

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL

COMO SE DECIDE A (IN)CAPACIDADE E A DEFICIÊNCIA?

**Uma etnografia sobre moralidades e conflitos em torno da perícia médica
previdenciária.**

Liziane Gonçalves de Matos

Porto Alegre

2016

CIP - Catalogação na Publicação

Matos, Liziane Gonçalves de
Como se decide a (in)capacidade e a deficiência?
Uma etnografia sobre moralidades e conflitos em torno
da perícia médica previdenciária / Liziane Gonçalves
de Matos. -- 2016.
267 f.

Orientadora: Patrice Schuch.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Instituto de Filosofia e
Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em
Antropologia Social, Porto Alegre, BR-RS, 2016.

1. Antropologia. 2. moralidades. 3. perícia
médica. 4. Previdência Social. 5. judicialização.
I. Schuch, Patrice, orient. II. Título.

Liziane Gonçalves de Matos

COMO SE DECIDE A (IN)CAPACIDADE E A DEFICIÊNCIA?

Uma etnografia sobre moralidades e conflitos em torno da perícia médica previdenciária.

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Antropologia Social.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Patrice Schuch

Porto Alegre

2016

Liziane Gonçalves de Matos

COMO SE DECIDE A (IN)CAPACIDADE E A DEFICIÊNCIA?

Uma etnografia sobre moralidades e conflitos em torno da perícia médica previdenciária.

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Antropologia Social.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dr.^a Patrice Schuch (Orientadora)

Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social – PPGAS/UFRGS

Prof. Dr. João Biehl

Universidade de Princeton

Prof.^a Dr.^a Ciméa Barbato Bevilaqua

Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social – PPGA/UFPR

Prof.^a Dr.^a Claudia Lee Williams Fonseca

Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social – PPGAS/UFRGS

**Porto Alegre
2016**

Aos meus pais, Lazir e Marlene

AGRADECIMENTOS

Muitas pessoas e instituições foram importantes para esta pesquisa. Resta o agradecimento àqueles que, de alguma forma, colaboraram para tornar caminhada até aqui mais leve. Agradeço a minha orientadora, professora Patrice Schuch, que acompanha minha trajetória desde a graduação como participante de minhas bancas. A ela devo o apoio e o incentivo para levar o projeto de tese adiante, apesar das dificuldades. Agradeço pelas sugestões inspiradoras e por poder contar com sua confiança durante todo o processo de orientação. Também pelo empenho para que a realização do estágio no exterior fosse possível.

Agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social (PPGAS) da UFRGS, a todos os seus professores e professoras, especialmente a Arlei Sander Damo, meu primeiro orientador, com quem pude contar da graduação até o mestrado, e que esteve sempre disponível para o diálogo, inclusive no momento de qualificação desta tese. Também aos professores Ruben Oliven, Cláudia Fonseca, Bernardo Lewgoy, Cornelia Eckert e Ceres Víctora.

Aos colegas da turma de doutorado de 2012, em especial Vitor Richter e Pedro Paulo Soares. A CAPES, um duplo agradecimento: pela concessão de bolsa ao longo destes quatro anos, fundamental para a realização da pesquisa, e também pelo financiamento do estágio de doutorado sanduíche no exterior.

A Cláudia Fonseca, Ciméa Bevilaqua e João Biehl, que aceitaram participar da banca de defesa, muito obrigada pela disponibilidade em contribuir, mais uma vez. Cláudia esteve presente na qualificação desta tese juntamente com João, e Ciméa fez parte da minha banca de defesa de dissertação, ainda em um outro tema pesquisa.

