

Aspectos bioéticos da perícia médica previdenciária

Eduardo Henrique Rodrigues de Almeida

Resumo A relação médico-paciente pauta-se pela confiança mútua e, da parte do médico, por preocupações beneficentes, não maleficientes, justiça e respeito à autonomia, presentes em proporções variáveis em cada atendimento, segundo os princípios da bioética principialista. Com a finalidade de dimensionar a representatividade relativa de cada um dos quatro princípios na relação perito-periciado foram pesquisados, mediante questionário, 118 peritos médicos previdenciários experientes de 20 unidades da Federação. O resultado revelou que em perícia médica previdenciária, ato médico legal cuja finalidade é o reconhecimento de direitos previdenciários, os peritos pouco se preocupam em ser beneficentes e em nada se preocupam com a autonomia da vontade do requerente; a preocupação predominantemente demonstrada pelos peritos médicos foi a aplicação correta da legislação, não se podendo, entretanto, afirmar que o princípio norteador predominante foi o da justiça.

Palavras-chave: Autonomia pessoal. Bioética. Vulnerabilidade. Políticas, planejamento e administração em saúde. Relações médico-paciente. Autoritarismo. Médicos legistas.

Aprovação do Comitê de Ética INSS-BH: 1/2010



Eduardo Henrique Rodrigues de Almeida

médico pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), doutorando em Bioética pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto/Conselho Federal de Medicina, perito médico da Previdência Social (INSS/MPS) em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

Perícia médica é o ato médico destinado a coletar elementos probatórios. Não está direcionada a nenhum propósito terapêutico, o que a distingue fundamentalmente das demais atividades médicas, em sua maioria. Como tal, é o ato de maior assimetria de poder entre o médico e o paciente, aqui melhor designado periciado, na medida em que não há troca, mas coleta, um fluxo quase unilateral de informações.

Em se tratando de perícias médicas, a relação médico-paciente não tem sido muito estudada. Aliás, há quem negue mesmo que exista relação médico-paciente em contexto pericial¹. Em sentido diametralmente oposto, há aqueles que não são capazes de perceber as peculiaridades da medicina pericial em relação à prática médica assistencial e, ao assim procederem, investidos de poder como gestores públicos, potencializam os desentendimentos e conflitos que, em certa medida, são inerentes à atividade pericial e decorrem de expectativas dissociadas do objetivo real

das perícias médicas. Gestores que tenham características mais assistencialistas tendem a desejar perícias mais beneficentes, podendo chegar a suscitar expectativas neste sentido entre os usuários, fomentando o conflito entre peritos e periciados.

A ética é uma das categorias do espírito e do pensamento humanos, tal como a lógica e a estética². Segundo Nunes, ética nada mais é do que o livre exercício do raciocínio, característica suprema do ser humano³. Compete a cada membro da comunidade a tarefa de garantir que estes raciocínios convertam-se em normas que podem tomar contornos de princípios morais³. Nos problemas do cotidiano temos que encontrar argumentos que justifiquem a orientação correta a tomar, ou seja, qual o fundamento, o ponto de referência dos valores que, como comunidade, entendemos serem imprescindíveis³.

A técnica em si é eticamente neutra e o objetivo e as consequências de sua utilização definem seus contornos éticos⁴. O perito, em interação com o periciado, não é mero aplicador de normas técnicas da medicina legal previdenciária, razão pela qual não é um técnico, mas um julgador, e suas atitudes podem ser analisadas do ponto de vista bioético. Conhecer como os peritos médicos do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) se percebem neste cenário que inclui ética, ciência e relações interpessoais é o objetivo deste estudo.

Metodologia da pesquisa

Para este artigo de pesquisa descritiva qualitativa foram convidados a preencher

questionário estruturado 458 peritos médicos em último nível da carreira⁵ e selecionar entre quatro princípios da bioética principialista de Beauchamp e Childress⁶ aquele que mais valorizam na atividade pericial cotidiana. Esses profissionais, há mais de 25 anos na atividade, cursam a pós-graduação *lato sensu* em Perícias Médicas Previdenciárias da Faculdade Pitágoras, mediante convênio entre esta instituição de ensino e o INSS.

Para a aplicação do questionário foi utilizado o site *www.kwiksurvey.com*. O questionário *kwiksurvey* só permite um acesso (bloqueia por IP), só aceita os convidados por *e-mail* e suas perguntas não são numeradas, mas apresentadas de forma randômica. Solicitou-se aos peritos médicos que assinalassem a opção que melhor correspondia à sua preocupação principal quando realiza perícias, dentre as possibilidades abaixo. Foi ressaltado que as quatro opções eram legítimas, não havendo resposta errada, pressupondo-se que as decisões periciais estejam corretas e legais.

- Preocupo-me em fazer o que for o *melhor* para o requerente;
- Preocupo-me em fazer o que seja mais correto em termos de *legislação* e normas;
- Preocupo-me em compreender o que o requerente demanda, focando a decisão pericial na *vontade* dele;
- Preocupo-me em tomar uma decisão que *não fira direitos* do requerente.

As perguntas procuraram corresponder, respectivamente, às preocupações com beneficência, justiça, autonomia e não maleficência, cuja aceção no instrumento será pormenorizada adiante.

Aos que responderam, foi enviado *e-mail* com a pergunta complementar para resposta livre e dissertativa, justificando a resposta anterior. Ao participar o perito consentia com a divulgação dos resultados, garantida a confidencialidade e privacidade. O projeto foi submetido à Comissão de Ética da Gerência Executiva Belo Horizonte do INSS e aprovado sem ressalvas.

Objetivos

Verificar em que medida os peritos médicos previdenciários consideram os princípios bioéticos da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça em sua interação com os pericuidados e aplicação das normas previdenciárias.

A partir desse diagnóstico o trabalho pretende trazer a debate a postura médico-pericial e sua inserção social, compreendendo-a a partir da valorização de princípios bioéticos que assumem diferentes proporções diante de casos concretos. A partir do resultado poder-se-á inferir o comportamento do perito médico e sua sensibilidade a esses quatro princípios que, em alguma proporção, sempre norteiam con-

juntamente a conduta de um médico ante qualquer paciente.

Hipótese de trabalho

Os peritos médicos previdenciários provavelmente priorizam a justiça como princípio orientador de sua atividade, uma vez que têm a missão de coletar provas e, ato contínuo, *julgar* se cabe o enquadramento legal pretendido pelo requerente. Como qualquer julgamento, transcende o texto da norma e leva em consideração a percepção da justiça no reconhecimento do direito com considerações próprias das ponderações bioéticas. Assim, é igualmente provável que pouco considerem a autonomia, princípio cada vez mais valorizado nas relações terapêuticas atuais, a beneficência e a não maleficência, essas últimas muito presentes nas relações mais paternalistas da medicina do século passado.

Resultados

Os 118 peritos médicos que responderam o questionário distribuíram-se segundo as seguintes unidades da Federação:

Quadro 1. Distribuição dos peritos médicos pesquisados por unidade federada

Alagoas	1	Pernambuco	6
Bahia	2	Piauí	1
Ceará	1	Paraná	2
Distrito Federal	4	Rio de Janeiro	14
Espírito Santo	3	Rio Grande do Norte	3
Goiás	3	Rondônia	1
Minas Gerais	17	Rio Grande do Sul	17
Mato Grosso do Sul	2	Santa Catarina	8
Mato Grosso	2	Sergipe	2
Paraíba	5	São Paulo	24

Quanto às respostas, 79,66% (94/118) mostraram-se preocupados com justiça, 19,49% (23/118) com não maleficência, 1,69% (2/118) com beneficência e nenhum com autonomia.

