lucas (2015, p.12) defendem que:

O diagnóstico da simulação não é fácil e nem sempre é possível. Todo o cuidado deve ser tomado para evitar falsas conclusões. O perito deve ter atenção àqueles doentes “rotulados” como simuladores, lembrando os efeitos deletérios e depreciativos que este termo possui. Mesmo um simulador, pode também apresentar lesões reais, que acabam não sendo valorizadas e valoradas por se julgar tudo como uma simulação só. Em alguns casos a própria simulação é por si só uma manifestação psiquiátrica legítima (DURAO, LUCAS, 2015, p.12).

O Manual (INSS, 2010) possui algumas estratégias para que os médicos consigam identificar tais simulações, uma vez que algumas são mais sutis que outras e estão relacionados a comportamentos incompatíveis com o TMC ou com o medicamento utilizado (SIANO et al., 2008). Os médicos precisam lidar com a responsabilidade de não serem injustos com os segurados, mas também existe uma preocupação importante de não permitir que os indivíduos fraudem o sistema (MELO, 2014).

A terceira subcategoria identificada foi a tomada de decisão e consiste na reflexão sobre as informações coletadas seguida do julgamento. O parecer é um ato normativo singular e contextual que além de levar em conta as condições e dimensões do segurado, também depende dos valores éticos e morais do perito. Nele é registrada a compreensão do perito sobre a relação entre o TMC, as condições e exigências de trabalho, a rotina diária e os efeitos das medicações utilizadas do trabalhador (MELO, 2014).

Um dos fatores limitantes desse processo, elucidados pelos participantes, foi o tempo curto para decidir, apenas 20 minutos. Os médicos foram unânimes em afirmar que nos casos de TMC é necessário mais tempo. Lise et al (2013) defendem que o tempo curto para o exame médico pericial é um fator que pode prejudicar a qualidade da decisão dos profissionais e que os médicos podem entregar laudos frágeis e trabalhar em constante sensação de urgência em consequência desta limitação temporal. “É um tempo muito pequeno... um paciente ... 7 psiquiátrico, às vezes com quadro arrastado, com várias entradas anteriores ... uma história quilométrica... tem que ser uma super-heroína para dar conta do recado” (P3). De acordo com o relato, verificou-se que os peritos ocupam uma posição delicada, diante da responsabilidade de conceder um direito fundamentado em informações fornecidas pelo próprio segurado e pelo médico assistente, que podem também serem insuficientes ou incorretas.

Para Melo (2014) essa responsabilidade pode provocar adoecimento no próprio profissional. A autora afirma também que os médicos podem sentir angústia por precisar ‘negar um benefício’ a pessoas carentes ou até mesmo por medo de errar em suas decisões e causar consequências sérias na vida dos segurados: “Prefiro que me enganem do que eu ser injusta com alguém” (P5). Um exemplo sobre essa possibilidade é quando uma pessoa relata

ideações suicidas e o médico conclui que se trata de simulação e decide pela capacidade para o trabalho. Essa decisão pode causar risco grave para a saúde e a vida do indivíduo. Nesse sentido, a autora defende o senso de moralidade relacionado ao senso de responsabilidade pelas consequências de suas ações considerando o indivíduo e suas singularidades (ARENDDT, 2004; FOUCAULT, 1995). As relações de poder na relação-médico paciente são moderadas por meio da tomada de decisão responsável (FOUCAULT, 1995).

A discussão sobre justiça e responsabilidade do médico é levantada por Almeida (2011) e Castelo Branco (2013). Esses fatores envolvem a qualidade de vida do sujeito, a possibilidade de se interagir em sociedade e a capacidade de prover o sustento familiar. É evidente que se durante uma avaliação dessa complexidade o perito for inseguro, negligente, imprudente ou incompetente, injustiças podem ser cometidas e comprometer a vida das pessoas.