A todas as pessoas que conheci na defensoria, cujas histórias foram contadas e apresentadas nas páginas desta tese. Aos médicos peritos do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) entrevistados, sobretudo Eduardo Almeida, que me recebeu de uma forma bastante receptiva em Belo Horizonte. Sua entrevista acabou se tornando uma aula sobre perícias médicas. A juíza federal, Dra. Graziela Cristine Bündchen, pela disponibilidade em

contribuir e pela conversa tão esclarecedora. Na Defensoria Pública da União, a todos os defensores públicos federais com quem tive a oportunidade de dialogar e que dispensaram um tempo, ainda que envolvidos em processos e atividades, para responder aos meus questionamentos, em especial a Fernanda Hahn, Rafael Fiolic Alvarez e Daniel Cogoy. Ao também sociólogo da DPU na unidade de Santa Maria e colega no PPGAS, Leonardo Pedrete, por compartilhar textos, dados estatísticos e expectativas, pelas diversas sugestões a este trabalho, e também por permitir que eu acompanhasse seus atendimentos no período em que estive na unidade de Porto Alegre. Aos coordenadores do setor de atendimento, Marla Silveira e Carlos Eduardo Silveira, por esclareceram minhas dúvidas, pelo auxílio com o sistema mesmo nos dias de muito trabalho, pelos relatos de movimentação do setor, pelo interesse e disponibilidade em colaborar com esta pesquisa, e também por permitirem que eu circulasse entre os estagiários. Ao Dr. Alexandre Triches, professor e advogado previdenciário, que me recebeu em seu escritório e com quem tive um diálogo interessantíssimo sobre processos envolvendo a Previdência e o INSS.

A todos os estagiários do setor de sociologia que conheci, aos que já concluíram o estágio e aos que ainda lá permaneceram após a minha saída, especialmente Carolina, Andressa, Fernanda, Alexandra, Maria Lúcia (Malu), Cristian, Marcelo, Suelen, Gabriel, Monique, Drielli, Leticia, Mariana, Oton e Vanito, que dividiram seus guichês de atendimento comigo, sempre dispostos a ajudar ou providenciar uma cadeira para eu sentar. Ao André Manica, estagiário do curso de políticas públicas, um agradecimento especial pela generosidade e pelo auxílio com os dados do anuário estatístico da previdência. A querida Juliana Cuozzo, uma das primeiras estagiárias que conheci e com quem muito aprendi, ela também foi importante em diversos momentos, tanto na defensoria quanto fora dela.

Na Universidade Princeton, agradeço a todos os colegas do departamento de antropologia que tive a oportunidade de conhecer, sobretudo aos alunos do seminário *Anthropology of becoming*, ministrado pelo professor João Biehl na primavera de 2014, que me receberam de uma forma muito receptiva e amigável. Aos colegas americanos, agradeço em especial Serena Stein, Bridget Purcell e Celeste Alexander, por toda a ajuda e disponibilidade durante a preparação para os seminários em Boston e Detroit. No evento em Boston, agradeço também a professora Laura Moutinho, ao professor Paulo e Marcio. Pablo Landa, Sebastian Hernandez, Celeste Alexander e Heath Pierson, companheiros em grupos de trabalho, agradeço pelo aprendizado, pelos momentos de descontração durante as viagens e pelos passeios que juntos fizemos. Aos professores Laurence Ralph e Clara Han, pelas

sugestões valiosas e contribuições como debatedores nos seminários que apresentei. Ao professor Didier Fassin, pela receptividade e por aceitar que eu participasse do seu curso de *public ethnography* como ouvinte. A Mariana Socal e James Poole, pelo suporte com a moradia em Princeton e as mudanças, de um quarto para uma casa. Aos queridos Quincy e Benjamin, que também sempre estiveram dispostos a colaborar.

Ao professor João Biehl, com toda a admiração, nada do que eu escreva aqui poderá definir meu sentimento de gratidão. Enquanto estive na condição de *Visiting Student Research Collaborator*, sob sua orientação, recebi sugestões muito ricas a esta pesquisa, e tive todas as condições para a que a própria experiência do estágio se tornasse rica e interessante. Pelo suporte e disponibilidade antes, durante e depois do estágio sanduíche, e pela leitura atenta de algumas partes que compõem esta tese, que produzi nos meses em que estive lá. Devo o mesmo à Adriana Petryna e Andre, pelo acolhimento e encorajamento. Agradeço a eles também pelos momentos felizes de confraternização entre professores e alunos.