As respostas à questão aberta da pesquisa são apresentadas a seguir pelas falas de alguns profissionais que espelham a opinião da ampla maioria:

“Somos peritos e como tal temos que agir dentro da ética que norteia nossa função. Preservar o que é justo concedendo benefícios a quem realmente tenha direito e procurar não beneficiar os que tentam burlar a lei. Somos regidos por normas e leis e delas não podemos nos esquivar. Não há que se realizar benevolências com recursos da autarquia que é decorrência da contribuição de todos os cidadãos brasileiros envolvidos no desenvolvimento socioeconômico e cultural de nossa pátria” Santa Catarina.

“A atividade médico-pericial deve levar em consideração a máxima hipocrática ‘primum non nocere’. Primeiro não prejudicar – porque ela permeia a justiça tanto para o segurado quanto para o Instituto. Ao tentar ser ‘justo’, o perito sempre deve levar em consideração a legislação e a legitimidade do pedido do segurado, atentando para não se tornar beneficente, a ponto de conceder o que não é legal, pois há outras possibilidades de o segurado reafirmar seu pedido; e no caso da benevolência, a dilapidação do patrimônio público pode ser iniciada” Rio Grande do Sul.

“Quando comecei, tinha uma postura bem diferente de agora. Após ter sido chamada na corregedoria uma vez por não ter conseguido colocar no sistema uma perícia que tinha sido favorável judicialmente ao segurado, e que a instituição me tratou como se eu fosse uma criminosa, é que senti na pele o quanto a instituição não protege os seus funcionários. Você está sozinha nesse trabalho de perícia médica. Portanto, hoje em dia, procuro não me envolver com o segurado. Trato muito bem, dou bom dia, boa tarde, explico tudo o que ele possa entender, mas sigo a legislação ao pé da letra” Pernambuco.

“O perito quando faz seu exame não tem compromisso pessoal com o periciando. Ele está fazendo um ato médico-legal onde há interesse dele (periciando) frente a toda a sociedade que se dispôs a ajudá-lo durante um infortúnio que o impeça de auferir o ganho necessário para o seu sustento. Assim não há um interesse individual, mas social no resultado da perícia. Este é o compromisso do perito: fazer o balanceamento do direito individual frente ao coletivo” São Paulo.

“Não somos pagos para fazer caridade, nem para fazer política ou para cuidar dos interesses particulares. Somos pagos pela população para praticarmos a justiça, ou seja, quem tem direito ao benefício tem que obtê-lo e quem não tem não pode onerar os cofres públicos. Muitas vezes fico comovido com as histórias que são contadas pelos segurados, mas não acho

honesto inventar uma incapacidade, para que ele obtenha dinheiro para comer. Acho que o governo deveria ter uma verba própria para levar esta assistência aos famintos e aos que devem dinheiro, mas não é certo mentirmos, apenas para conceder um benefício, pois isso é uma fraude, uma mentira, um crime (...) Certa vez ouvi de um procurador, durante uma reunião em que infantilmente falei que tinha pena dessas pessoas (...), que rispidamente me disse: ‘Doutor, quem tem pena é galinha’, o senhor não é pago para fazer caridade, esta o senhor faz com o seu dinheiro, o senhor é pago pelo povo para promover justiça e é nisso que eu acredito. Me sinto mal quando ouço notícias de fraude. Tenho nojo de quem as comete, os acho impatriotas” São Paulo.

“Somos funcionários de uma seguradora onde todos contribuem monetariamente prevendo benefícios cujas regras para obtenção são regidas por leis e regulamentos. O perito médico deve ser conhecedor destes regulamentos e agir de acordo com eles. Temos que dar o benefício a quem de direito e negá-lo a quem não os tem. Falta educação previdenciária para a população, que muitas vezes inicia sua contribuição com idade avançada, com doença incapacitante, sem saber os seus direitos e deveres. Ao perito não cabe fazer caridade, mas fazer valer os direitos e deveres” Goiás.

No exercício da atividade médico-pericial estamos submetidos ao Código de Ética, Código Civil, Código Penal, leis e normas

da Previdência Social. Diante do segurado que busca por um benefício e, envolvidos por tantas responsabilidades, ética, civil, penal, etc., realmente não é fácil atender também aos princípios não prejudicar, fazer o bem, respeitar a vontade do segurado. Ao elaborar um laudo médico-pericial penso sempre em buscar elementos que permitam uma conclusão verdadeira, justa. No meu entendimento, um parecer correto, imparcial, dentro da legalidade, não se caracteriza como ‘maleficente’ ou ‘não benevolente’. Quanto à ‘vontade do paciente’, depende do seu grau de conhecimento sobre os seus direitos e deveres diante da Previdência Social. Em resumo, tudo depende do ponto de vista do perito – ‘agiu corretamente, não alterei dados para negar ou conceder’, e do periciado – ‘minha pretensão foi (ou não) atendida” Santa Catarina.

Discussão

Princípios bioéticos

Sob o enfoque primordial da pesquisa envolvendo seres humanos, vários códigos éticos foram criados e se mostraram insuficientes, como o de Nüremberg ⁷ (1947), a Declaração de Helsinki ⁸ (1964 e 1975), e o *guidelines* estadunidense de 1975 cuja comissão, a *National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research*, constituída em 1974, produziu posteriormente o Relatório Belmont ⁹ em 1978 – o qual apresenta os princípios éticos considerados básicos e que deveriam nortear a pesquisa bio-

médica envolvendo seres humanos: a) o princípio do respeito à pessoa; b) o princípio da beneficência; c) o princípio da justiça.

Em 1977, na primeira edição de *Princípios de Ética Biomédica*, Tom Beauchamp e James Childress⁶ desenvolveram a teoria principialista e fundamentaram-na em quatro princípios: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. Tais princípios encontram suas raízes na história da filosofia ou na tradição da ética médica, a partir das quais ganham a sua justificação. Embora não haja qualquer disposição hierárquica entre eles, a autonomia parece ter a preferência dos defensores da teoria principialista¹⁰.

Tradicionalmente, princípios são *action guides* ou *drivers* que sintetizam e encapsulam toda uma teoria, como o princípio de utilidade faz para o utilitarismo. O principialismo procura fundamentar a bioética a partir de princípios, sendo, desta forma, uma teoria pluralista ao adotar quatro formulações. Beauchamp e Childress defendem a validade *prima facie* dos princípios. Princípios *prima facie* só podem ser descumpridos caso um outro princípio ou obrigação de igual força contraponha-se a eles, em uma situação particular. Entretanto, os autores asseveram que não há qualquer hierarquia, dado que num primeiro momento todos têm valor e devem ser respeitados, exceto quando outras razões suficientemente fortes venham a exigir a adoção de um outro princípio ou norma moral que com eles conflitem¹¹.