Conhecimentos específicos em psiquiatria são fundamentais para decisões acertadas em casos de TMC. Contudo, nenhum dos entrevistados possui especialização ou residência médica em psiquiatria. Mesmo assim, a experiência profissional dos médicos em vivenciar casos de TMC, seja inserida ou não em seu ofício, contribui para a tomada de decisão. Essa realidade justifica a necessidade de formação continuada na área, considerando ainda novos estudos e compreensão sobre os transtornos mentais e comportamentais (LISE et al, 2013). Um dos depoimentos revelou que “fazia muitos encontros... muitos, muitos. Falou: psiquiatria, eu estava lá. Eu procurava sempre ... porque sempre foi um desafio” (P6). Ou seja, além de reconhecer o desafio dos casos de TMC, os entrevistados mencionaram a importância da formação continuada como “congressos, cursos e reuniões técnicas” (P1, P2, P4, P6 e P7).

Uma estratégia comumente utilizada em casos mais difíceis, referida pelos entrevistados, foi a junta médica, mesmo que informalmente. Essa junta médica consiste em convidar um ou mais colegas para avaliar o caso e opinar sobre a decisão a ser tomada. Além disso, existem trocas de informações em redes sociais em ambientes restritos a peritos médicos para discussão sobre aspectos relacionados com seu processo de trabalho. Os depoimentos revelam que tais juntas se tornam em estratégia para dividir o peso da decisão assim como discutido por Melo (2014).

Um dos depoimentos revelou que “erros irão acontecer”, contudo existe um esforço para se errar o mínimo de vezes possível (P6). As soluções apontadas pelos participantes do estudo em casos de dúvida foram: beneficiar o segurado, consultar os pares e até mesmo apelar à fé, como relatado: “Eu apelo para os sinais de Deus, eu peço a Deus, eu peço todo dia, todos os dias para que eu não seja injusta” (P5). No primeiro caso, entende-se que se a dúvida permanecer, o julgamento deve ser em prol do segurado. No segundo, existe a possibilidade de junta médica, solicitação de suporte de superiores e até mesmo grupos de redes sociais exclusivas a médicos peritos. Em alguns casos, como o relato acima demonstra, a espiritualidade do médico, sua fé, suas crenças, podem servir de ajuda para se sentir melhor.

Pesquisa realizada por Melo e Assunção (2003) concluiu que em casos de dúvida a decisão seria em favor do segurado. De acordo com os participantes desse estudo, a perícia médica se pauta em fatores estritamente objetivos de modo que eles ‘não podem dar o que é 8 não é seu’. Ou seja, os médicos não podem decidir distribuir recursos públicos indevidamente, pois estes não lhes pertencem. As autoras concluem que o reconhecimento da existência da interpretação não deve ser confundido com a “visão corrente, da necessária e admissível existência de espaços de discricionariedade, ou seja, de arbitramento, pelo operador, do direito diante de lacunas da lei” (MELO, 2003).

A conclusão das autoras revela uma visão neopositivista de mundo, a qual concebe que, embora exista a possibilidade de haver várias interpretações para uma mesma verdade, apenas uma verdade existe. Quando várias interpretações surgem, isto acontece devido ao fato de as pessoas enxergarem o todo sob perspectivas diferentes ou ângulos diferentes. Contudo,

baseadas nas evidências empíricas de sua pesquisa afirmam que a avaliação subjetiva influencia a interpretação inerente à decisão médico-pericial. Nesse enfoque, pode-se inferir a subjetividade como um fator moderador da decisão médico pericial, especialmente em casos de TMC.

Aspectos como isenção, imparcialidade (entre o Estado e o sujeito), objetividade (no sentido de se considerar apenas conhecimentos normativos e técnicos na decisão) são tentativas de evitar sentimentos como angústia, culpa e empatia (MELO, 2014; LISE et al., 2013). Outro caminho seria lidar com tais sentimentos de forma a trabalhar em prol de aprendizagem por meio da experiência. Alguns autores consideraram a experiência como integrante do conhecimento clínico, justificando que a mesma contribui para a formação e expertise médica (LISE et al., 2013; ALMEIDA, 2011). Este conhecimento possibilita tomar decisões com responsabilidade social por meio de uma reflexão crítica da realidade que os cerca.