Durante o estágio, conheci pessoas e lugares dos quais guardo lembranças muito boas. Justin Milliet e Ticiania Marini contribuíram para que minha estada fosse a melhor possível, agradeço pelos *brunches* de domingo, pelos passeios e por todos os convites. Gustavo Rossi e Marília Giesbrecht, pelas tantas vezes em que me tiraram de casa para conhecer lugares novos, por me receberem em sua linda e aconchegante casa, pelas caronas, pelo incentivo e pela amizade. Edilza Sotero e Gustavo Taniguti, pessoas especiais que também tive a felicidade de conhecer e conviver, e que levarei para sempre no coração, apesar da distância. Agradeço a eles por estarem comigo em diversos momentos, sobretudo nos mais críticos. Também a Maurício Acuña e Fernanda Rosa, Lili e Diego, que tornaram suas casas lugares de confraternização e acolhimento. A Juliana Mara e Danielle Santiago, pelos momentos de descontração pós-biblioteca e pós-laboratório.

De volta ao Brasil, as primas gaúchas/cariocas Diva, Solange e Susana Gonçalves Arraes, um agradecimento muito especial por tudo que fizeram por mim, jamais esquecerei de todo o suporte que recebi de vocês durante estada no Rio. “Sola”, obrigada por dividir o quarto comigo e reservar um espaço para estudo nos vários dias em que alterei a rotina de vocês. Rodrigo, Nanda, Fran e Eduardo, pelos encontros e risadas que me reergueram nos momentos de desânimo. Fran, obrigada pelos telefonemas, pelas visitas e pela preocupação, eu sei que posso contar com a tua amizade sempre. Érica Pastori, colega, amiga e grande incentivadora, que dividiu comigo momentos difíceis e também de alegria nesta incipiente

trajetória acadêmica. Gabi Sevilla, minha companheira de viagens, pelos nossos anos de amizade e cumplicidade, e Gabi Blanco, por ter sempre as palavras certas, e pela sintonia que nos liga, de Porto Alegre a Florianópolis. Também a querida Gabriela Diniz, minha professora de inglês, pelo encorajamento e otimismo transmitidos durante as aulas, por todo auxílio e suporte recebido antes e durante o estágio sanduíche. Ao Rodrigo Dornelles, amigo atencioso, pelas nossas conversas, por todo interesse nesta pesquisa e por todo o incentivo.

A Valéria Aydos, Helena Fietz e Mário Eugênio Saretta, juntamente com Leonardo Pedrete, que leram, discutiram e ofereceram sugestões muito valiosas para os capítulos que aqui seguem. Valéria, obrigada por ceder sua casa para que os nossos encontros de discussão de textos se tornassem possíveis. Apesar de poucos, eles foram muito produtivos. E Mário, obrigada pelo retorno em escrito e pelos comentários que considere excelentes e provocativos.

A Deissy Perrilla e Jorge Holanda, colegas que se tornaram amigos pela ocasião do estágio docente, agradeço pelos momentos de discussão de textos e pelas risadas. Vocês tiveram um papel muito importante na fase de finalização do curso, que sigamos unidos na antropologia e na vida.

A Laura Zacher, a socióloga e amiga que mais admiro, agradeço por toda a generosidade, pelas palavras de incentivo e por toda a ajuda que recebi não apenas durante o trabalho de campo, mas durante o processo todo. Pela leitura atenta dos capítulos desta tese, pelas sugestões extremamente relevantes, e pela oportunidade de expor a pesquisa no Setor de Sociologia. Também agradeço por me encorajar a seguir em frente, apesar das dificuldades. O agradecimento se estende aos seus pais, dona Maria Helena e seu Luís Zacher, e sua irmã, Luísa. Com dona Maria Helena aprendi, entre outras coisas, o segredo dos grandes contadores de histórias, e a ela também agradeço por trazer poesia para os nossos dias de veraneio.