A beneficência no contexto médico é o dever de agir no interesse do paciente¹². Assim, o

termo beneficência é entendido de forma bastante ampla na teoria ética, pois inclui todas as formas de ação tencionadas a beneficiar ou promover o bem de outra pessoa. A moralidade requer não só que tratemos as pessoas autonomamente, evitando causar-lhes dano, mas também que contribuamos para seu bem-estar⁶. Os autores sustentam que, embora muitos atos de beneficência sejam facultativos, o princípio da beneficência se refere à obrigação moral de agir em benefício dos outros⁶.

Beneficência e benevolência são presentes nas diversas teorias morais. Para Beauchamp e Childress⁶ a obrigação de produzir benefícios, evitar danos, ponderar custos e benefícios dos atos ocupa lugar central na vida moral. A teoria do sentimento moral de David Hume, por exemplo, exaltava a benevolência como princípio nuclear da natureza humana, associando-a à meta da própria moral. Para Pellegrino e Thomasma¹³, a medicina, como atividade humana, é, por necessidade, uma forma de beneficência.

Beneficência e não maleficência devem ser distinguidos, ressaltando ser importante também não confundir beneficência com benevolência, que é a virtude de se dispor a agir no benefício dos outros⁶. Uma ação beneficente que seja consequência de outra que tenha produzido dano a alguém pode não ser moralmente defensável, entretanto, como os princípios da beneficência e da não maleficência não são hierarquizados, ações danosas que envolvem retrocessos justificáveis para outros interesses não são necessariamente errados⁶. Drumond¹⁴ sustenta que a medicina e os

médicos estão fortemente impregnados pelo paternalismo beneficente de Hipócrates, cujo juramento se mantém como tradição na quase totalidade das formaturas de médicos.

Como afirmaram Gert et al ¹⁵, no contexto médico o paternalismo só está caracterizado se for identificada uma boa intenção em relação ao paciente. Assim, a beneficência – bem como a não maleficência – estão presentes no paternalismo e expressamente manifestadas no parágrafo 2º do juramento de Hipócrates: *Aplicarei os regimes para o bem do doente segundo o meu poder e entendimento, nunca para causar dano ou mal a alguém. A ninguém darei, por prazer, nem remédio mortal nem conselho que induza perda. Do mesmo modo, não darei a nenhuma mulher uma substância abortiva* ¹⁶.

Paternalismo requer beneficência, ou ao menos intenção benevolente; por seu turno, o exercício do princípio da beneficência não exige, necessariamente, atitudes paternalistas. Hurwitz e Richardson ¹⁷ afirmam que um dos propósitos do juramento médico é *declarar os valores nucleares da profissão e produzir e fortalecer a necessária determinação nos médicos*. Esses valores nucleares estão sob constante revisão e precisam ser repensados pelos novos integrantes da profissão ¹⁸.

Um dos pilares mais antigos e fundamentais da profissão médica é a obrigação de atuar em busca do benefício do paciente, o *bonum facere*. Que o primeiro e primário dever do médico é para com o seu paciente ¹⁹ não resta dúvida. O compromisso do médico deve ser sempre com o bem-estar do paciente e seus melhores

interesses, quer esteja prevenindo ou tratando doenças ou, ainda, ajudando-o a lidar com as doenças, sequelas e a morte ¹⁹.

O médico tem sido reconhecido e aceito como o guardião que usa seu conhecimento especializado em benefício de seus pacientes, incluindo decisões unilaterais quanto ao que seja benefício, mas o ativismo político em saúde, a democratização da informação e o surgimento de outras profissões no rol dos cuidados à saúde trouxeram reviravoltas intrigantes nas últimas duas décadas ²⁰. Essas manifestações de direitos dos pacientes têm implicações diversas e, em certo grau, contraditórias para a autoridade médica ²⁰. Para o autor, o público estadunidense parece ambivalente sobre a autoridade médica e segmentos da sociedade diferem em suas expectativas do encontro médico-paciente (*the doctor-patient encounter*), atitudes em relação aos médicos e nível de confiança e desilusão com a profissão.

Autonomia é a obediência à lei que nos prescrevemos, como diz Rousseau, e é nisto que consiste ser livre. A autonomia, na visão kantiana, é o poder de si sobre si (liberdade), mas pela mediação de uma lei (nómos) que a razão impõe a si mesma, que é a lei moral. Autonomia e liberdade são conceitos solidários, mas não coincidentes. Quem faz o mal, age livremente, mas sem autonomia: submete-se livremente àquela parte dele que não é livre, seus instintos, paixões, fraquezas, interesses, medos ²¹.

A consagração da dignidade do ser humano e do seu direito à liberdade inscrevem o conceito de autonomia na *práxis* diária das socieda-

des contemporâneas. Por isso, o princípio da autonomia, denominação pela qual é conhecido o princípio de respeito às pessoas, exige que se aceite que elas se autogovernem, isto é, sejam autônomas nas suas escolhas e atos, embora dentro do respeito integral à ideia autonomista, apreendida como conceito de respeito pelo outro²². A doutrina da dignidade humana que é subjacente ao princípio da autonomia da pessoa, que é capaz de deliberar sobre os seus objetivos pessoais e agir de tal modo que será tanto mais autônoma quanto mais e melhor for capaz de se autodeterminar em termos intelectuais e afetivos, de modo voluntário¹⁰. O respeito pelo princípio da autonomia passou a conferir ao doente o direito de compartilhar com o seu médico a responsabilidade na tomada das decisões clínicas, superando-se a visão paternalista do médico na sua relação com o doente¹⁰.

A moderna concepção de respeito à autonomia do paciente não tem paralelos na medicina hipocrática, baseada na concepção de que o paciente não sabe o que é bom para ele²³. O Código de Ética Médica brasileiro, por exemplo, veda ao médico *deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte* (art. 22) e veda também *deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo* (art. 24) (Conselho Federal de Medicina, 2010). Logo, o mesmo código deontológico que contém antigos preceitos hipocráticos faz referência aos princípios da bioética, como o

consentimento informado, ratificando a assertiva de McNeill¹⁸ quanto à constante revisão de princípios e valores nucleares que caracterizam a ética médica.

A bioética principialista de Beauchamps e Childress estabelece que as condutas biomédicas levam em conta quatro princípios fundamentais, presentes em maior ou menor proporção relativa⁶ em toda relação médico-paciente que envolva tomada de decisão, portanto assim também sucederia nas relações médico-periciais. Nestas, como ressaltam Montejo *et al*²⁴, o princípio bioético prevalente seria o da justiça: *Los deseos del paciente y la tendencia del médico a procurarle el mayor beneficio chocan con la responsabilidad que tiene el médico que maneja fondos públicos de procurar una distribución justa de los recursos que la sociedad pone a su alcance. Si no existe indicación clara para mantener La baja (no es maleficiente dar el alta), el principio de justicia que busca el bien común debe prevalecer sobre los de autonomía y beneficencia, y por tanto no debemos dar una baja por motivos sociales.*