Considerações finais

O objetivo deste estudo foi descrever o processo de trabalho do perito médico em casos de TMC. Por meio de entrevistas semiestruturadas com médicos peritos de uma agência do INSS, o processo investigado foi descrito das subcategorias empíricas: avaliação subjetiva em que é necessário a utilização do conhecimento tácito para realizar a decisão, avaliação objetiva fornecida pelo conhecimento explícito presente nas diretrizes psiquiátricas, e por fim a tomada de decisão; que ocorrem simultaneamente durante o exame médico pericial.

Durante o processo de tomada de decisão foi possível identificar alguns fatores que influenciam nesse dado processo, podendo citar a subjetividade da avaliação por parte do perito, visto que cada caso de decisão pericial é um caso, com suas características e demandas específicas, confirmando a influência do conhecimento tácito do perito. O processo de decisão também é influenciado pela necessidade da empatia do perito para com o trabalhador, visualizar a necessidade do indivíduo, da impossibilidade de atuar profissionalmente diante da posse do TMC. A simulação do trabalhar para aparentar a posse do TMC é uma das barreiras da avaliação objetiva, que utiliza do conhecimento explícito para as decisões.

Como limitação e possibilidade do processo de trabalho do perito no tocante as situações que envolvem diagnóstico, os respondentes apresentam o tempo de atendimento, visto que para a avaliação o curto período de tempo para a consulta limita a observação e/ou aplicação de testes mais aprofundados, resultando em dúvidas e exigindo a participação da junta médica. Além da simulação de segurados, o envolvimento emocional dos peritos e a responsabilidade das decisões. Contudo, foram apresentadas possibilidades de superação como formação continuada, consulta aos pares, ética, imparcialidade e isenção.

Os peritos utilizam conhecimentos adquiridos formalmente em sua formação médica, conhecimentos de vida adquiridos por sua experiência de vida e por sua experiência profissional, manuais, normas e diretrizes publicadas pelo INSS de forma complementar, sendo que cada conhecimento, tácito ou explícito, contribui para a decisão médico-pericial.

A partir do exposto, percebeu-se que para a prática profissional do perito médico em casos de TMC no INSS, os peritos utilizam tanto do conhecimento tácito quanto do explícito. Fato que é comprovado pela subjetividade do processo, mesmo possuindo artefatos que orientem, há aspectos que precisam ser avaliados pela observação e análise que são construídos a partir do cotidiano e vivências dos peritos.

Uma limitação desta pesquisa é a pequena quantidade de estudos na área. Além disso, os sujeitos da pesquisa possuem uma rotina muito atarefada, o que diminui a disponibilidade de tempo dos peritos e o acesso a eles. Constatou-se, portanto que os casos de TMC continuam sendo um desafio para a perícia médica previdenciária no Brasil.

Como agenda de pesquisa, sugere-se investigar possibilidades de mudança no modelo de perícia médica adotada pelo INSS de forma a garantir autonomia, segurança, justiça social para os profissionais e principalmente para os segurados em vulnerabilidade social. Outra sugestão seria compreender como ocorre o processo de aprendizagem na ação médico-pericial, de forma a contribuir na formação continuada destes profissionais. Além disso, sugere-se que outros estudos sejam realizados, estes também com foco na lente do segurado com TMC sobre o fenômeno e as implicações das relações de poder estabelecidas na dualidade médico-paciente.

A balança da justiça possui mecanismos de precisão subjetivos, fenômeno inerente às relações humanas. De um lado o peso da decisão, do outro a força e a tradição da objetividade. Esta relação dialética não pode ser concebida de maneira maniqueísta: não existem lados opostos, mas inseguranças e imprecisões em ambos os lados da decisão. Quem bate o martelo não possui todas as informações necessárias sobre o sujeito que anseia o reconhecimento do direito, isto seria humanamente impossível. Por outro lado, o sofrimento mental não deve ser negligenciado e a discussão deve continuar.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E. H. R. **Aspectos bioéticos da perícia médica previdenciária**. 2011.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Artmed Editora, 2014.

ARENDDT, H. **Responsabilidade e julgamento**. Companhia das Letras, 2004.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Edições 70. Lisboa. Portugal, 2011.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Diário Oficial da União, Brasília, 1988.