Ao Lucas Besen, meu irmão, meu amigo de todas as horas, certamente ter ele na minha vida foi a melhor coisa que me aconteceu nos últimos anos. Por mais que agradeça, sempre parecerá insuficiente. Costumo dizer que tenho dívidas eternas não só com ele, mas com seus pais, dona Gloria e seu Sebastião, com a nona e o nono, que se tornaram minha segunda família, se não fosse por vocês o caminho até aqui teria sido mais difícil. Ao Norberto Decker, também parte da família, por todas as perguntas perspicazes relacionadas à pesquisa e pelos momentos de descontração que tivemos.

Seu Sidnei Silveira e dona Maria Cristina Falavigna, meus padrinhos do coração, por todo suporte antes, durante e depois da viagem, vocês são muito especiais para mim e para minha família, e sabem que podem contar com todos nós, sempre.

Por fim, um agradecimento muito especial à minha família: ao meu pai, Lazir, que sempre respeitou e incentivou minhas escolhas, agradeço por todas as conversas que temos sobre a vida, pelo carinho, cuidado e preocupação. Minha mãe, Marlene, representa, para mim, um exemplo de força e coragem. A ela agradeço as orações e a paciência. Minhas irmãs, Lazi e Lidiane, que nos dão a oportunidade de conviver com Sophia e André, sobrinhos amados. E a Lenize, a caçula que cuida de todos de nós, também agradeço por todas as palavras de incentivo, pela injeção de ânimo e pelas risadas. Por todos os sustos que tivemos nos últimos anos, que juntos ainda possamos compartilhar muitos momentos de alegrias e felicidade.

RESUMO

A perícia médica se constitui em uma avaliação pela qual devem passar todos os que solicitam determinados benefícios previdenciários, como o auxílio-doença, e o Benefício de Prestação Continuada (BPC), vinculado à assistência social. As conclusões dos médicos peritos, emitidas através de um laudo pericial, envolvem decisões quanto a existência ou não de “(in)capacidade para o trabalho” e deficiência, e podem ser determinantes para a concessão ou o indeferimento do auxílio-doença, por exemplo, e do BPC. Quando as decisões são contrárias à concessão, ou seja, quando não há o reconhecimento da incapacidade ou deficiência, tentativas de reverter estas decisões na justiça tem se constituído em uma alternativa, com destaque para a atuação da Defensoria Pública da União (DPU). A exigência da perícia e seus critérios de avaliação tem suscitado diversos debates públicos, conflitos e controvérsias que tornam explícitas moralidades diversas. A partir do trabalho de campo realizado na DPU, nos espaços de debates em torno da prática de perícia, como congressos, e com as pessoas envolvidas no processo pericial (sobretudo, as que solicitam benefícios, médicos e profissionais do campo jurídico), esta tese busca reunir diferentes discursos, concepções e embates em torno da perícia médica previdenciária, demonstrando que há uma disputa em relação a definição de categorias e competências. Também destaca o quanto determinados conceitos, como os de doença, (in)capacidade e (in)validez, deficiência, e mesmo de trabalho e cidadania, acabam sendo constituídos e atualizados, na prática, por moralidades que partem não só dos médicos peritos, mas das próprias pessoas que solicitam esses benefícios, em associação com instituições do judiciário, como a defensoria pública. Em um contexto de distribuição seletiva de direitos, o trabalho retrata um cenário de conflitos e disputas relacionados à própria prática da perícia si, à necessidade desta, suas decisões e implicações.

PALAVRAS-CHAVES: perícia médica previdenciária; moralidades; conflitos; judicialização.