A responsabilidade coletiva do médico diante do interesse particular de seu paciente, mesmo quando por coletividade entende-se a própria família do mesmo, insere-se no sentido da justiça para a aplicação dos recursos financeiros disponíveis, a equidade no acesso aos serviços públicos. Para Nunes, o princípio do respeito pela igual dignidade dos seres humanos é, também, a base de uma verdadeira justiça social de recursos materiais destinados à saúde⁴ e à previdência social pública, acrescento, pelas mesmas razões. Assim, o princípio ético da justiça

implica também que se efetuem escolhas de acordo com critérios de transparência, ou seja, de acordo com o princípio da *public accountability*²⁵. Segundo Daniels e Sabin²⁶ a alocação de recursos para a saúde é um dos problemas éticos mais relevantes da atualidade e aos médicos cabe, particularmente, aplicar princípios éticos que reflitam a *justiça distributiva*. Segundo Snyder e Leffler¹⁹, *ponderações de justiça devem ser feitas pelo médico como cidadão em suas decisões clínicas sobre alocação de recursos. O princípio da justiça distributiva exige que procuremos distribuir equitativamente as oportunidades de melhoria de vida proporcionada pela assistência à saúde e, por extensão, aos recursos previdenciários. O perito médico, na condição de ordenador de despesas públicas, não tem nem deve ter preocupação de conter despesas; mas de racionalizar despesas, o que pode ser alcançado por meio da busca da justa e isenta avaliação pericial.*

Em estudo sobre a decisão pericial no INSS, Melo e Assunção, citando Dworkin, lembram que *diante de um caso específico, os princípios podem ser conflitantes, divergentes, e o operador do direito pondera o peso de cada princípio envolvido naquela situação. Por isso, a decisão não é uma medida exata. Muitas vezes o julgamento poderá ser controverso entre operadores do direito, devido às distintas valorizações de princípios entre esses atores*²⁷.

Inserção da perícia médica previdenciária

Como procedimento administrativo inserido na prestação de serviço público, a perícia médica previdenciária deve obedecer aos dita-

mes constitucionais, notadamente os princípios que norteiam a administração pública enumerados no art. 37 da Constituição da República²⁸. Destes, destacam-se os princípios da legalidade e da moralidade. Por legalidade compreende-se que os atos do servidor público devem ser fundamentados e justificados por normas legislativas, cabendo à moralidade sanar lacunas legais ou orientar interpretações por parte do aplicador da norma. Os princípios constitucionais da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência, assim como os princípios bioéticos, podem conflitar em determinadas situações, ficando a cargo do servidor médico perito deixar registrados os fundamentos de sua decisão, particularmente no caso de julgamento de valor, como capacidade de trabalho.

A título ilustrativo, o comparecimento reiterado dos mesmos requerentes de auxílio-doença, sem nenhuma restrição e na mesma instância após sucessivos indeferimentos, além de ferir o princípio constitucional da eficiência²⁸ explicita objetivos desvirtuados da finalidade compensatória da incapacidade, uma realidade sociocultural no Brasil. Cabe ao perito aplicar os princípios da justiça e da moralidade ante situações que afrontem a equidade no acesso a recursos financeiros públicos e esmerar-se em identificar tentativas de fraude previdenciária.

Como exemplificaram Beauchamp e Childress, os benefícios sociais precisam ser distribuídos com critério e não como uma loteria⁶, e destacam características norteadoras como acessibilidade, qualificação, merecimento, expe-

riência, contribuição, necessidade, privação e esforço ⁶.

A justiça, como princípio bioético aplicado ao tema deste artigo, significa a equidade de acesso aos benefícios previdenciários por incapacidade laboral. Embora o questionário estruturado utilizado no trabalho não assegure plenamente essa compreensão por parte dos pesquisados, as respostas abertas indicam a preocupação em cumprir e interpretar as normas, aplicando-as em busca da equidade.

A perícia médica previdenciária é atividade médico-legal exercida no âmbito do INSS para avaliar incapacidade laboral para fins de benefícios, ao menos na maior parte das vezes. Compete ao perito julgar a repercussão de doenças e condições sociais coexistentes sobre a capacidade laboral e a possibilidade de enquadramento legal para reconhecimento de direitos previdenciários, que estão fundados na capacidade de trabalho. Ao exercer esse papel de julgador o perito leva em conta critérios de valoração técnicos, modulados por crenças, posturas, formação, personalidade e outros aspectos que incluem, até, sua segurança pessoal.

O procedimento perícia médica consiste em ato médico cujo objetivo não é o paciente, ao menos não primariamente. Seria, pois, uma atividade médica que consiste em investigar o periciado para outra finalidade, a justiça. O perito não tem compromisso com o que seja melhor para o examinado e este não é exatamente seu paciente. Em verdade, o periciado é percebido antes como objeto que como obje-

tivo da perícia médica, percepção que, se radicalizada, pode levar a impessoalização excessiva do atendimento.

Perícia, tal como aqui entendida, é uma ferramenta da medicina legal, procedimento (não qualidade, *expertise*) do ato médico que coletará elementos probatórios, os registrará de maneira ordenada e formal como um laudo, mediante o qual o conhecimento médico aplicado ao caso concreto se traduz em termos e linguagem compreensíveis, que proporcionem ao julgador elementos de apoio para deliberar em um processo administrativo ou judicial. O que faz de um médico um perito é o fato de se manifestar por laudos (não atestados), que integrarão processos para reconhecimento de direitos. O perito se reporta à autoridade e seu compromisso é a verdade e a justiça, diferentemente do médico assistente, que se reporta ao seu paciente e tem com ele compromissos de confidencialidade e dedicação à cura ou minoração do sofrimento. Cientificidade, impessoalidade e objetividade caracterizam as perícias, segundo Galvão ²⁹. Cabe ao perito bem preparado conciliar as características frias e técnicas da abordagem pericial ao respeito dedicado ao periciado. Sentir-se respeitado é um ingrediente central das percepções de equidade ³⁰, valor que foi destacado nas respostas dos peritos neste trabalho, os quais, entretanto, têm sido classificados de desumanos na aplicação dos julgamentos justos de incapacidade até pelo ministro da Previdência, um sindicalista ³¹⁻³³. Segundo Campos ³⁴, *tende-se a qualificar de desumanas relações sociais em que há um grande desequilíbrio de poder e o lado poderoso se aproveita desta vantagem para desconsiderar*

interesses e desejos do outro, reduzindo-o a situação de objeto que poderia ser manipulado em função de interesses e desejos do dominante. Cabe ressaltar, nesse sentido, que os sindicalistas reivindicam maior sensibilidade dos peritos aos anseios dos seus representados ³¹.

Seria esperado que, em razão da natureza assimétrica, quase unilateral, da perícia médica, as preocupações beneficentes e o respeito à autonomia dos pacientes não se configurassem como valores destacados na postura dos peritos médicos. Contudo, faz-se necessário que os periciados e os peritos tenham consciência de seus respectivos papéis e, a partir daí, possam construir uma relação menos tensa e capaz de ter contornos pedagógicos, construtivos e respeitosos. Reputo indispensável que o perito assuma postura empática que permita ao periciado percebê-lo como alguém que compreendeu suas queixas e alegações; em paralelo, tem a missão de zelar pelo patrimônio coletivo, que também é do periciado. Creio também ser possível, diante de possibilidades legítimas, que o perito aja em consonância com o periciado e respeite sua autonomia ao adotar a melhor decisão, que deve ser explicada a ele.