BRASIL. Lei nº 8213 de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 1991.

DURÃO, Carlos Henrique; LUCAS, Francisco. Simulação, dissimulação e exagero: desafios da perícia médica em ortopedia e traumatologia. **Revista Brasileira de Criminalística**, v. 4, n. 1, p. 26-32, 2015.

FERREIRA, M.; LOGUERCIO, R. Q. A análise de conteúdo como estratégia de pesquisa interpretativa em educação em ciências. **REVELLI-Revista de Educação, Língua e Literatura**. Inhumas, GO. Vol. 6, n. 2 (out. 2014), p. 33-49, 2014.

FOUCAUL, Michel. O sujeito e o poder. Dreyfus, H.; Rabinow, P. Michel Foucault, uma trajetória filosófica. Rio de Janeiro: **Forense Universitária**, p. 231-249, 1995.

GODOI, C. K.; MATTOS, P. L. C. L. Entrevista qualitativa: instrumento de pesquisa e evento dialógico. **Pesquisa qualitativa em estudos organizacionais: paradigmas, estratégias e métodos**. São Paulo: Saraiva, p. 301-323, 2006.

GOURLAY, S. **The SECI model of knowledge creation: some empirical shortcomings.** In: **Proceedings of the Fourth European Conference on Knowledge Management**, Oriel College, Oxford. p. 377-386, 2003.

GOURLAY, S.; NURSE, A. **Flaws in the “engine” of knowledge creation. Challenges and issues in knowledge management**, p. 293-251, 2005.

GOURLAY, S. Conceptualizing knowledge creation: a critique of Nonaka's theory. **Journal of management studies**, v. 43, n. 7, p. 1415-1436, 2006.

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL (INSS). Manual de procedimentos em benefícios por incapacidade, volume II, Diretrizes de Apoio a Decisão Médico-Pericial em Psiquiatria, 2010.

LISE, M. L. Z. JUNDI, S. A. R. J., SILVEIRA, J. U. Z., COELHO, R. J., ZIULKOSKI, L. M. Isenção e autonomia na perícia médica previdenciária no Brasil. **Revista Bioética**, v. 21, n. 1, 2013.

MACEDO, J. W. L., SILVA, A. B. Afastamento do trabalho por TMC: o que dizem os números da Previdência Social. **Métodos e Pesquisa em Administração**, v. 3, n. 1., PP. 39-49, 2008.

MELO, M. P. P.; ASSUNÇÃO, A. A. A decisão pericial no âmbito da previdência social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 13, p. 343-365, 2003.

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

MELO, M. P. P. Moralidade e risco na interface médico-paciente na perícia médica da Previdência Social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, p. 49-66, 2014.

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

MUÑOZ, M. D.; AGUADO, D.; LUCÍA, B. El largo camino hacia la gestión del conocimiento. **Revista de psicología del trabajo y de las organizaciones**, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **CID-10:** Classificação Estatística Internacional de Doenças com disquete Vol. 1. Edusp, 1994.

SIANO, A. K., RIBEIRO, L. C., SANTIAGO, A. E., AGUIRRE, M. A., RIBEIRO, M. S. Relevância dos transtornos mentais entre as perícias médicas de requerentes de auxílio-doença na Gerência Executiva do Instituto Nacional do Seguro Social de Juiz de Fora - Minas Gerais. **HU Revista**, v. 34, n. 4, 2008.

SIANO, A. K. , RIBEIRO, L. C., RIBEIRO, M. S. Análise comparativa do registro medicopericial do diagnóstico de transtornos mentais de segurados do Instituto Nacional do Seguro Social requerentes de auxílio-doença. **J BrasPsiquiatr**, v. 59, n. 2, p. 131-138, 2010.

SILVA, J. S.; FISCHER, F. M. Afastamento do trabalho por transtornos mentais e estressores psicossociais ocupacionais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, p. 735-744, 2015.

TAKEUCHI, H.; NONAKA, I. **Gestão do conhecimento**. Porto Alegre: Bookman, 2008.