ABSTRACT

The medical expertise constitutes an evaluation which the requesters of certain social security benefits must undertake, such as sickness allowance and the Continuous Cash Benefit (BPC), linked to social assistance in Brazil. The findings of the medical experts, emitted through an expert report, involve decisions as to whether or not the worker has "(in)capacity for work" and/or disability, and can be decisive for the granting or refusal of the sickness allowance and the BPC, for example. When decisions are contrary to the concession, i.e. when there is no recognition of disability or impairment, attempts to reverse these decisions in court has been constituted as an alternative, especially through the Public Defender of the Union (DPU). The requirement for expertise and its evaluation criteria has raised several public debates, conflicts and controversies that make explicit different moralities. From my fieldwork in the DPU, in spaces of debate around the practice of medical expertise, such as congresses, and the people involved in the expert process (especially those applying for benefits, and medical professionals in the legal field), this thesis seeks to bring together various speeches, ideas and conflicts around the social security medical expertise to demonstrate that there is a dispute regarding the definition of categories and competences regarding the social security medical expertise. In that sense, certain concepts – such as disease, (in)ability and (in)validity, disability, and even work and citizenship – end up being informed and updated in daily practices by various moralities, not only from medical experts, but from the requesters of the benefits themselves, and also of the judicial institutions such as the Public Defender. In a context of selective distribution of rights, the work portrays a scene of conflicts and disputes related to very practice of medical expertise itself, its necessity, decisions and implications.

KEYWORDS: social security medical expertise; moralities; conflicts; judicialization.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AACD	Associação de Atendimento a Criança com Deficiência
ACP	Ação Civil Pública
ANADEF	Associação Nacional dos Defensores Públicos Federais
ANAMPS	Associação Nacional dos Servidores da Previdência
ANMP	Associação Nacional de Médicos Peritos Previdenciários
APS	Agências da Previdência Social
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CAPS	Centros de Atendimento Psicossocial
CAS	Comissão de Assuntos Sociais
CEJUSCON	Centro Judiciário de Solução de Conflitos e Cidadania
CFM	Conselho Federal de Medicina
CID	Código Internacional de Doenças
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNIS	Cadastro Nacional de Informações Sociais
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CPC	Código de Processo Civil :
CPF	Cadastro de Pessoas Físicas
CRAS	Centro de Referência em Assistência Social
CREMEGO	Conselho Regional de Medicina de Goiás
CRPS	Conselho de Recursos da Previdência Social

CRPS/JR	Conselho e as Juntas de Recursos da Previdência Social
CTPS	Carteira de Trabalho e Previdência Social
CVV	Centro de Valorização da Vida
DATAPREV	Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social
DCB	Data de Cessação do Benefício
DEAMs	Delegacias Especiais de Atendimento à Mulher
DHTC	Direitos Humanos e Tutela Coletiva
DID	Data de Início da Doença
DII	Data de Início da Incapacidade
<i>DPE</i>	<i>Defensoria Pública do Estado</i>
DPU	Defensoria Pública da União
E-Proc	Sistema de Processo Eletrônico
FUNRURAL	Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
HPS	Hospital de Pronto Socorro
IAPB	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Bancários
IAPC	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Comerciantes
IAPI	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários
IAPM	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Marítimos
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IAPTC	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Transportadores de Cargas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IFCH	Instituto de Filosofia e Ciências Humanas
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social

IPASE	Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado
JRPS	Junta de Recursos da Previdência Social
LOAS	Lei Orgânica de Assistência Social
LOPS	Lei Orgânica de Previdência Social
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MPF	Ministério Público Federal
MPS	Ministério da Previdência Social
NCST	Nova Central Sindical dos Trabalhadores
OAB/RS	Ordem dos Advogados do Brasil no Rio Grande do Sul .
ONG	Organização Não-Governamental
PAJ	Processos de Assistência Jurídica
PPGAS	Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social
PR	Pedido de Reconsideração
RG	Registro Geral
RGPS	Regimes Geral de Previdência Social
RPC	Regime de Previdência Complementar
RPPS	Regimes Próprio de Previdência Social
SAJU	Serviço de Assessoria Jurídica
SGA	Sistema de Gerenciamento do Atendimento
Sicoprev	Sistema de Perícias Médicas e de Conciliações Pré-Processuais das Matérias de Competência das Varas e Juizados Previdenciários
SIMERS	Sindicato Médico do Rio Grande do Sul ,
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SIS-DPU	Sistema de Informações Simultâneas da Defensoria Pública da União
SS	Seguro Social
SUS	Sistema Único de Saúde