O auxílio-doença e o conceito de incapacidade

Algo há que ser dito sobre o *auxílio-doença*, principal direito previdenciário que demanda perícias médicas. Para essa finalidade, cabe ao perito constatar doenças e dimensionar a repercussão das mesmas sobre a capacidade laboral, ou seja, valorar a extensão da incapacidade para a atividade habitualmente exercida pelo peri-

ciado ³⁵. Como se vê, cabe ao perito médico emitir seu juízo sobre a incapacidade, conceito sempre relativo. Nesse sentido, sua missão em muito se assemelha à de um juiz ^{36, 37}.

Como a previdência social pública definida na Constituição de 1988 ²⁸ deve julgar incapacidade laboral por meio de seus peritos médicos? Seria da mesma forma que uma seguradora privada o faria? Uma vez que a perícia médica previdenciária lida com a incapacidade laborativa, é necessário buscar os fundamentos conceituais de incapacidade, capacidade, saúde e doença. O art. 3º da Lei 8.080 ³⁸, ao conceituar saúde, explicita que algumas necessidades, como transporte e acesso a serviços, integram o núcleo da saúde:

Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

Por via reflexa, portanto, devem ser contemplados numa avaliação de incapacidade ³⁹. Considerando a dimensão social dessa lei para conceituar saúde, observa-se que se ampliam largamente os fatores a ponderar e os riscos de a perícia do INSS enviar do amparo justo e

necessário para o assistencialismo. A sensibilidade social do perito médico termina por ser prerrogativa indispensável para que julgue diferentemente situações aparentemente semelhantes, diferenciando-as e particularizando-as, entre outras causas, por razões sociais.

O Ministério da Previdência Social se define como *a seguradora do trabalhador brasileiro*. De fato, existe muita semelhança entre previdência social e contrato de seguro, uma vez que a pessoa contribui e tem cobertura de certos eventos, sendo que alguns estudiosos chegam a concluir que aquela é uma espécie deste. Mas, na verdade, existem apenas semelhanças, sendo em sua essência espécies diversas, principalmente porque o seguro traz a ideia de contrato, ligado ao direito privado, enquanto que a previdência social é eminentemente pública, em face da repercussão social de suas ações ⁴⁰.

É a partir dessa sensibilidade social que Corrêa ⁴⁰ pondera que o perito médico previdenciário precisa ter o conhecimento de que não atua em uma seguradora, mas em um órgão integrante do conceito constitucional de *Seguridade Social*.

Abordagem terapêutica e abordagem pericial: diferenças

Como afirma Santos: *Ao contrário da relação terapêutica, tradicionalmente baseada na confiança entre médico e doente, que constitui um dos principais alicerces do processo terapêutico, a intervenção médico-legal serve uma finalidade diferente, que lhe confere uma feição própria* ⁴¹. O quadro seguinte esquematiza as principais diferenças entre as abordagens médicas de finalidade terapêutica e as de caráter pericial.

Quadro 2. Diferenças entre relação médico-terapêutica e relação médico-pericial previdenciária

Terapêutica	Pericial previdenciária
Busca saúde	Busca pecúnia
Compromisso médico com o paciente	Compromisso médico com a justiça e a verdade
Direito à saúde é universal	Amparo previdenciário pressupõe filiação e contribuições
Livre escolha do médico favorece o processo terapêutico	Princípio constitucional da impessoalidade veda escolha do perito médico
Confiança mútua é pilar fundamental	Ocultação/supervalorização são elementos presentes nos relatos de requerentes
Empatia	Assimetria
Razão oculta, se há, em geral é emocional	Razão oculta, se há, em geral é trabalhista/social
Satisfação = compreensão, escuta, cura	Satisfação = obtenção do benefício

Referindo-se à relação terapêutica, Ismael ⁴² afirma que *se, de um lado, o médico não pode ser frio e distante, por outro, seu envolvimento emocional com o paciente pode ser danoso a ambos.*

Como sempre, a perfeição está no meio termo. Esta equidistância assegura a autoridade necessária ao processo terapêutico, mas sua calibragem é delicada, precisando ser individualizada

para cada paciente. Assumindo-se isso, torna-se indiscutível que a relação médico-paciente seja necessariamente assimétrica⁴². É no espectro dessa assimetria que o médico pode portar-se de forma autoritária (quando a assimetria é maior) ou mais empática (quando a assimetria é menor ou quando o médico tem consciência de seu papel em uma relação assimétrica).

Em perícia médica previdenciária o equilíbrio está em demonstrar empatia, ouvir os argumentos sem permitir-se ser manobrado ou controlado pelo periciado que, comumente, busca o controle do atendimento mediante, por exemplo, exposição de sucessivos documentos de pouco ou nenhum interesse. Os esclarecimentos também devem ser dados com cortesia e atenção, mas sem excessos ou repetições, que podem ser interpretados como insegurança. A assimetria, inevitável em perícias médicas, pode ser reduzida sob o controle do perito, favorecendo a boa relação com o periciado.

Galvão se refere a essa assimetria como *verticalidade na relação médico-paciente*, argumentando que *houve um tempo em que a opinião médica pesava acima de tudo, sua autoridade era inquestionável exatamente por não existirem critérios que avaliassem esses procedimentos. O profissional, então, sem uma direção ou rumo, costumava seguir determinada 'escola' de determinado médico renomado*¹⁶.

Nos tempos atuais, os homens buscam avidamente (se não compulsivamente) os recursos da tecnologia, e os médicos não fogem à regra, fascinados por novas possibilidades propedêuticas e terapêuticas. Seduzidos pelo fetiche de exercer

seu poder por meio de máquinas sofisticadas, afastam-se do principal na relação com seus pacientes. Potter afirma que *à medida que avançamos no século XXI, nós nos tornamos mais conscientes do dilema levantado pelo exponencial aumento de conhecimento, mas infelizmente sem um crescimento de sabedoria necessário para administrá-lo*⁴². Excessos na especialização e divisão do trabalho podem obscurecer a percepção do médico em relação a si próprio e ao paciente⁴³ e o perito médico previdenciário, sendo altamente especializado, também dedica grande parte de seu tempo e atenção ao computador no qual registra seu laudo informatizado.

A respeito, Salles⁴⁴ ressalta que a tendência da crescente informatização é abranger todas as áreas da atividade humana, já sendo patentes as transformações na área dos cuidados com a saúde. É nesse ponto, quando existe nítida tendência de assegurar a presença da informatização e das sofisticadas tecnologias em todos os atos referentes à medicina, que é preciso questionar se os resultados estão em harmonia com os objetivos das mudanças, que conclui: *a postura de produzir o máximo possível no menor tempo possível, defendida pela atual sociedade capitalista e mecanicista, pode revelar-se eficiente, mas mostra-se igualmente incompatível com o exercício de uma medicina baseada nos princípios que orientam as ações bioéticas do médico para com seu paciente*⁴⁴. Não menos relevante, a carga de atendimentos diários orientada exclusivamente por critérios administrativos em detrimento das necessidades da boa técnica é dificultadora da boa relação médico-paciente tanto no contexto assistencial quanto no pericial.

A informação em ciências biológicas é vastíssima e alcançá-la, como meta, afasta os médicos do convívio social e mesmo de seus próprios pacientes. Cabe ao profissional equilibrar seu desenvolvimento técnico e científico com seu aprimoramento humanístico. *O médico que só sabe Medicina nada sabe de Medicina*, sabiamente escreveu José Letamendi. Para o perito, a medicina é verdadeiro instrumento de justiça social e a doença, muito mais do que um evento biológico, um acontecimento na biografia do periciado, com repercussões em sua capacidade de trabalho com potencial de redirecionar sua formação profissional e até interrompê-la definitivamente.

Xavier⁴⁵ preocupou-se com a formação médica atual e escreveu que *ao trocarmos as ricas variáveis socioantropológicas do ser humano enfermo por uma percepção unicamente biológica, transformamos os jovens estudantes de medicina em simples 'cuidadores de doenças, e não de pessoas doentes'*. Para explicar o fenômeno, Galvão¹⁶ afirma que *o culto à tecnologia é motivado tanto pelo desejo de ajudar o paciente como também pela procura de prestígio, renome e remuneração, além do próprio prazer, vaidoso, de poder manipular novos inventos e técnicas recém-descobertas*.

Siqueira debruça-se sobre o tema e conclui que *diante desse quadro, o paciente é tão somente ator coadjuvante e merecedor de papéis secundários, limitado no exercício de sua autonomia, já que o médico intervém em seu corpo como se ele (o paciente) fosse incapaz de tomar decisões*⁴⁶. *Considera-se desnecessário ouvi-lo, já que os aparelhos falam por ele*. Ainda de acordo com este autor, o

*momento exige respeito à autonomia do paciente, espíritos de tolerância, prudência e humildade para construir relacionamentos mais simétricos entre o médico e o ser humano doente*⁴⁶.

Historicamente o paciente sempre foi um sujeito passivo, sem direito a tomar parte de seu tratamento exercido de acordo com o saber do médico, suas razões inquestionáveis e julgamentos profissionais, mantendo o paciente como total receptor daquilo que o médico determina, escreveu Galvão¹⁶, que prosseguiu, *assim, a medicina hipocrática sempre pregou uma beneficência paternalista, como querem alguns estudiosos, proibindo ao paciente qualquer liberdade ou autonomia, sob o pretexto de 'aquele que ignora não opina; aquele que não conhece deve calar-se'*.

Sobre a relação médico-paciente em que os profissionais se preocupam mais com os casos interessantes do que com as pessoas que atendem, o que repercute na assimetria entre médico e paciente, Ribeiro⁴⁷ analisa que *a cultura do individualismo, própria da época atual, também contrapõe a qualidade de vida à exigência do outro e a pessoa (relação humana), com suas virtudes e defeitos, se transforma facilmente no caso (relação técnica) ou no caso interessante (relação com o intelecto, eliminação do sentimento). É a relação médico-paciente se transforma em relação de poder-submissão*.

A autonomia do perito médico

Há décadas a medicina passa por transformações profundas, que trazem mudanças ao papel do médico. Na década de 70 Haug⁴⁸ propôs o termo *desprofissionalização* para se referir à

perda, pelos médicos, do monopólio sobre o conhecimento médico e autoridade sobre os pacientes ⁴⁸. Desde então a autora destacava como causas desde movimentos sociais organizados até ceticismo quanto aos médicos e acesso a informações médicas *estreitando o gap de conhecimentos entre médicos e pacientes*. Quinze anos depois, voltou a afirmar que o monopólio do conhecimento por médicos havia sido desafiado pela tecnologia da informática, inimaginável na década de 70, e o crescente aprimoramento da qualificação educacional da população. Chega a afirmar que *sua autoridade erodiu à medida que os pacientes adotam postura mais questionadora em relação à medicina* ⁴⁹.

Hoje, a profissão médica enfrenta dificuldade até em se definir legalmente no Brasil, como atesta a discussão sobre o Projeto de Lei do Senado 262/02, voltado a definir o ato médico ⁵⁰. Incertezas como esta e a crise da profissão médica repercutem na capacidade de o perito médico postar-se como agente da saúde e tornar a perícia um momento de encontro e troca. O requerente, por sua vez, tem o objetivo específico de obter um benefício pecuniário e, não raro, dispõe de informações detalhadas tanto sobre sua alegada doença quanto sobre o benefício requerido. Não há espaço para encontro diante da objetividade de interesses tanto do perito quanto do periciado. Sem dispor de autonomia até mesmo para determinar o tempo a ser destinado às perícias, a perícia médica assemelha-se à medicina assistencial que Potter e McKinlay ⁵¹ ironizam ao comparar a empatia de uma consulta médica atual à que acontece em uma sapataria ou com o motorista de táxi relações tipicamente de consumo.

Montejo *et al* ²⁴, descrevendo o modelo espanhol de gestão de afastamentos médicos, aponta que o mesmo gera conflito de interesses (*conflicto de lealtades*) nos médicos responsáveis, pois acumulam o papel pericial com a assistência aos pacientes, *sobretudo quando sobrevêm problemas socioeconômicos que produzem frequentemente angústia nos profissionais (...) intenso mal-estar quando damos uma alta laboral que implica em cessação do subsídio que recebe um trabalhador que se conhece há anos e cujas necessidades pessoais e familiares, bem como a situação trabalhista que pode ser de desemprego, são do conhecimento do médico*.

O modelo espanhol é contraditório, pois considera o afastamento (*baja laboral*) parte do arsenal terapêutico, mas apenas de *los facultativos de la Seguridad Social*; não dos médicos privados (exceto nos acidentes de trabalho, em que os médicos das mútuas podem afastar do trabalho). Tal situação de conflito não seria possível no Brasil, onde o Código de Ética Médica veda em seu art. 93 exercer perícia médica de paciente próprio, exatamente para assegurar a autonomia e isenção indispensáveis ao perito médico: *Ser perito ou auditor do próprio paciente, de pessoa de sua família ou de qualquer outra com a qual tenha relações capazes de influir em seu trabalho ou de empresa em que atue ou tenha atuado* ⁵².

Perícia médica previdenciária consiste eminentemente em caracterizar a presença ou ausência de incapacidade laboral para o INSS, autarquia que atua como seguradora compulsória da capacidade para o trabalho habitual. Não sendo uma relação médico-paciente com os pressupostos da confiança mútua, é nela mais prová-

vel que as manifestações de distanciamento e autoritarismo, que se identifica mesmo nas relações médico-paciente propedêuticas e até nas terapêuticas, estejam potencializadas.

Quase todos os benefícios pagos pela previdência social brasileira são compensadores da incapacidade de gerar renda como consequência de incapacidade de trabalho por idade, maternidade, reclusão, doença ou invalidez. Assim, o bem jurídico e social segurado pela Previdência é a capacidade de trabalho. Incapacidade, em qualquer sentido, constitui julgamento, haja vista não existir como conceito *per si*, mas sempre relacionado a alguma habilidade; e cabe ao perito verificar se o conceito se aplica ao caso concreto que analisa, ou seja, transcende o diagnóstico nosológico principal e leva em conta outras comorbidades, aspectos sociais e crenças pessoais e ideológicas do próprio perito médico. A denominação *auxílio-doença*, se não bastassem as já inevitáveis dificuldades, confunde ao insinuar que seja a doença e não a incapacidade, o que a Previdência Social se propõe a amparar.

Por formação, inexperiência ou por crenças pessoais, peritos podem ter posturas mais legalistas ou mais sensíveis aos componentes sociais que integram o conceito de saúde³³ e, por via reflexa, o de doença e incapacidade. Alguns são autoritários e outros empáticos e suas posturas pessoais podem resultar em conclusões médico-periciais diversas.

Drumond¹⁴ sustenta que *a medicina e os médicos estão fortemente impregnados pelo paternalismo beneficente de Hipócrates*, cujo juramento

se mantém como tradição na quase totalidade das formaturas de médicos. Há que distinguir, também, quando o paternalismo resulta de alguma relação médico-paciente de confiança e entendimento, situação em que o médico exerce sua autoridade em benefício do que acredita ser o melhor para o paciente. Quando, por outro lado, o médico não constrói uma relação empática com o paciente, preocupa-se estritamente com a doença, exames, tecnologias e seu próprio tempo, poderá mais facilmente ser tomado como autoritário, mesmo que beneficente. Assim, creio ser importante distinguir autoridade de autoritarismo na relação médico-paciente beneficente e paternalista, pois se sabe que a autoridade médica é fundamental para o sucesso terapêutico.

Segundo Margotta⁵³, Paracelso afirmava que *a personalidade de um médico pode ter mais influência na recuperação do paciente do que qualquer remédio*. Ismael⁴² escreve que existem três tipos de médico, os que estudaram medicina, os que nasceram médicos e os que nasceram médicos e tiveram a felicidade de estudar medicina, pois a arte de curar transcende o conhecimento científico e, por isso, prescindem do equilíbrio harmonioso entre o talento do profissional, sua formação e o *capital humano* que emana dos que têm uma vocação natural para curar ou amenizar o sofrimento de seus semelhantes. A relação médico-paciente é construída tendo por base um acordo bilateral, afirmam Snyder e Leffer¹⁹, sendo necessário que haja entendimento mútuo, tanto do perito médico quanto do periciado, sobre o que vem a ser e a que se propõe a perícia médica previdenciária.

Considerações finais

Perícia médica, aqui entendida como procedimento, ato médico-legal, encerra aspectos bastante peculiares da relação médico-paciente, a ponto de não ser referida como tal, sendo preferível a referência relação perito-periciado. É ato médico em que a relação tem na assimetria de poder uma característica marcante, em que cabe ao periciado o papel de fornecer elementos para que a conclusão pericial seja favorável às suas pretensões ao requerer um benefício previdenciário. Essa assimetria fica evidenciada nesta pesquisa em que nenhum dos peritos médicos entrevistados demonstrou preocupação principal com a autonomia do periciado, fixando-se, a maioria, em decidir de forma justa e equânime quanto ao direito reclamado. Parece necessário que a educação previdenciária

da população, o aprimoramento permanente dos peritos médicos e a compreensão governamental das diferenças entre medicina terapêutica e pericial levem em consideração o reconhecimento e a percepção de peculiaridades inevitáveis (e outras nem tanto) da relação médico perito-periciado como forma de reduzir as tensões próprias das relações interpessoais assimétricas. A educação previdenciária alcançando toda a população usuária compulsória da previdência social pública, bem como dos médicos em geral, se apresenta como forma de prover justiça por meio de decisões melhor fundamentadas e melhor compreendidas pelos demandantes, que garantam a aplicação equânime de recursos sempre limitados, devendo este princípio bioético, de destacada importância na perícia previdenciária, ser meta a perseguir por toda a sociedade.

Resumen

Aspectos de la bioética en la gestión médica de las bajas laborales

La relación médico-paciente es guiada por la confianza mutua y, de la parte del médico, por sus preocupaciones de beneficencia, no maleficencia, justicia y el respeto por la autonomía, presente en proporciones variables, de acuerdo con los principios bioéticos propuestos por Beauchamp y Childress (1979). Ciento dieciocho expertos médicos de la seguridad social brasileña, de 20 estados de Brasil fueron encuestados usando el cuestionario a fin de ampliar la representación relativa de cada uno de los cuatro principios en la relación de expertos con sus examinados. Los resultados mostraron que los conocimientos médicos en la seguridad social, procedimiento médico legal que tiene por objeto el reconocimiento de los derechos de seguridad social, los expertos se preocupan poco de ser beneficiarios y de ninguna manera con la autonomía de la voluntad del demandante, el principio rector de la justicia es lo predominante.

Palabras-clave: Autonomía personal. Bioética. Vulnerabilidad. Políticas, planificación y administración en salud. Relaciones médico-paciente. Autoritarismo. Médicos forenses y examinadores.

Abstract

Bioethical aspects of the social security medical expertise

The doctor-patient relationship is guided by mutual trust and, on physician's side, by concerns with beneficence, non-maleficence, justice, and respect for autonomy, present in variable proportions at each assistance, according to the principlalist bioethics. Aiming at dimensioning relative representativeness of each of the four principles in expert-investigated relationship, one hundred and eighteen experienced social security medical experts from 20 Brazilian states were surveyed, through questionnaire. The result showed that, in social security medical expertise, in legal medical procedure, whose purpose is the recognition of rights to social security benefits, experts have little concern about being beneficent and, in any way, they are not concerned with the autonomy of the applicants' will. The predominant concern showed by medical experts was the correct application of legislation, while it not possible to state that guiding principle of justice was the predominant concern.

Key words: Personal autonomy. Bioethics. Vulnerability. Health policy, planning and management. Authoritarianism. Physician-patient relations. Coroners and medical examiners.

Referências

1. Fraraccio JAV. Medicina forense contemporânea. Buenos Aires: Dosityuna; 2006.
2. Nunes R. Bioética. Coimbra: Gráfica de Coimbra 2; 2010. p.10.
3. Nunes R. Op.cit. p.11.
4. Nunes R. Op.cit. p.21.
5. Brasil. Lei nº 10.876, 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 [internet]. Brasília: Presidência da República; 2004 [acesso 29 set. 2010]. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/10.876.htm.
6. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. New York: Oxford; 1977.
7. The Nüremberg code. Directives for human experimentation [internet]. Washington: The Office of Human Subjects Research of the National Institute of Health; [cited 30 May 2009]. Available: <http://ohsr.od.nih.gov/guidelines/nuremberg.html>.
8. World Medical Association. Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects [internet]. Washington: The Office of Human Subjects Research of the National Institute of Health; [cited 30 May de 2009]. Available: <http://ohsr.od.nih.gov/guidelines/helsinki.html>.
9. U.S.A. The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. The Belmont report: ethical guidelines for the protection of human subjects of research, 1979. Washington: The Office of Human Subjects Research of the National Institute of Health; [cited 30 May 2009]. Available: <http://ohsr.od.nih.gov/guidelines/belmont.html>.
10. Almeida LD, Machado MC. Atitude médica e autonomia do doente vulnerável. Rev. bioét (Impres). 2010;18(1):165-83.
11. Petry FB. Resenha de Beauchamp T.L. & Childress J.F. Princípios de ética biomédica (4ª ed.) São Paulo: Edições Loyola; 2002. Ethic@: revista internacional de filosofia e moral. 2004;3(1):87-92.
12. Pellegrino ED, Thomasma D. For the patient's good: the restoration of beneficence in medical ethics. New York: OUP; 1988. p.58-60.
13. Pellegrino ED. Interview Edmund D. Pellegrino on the future of bioethics: Interview by David C Thomasma. Camb Q Healthc Ethics.1997;6(4):373-5.
14. Drumond JGF. O princípio da beneficência na responsabilidade civil do médico. Bioética. 2004;11(2):159-68.
15. Gerd B, Culver CM, Clouser KD. Bioethics: A systematic approach. Nova York: Oxford University Press; 2006.
16. Galvão VF. Da relação médico-paciente: aspectos semióticos de paixão e persuasão [dissertação] [internet]. São Paulo: USP, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciência Humanas;

- 2006 [acesso 26 Feb 2009]. Disponível: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8139/tde-01082007-153328/>.
17. Hurwitz B, Richardson R. Swearing to care: the resurgence in medical oaths. *BMJ*. 1997;315:1671-4.
 18. McNeill PM, Downton SB. Declarations made by graduating medical students in Australia and New Zealand. *Med JAust*. 2002;176(3):123-5.
 19. Snyder L, Leffler JD. Ethics manual. *Ann Intern Med*. 2005;142 (7):560-82.
 20. Halpern SA. Medical authority and the culture of rights. *J Health Polit Policy Law*. 2004;29 (4-5):835-52.
 21. Sponville AC. Dicionário filosófico. São Paulo: Martins Fontes; 2003.
 22. Ferraz FC. A questão da autonomia e a bioética. *Bioética*. 2001;9(1):73-81.
 23. Cairus HF, Ribeiro Junior WA. Textos hipocráticos: o doente, o médico e a doença. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
 24. Montejo JZ, Bernal AM, Gutiérrez JJ, Dominguez FP, Botaya RM. Gestión de las bajas laborales. *Med Clin (Barc)*. 2001;117(13):500-9.
 25. Nunes R, Rego G. Prioridades na saúde. Lisboa: McGraw-Hill; 2002.
 26. Daniels N, Sabin J. Setting limits fairly. New York: Oxford University Press; 2002.
 27. Melo MPP, Assunção AA. Decisão pericial no âmbito da previdência social. *PHYSIS: Rev Saúde Coletiva*. 2003;13(2):105-127.
 28. Brasil. Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil [internet]. Brasília: Presidência da República; [acesso 3 out 2010]. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.
 29. Galvão MF. Perícia criminal odontológica: ato do cirurgião dentista. In Galvão MF. Medicina legal [internet]. Brasília: Coordenação de pós-graduação, Faculdade de Medicina, Universidade de Brasília; 1998 [acesso 18 out 2010]. Disponível: <http://www.malthus.com.br/artigos.asp?id=145>.
 30. Costa Filho PEG, Abdalla-Filho E. Diretrizes éticas na prática pericial criminal. *Rev Bioét(Impres)*. 2010;18(2):421-37.
 31. Bruno WP (Secretário de Saúde e Condições de Trabalho do Sindicato dos Bancários de São Paulo, Osasco e Região). Prot 0104. Carta para José Pimentel, (Ministro de Estado da Previdência Social) [internet]. São Paulo, 04 de julho de 2008 [acesso 18 out 2010]. Disponível: http://www.spbancarios.com.br/download/17/documento_ministro_previdencia.pdf.
 32. Sítio do Servidor. "Governo está dando nova dimensão às políticas voltadas para servidor" diz Gaetani [internet]. 2010 [acesso 18 out 2010] abr 15. Disponível:http://www.servidor.gov.br/noticias/noticias10/100415_gov_esta_dando.html.
 33. Brasil. Ministério da Previdência Social. Previdência e você: Pimentel fala sobre melhoria do atendimento [internet]. Ministério da Previdência Social. 2008 [acesso: 18 out 2010] jul 8.

- Disponível: <http://www.previdencia.gov.br/vejaNoticia.php?id=30746>.
34. Campos GWS. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida. Interface: Comunic Saúde Educ [internet]. 2005 [acesso 18 out 2010] mar/ago;9(17):389-406. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a16.pdf>.
 35. Brasil. Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os planos de benefícios da Previdência Social e dá outras providências [internet]. Brasília: Presidência da República; [acesso 3 out. 2010]. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8213cons.htm.
 36. Almeida EHR. O jaleco e a toga. O Estado de Minas. 2010 fev 15:Direito & Justiça: 3.
 37. Almeida EHR. A perícia médica previdenciária para concessão de benefícios por incapacidades. In: 1º Jornada de Direito Previdenciário da Escola Superior da Magistratura Federal da Primeira Região; 2009; Belo Horizonte. Brasília: Escola Superior da Magistratura Federal da Primeira Região; 2010. p.99-104.
 38. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [internet]. Brasília: Presidência da República; [acesso 29 set 2010]. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm.
 39. Lima BGC. Conceito de saúde e doença. In: Noções de epidemiologia. Pós-graduação em perícia médica previdenciária [internet]. Belo Horizonte: Pitágoras; 2010 [acesso 3 out. 2010]. Disponível: <http://www.ead.pospitagoras.com.br/>.
 40. Corrêa WL. Seguridade e previdência social na Constituição de 1988. Jus Navigandi [internet]. 1999 [acesso 2 out 2010] ago;4(34). Disponível: <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=1431>.
 41. Santos JC. Simulação e dissimulação em clínica forense. In: Vieira DN, Quintero JA, organizadores. Aspectos práticos da avaliação do dano corporal em direito civil. Coimbra: Biblioteca Seguros; 2008. p.149.
 42. Ismael JC. O médico e o paciente: breve história de uma relação delicada. São Paulo: TA Queiroz ; 2002.
 43. Potter VR. Fragmented ethics and "bridge bioethics". Hastings Cent Rep. 1999;29(1):38-40.
 44. Salles AA. Transformações na relação médico-paciente na era da informatização. Rev. bioét (Impres). 2010;18(1):49-60.
 45. Xavier E. O homem e a cura. Porto Alegre: Riegel; 1993.
 46. Siqueira JE. O ensino da bioética no curso médico. Bioética. 2003;11(2):34-5.
 47. Ribeiro MMF. Avaliação da atitude do estudante de medicina da UFMG a respeito da relação médico-paciente ao longo do curso médico, dissertação de doutoramento, Belo Horizonte: UFMG; 2006.
 48. Haug M. Deprofessionalization: an alternative hypothesis for the future. Sociological Review Monograph. 1973;20:195-211.
 49. Haug M. A re-examination of the hypothesis of physician deprofessionalization. Milbank Q.

1988;66(suppl 2):48-56.

50. Brasil. Senado Federal. Projeto de Lei do Senado nº 268/02 [internet]. Define as atividades privativas dos médicos. Brasília: Senado Federal; 2002 [acesso 2 out 2010]. Disponível: <http://legis.senado.gov.br/mate-pdf/9098.pdf>
51. Potter SJ, McKinaly JB. From a relationship to encounter: an examination of longitudinal and lateral dimensions in the doctor-patient relationship. *Soc Sci Med.* 2005;61(2):465-79.
52. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.931, de 24 de setembro de 2009 [internet]. Código de Ética Médica. Brasília: Conselho Federal de Medicina; [acesso 1 out 2010]. Disponível: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2009/1931_2009.htm.
53. Margota R. História ilustrada da medicina. São Paulo: Manole; 1998.

Recebido: 6.10.10

Aprovado: 22.3.11

Aprovação final: 31.3.11

Contato

Eduardo Henrique Rodrigues de Almeida - eh.almeida@gmail.com

Rua dos Otoni, 881, sala 1.401, CEP 30.150-270. Belo Horizonte/MG, Brasil.