TCU	Tribunal de Contas da União
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
VSRC	<i>Visiting Student Research Collaborator</i>

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	19
Percurso e negociações	22
Sobre a organização dos capítulos	35
1. Seguridade Social no Brasil, distribuição seletiva de direitos e o papel da perícia médica	37
1.1 A Previdência e a Seguridade como objeto de estudo	40
1.2 Das Caixas aos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs)	41
1.3 Dos IAPs ao INPS – quando a cidadania não se vincula à democracia	47
1.4 Do INPS ao INSS – a previdência (e a assistência) na Constituição Cidadã	51
1.5 A emergência dos (médicos) peritos do Estado	58
1.6 Quando os médicos são peritos (e vice-versa)	63
1.7 Da previdência à providência	68
2. Uma tecnologia (de governo) e suas múltiplas controvérsias	74
2.1 Doença, (in)capacidade e (in)validez: do convencimento ao julgamento	77
2.2 A perícia médica judicial	84
2.2.1 O “limbo previdenciário”	93
2.3 Auxílio-doença ou auxílio incapacidade?	95
2.4 Fraude e suspeita	98
2.5 O “papel do Estado”	102
3. Sobre moralidades e legitimidade	108
3.1 A importância da prova em contextos de desconfiança	108
3.2 Categorias de acusação (e defesa) moral	115
3.3 Médico perito versus Médico Assistente	123
3.4 “Perícia médica como fator de justiça social”	130
3.5 Perícia Médica como ato privativo do Médico	134
4. Sobre a importância dos documentos no processo de solicitação de benefícios	142
4.1 “Está tudo aí para (com)provar...”	143
4.2 Composição e seleção dos documentos	147
4.3 Sobre a (in)validação dos documentos médicos	152
4.4 Sobre a importância da Carteira de Trabalho	166
4.4.1 Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS)	170

5. O último recurso: a atuação da Defensoria Pública da União (DPU) face aos litígios envolvendo o INSS	176
5.1 DPU e INSS – a judicialização do acesso ao benefícios da seguridade	178
5.1.1 “Por muito pouco eu não desisti... por isso eu estou aqui hoje”	179
5.2 A Defensoria Pública como uma (das) via(s) de “acesso à justiça”	184
5.3 O caminho da judicialização	187
5.4 Dos casos aos Processos de Assistência Jurídica (PAJs) – ou, dos casos às causas judiciais	195
5.4.1 Dona Dóris e dona Celeste	203
5.5 Dos Processos de Assistência Jurídica (PAJs) à Justiça Federal – ou, da DPU à sentença final	215
5.6 Em busca de jurisprudência	223
5.7 Sobre o “atendimento humanizado” face à produção social da indiferença	229
5.7.1 “Humanizado” e Humanitário	236
5.8 Uma ação coletiva e as controvérsias da concessão sem perícia	241
CONSIDERAÇÕES FINAIS	249
REFERÊNCIAS	254

INTRODUÇÃO

Desde a Constituição de 1988, a previdência, a saúde e a assistência social integram o sistema de seguridade social brasileiro. No entanto, e apesar de estarem unidas sob a égide da seguridade, a legislação demarca uma diferenciação entre previdência e assistência social¹ instituída pelo viés da contribuição ou do pagamento como garantia de acesso ao seguro. Nesta distribuição seletiva de direitos, passam a ter acesso aos benefícios da previdência somente aqueles que contribuem de forma compulsória ou voluntária a ela, que assegura aposentadorias, pensões, auxílio-doença, entre outros, somente aos contribuintes e seus dependentes. Os benefícios que independem de pagamento prévio, diferente do que ocorre no seguro previdenciário, passaram a ser incluídos nos chamados benefícios assistenciais, com destaque para o Benefício de Prestação Continuada (BPC). O BPC foi instituído em 1993 através da Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), e se constitui em um programa de transferência de renda, tal como o Bolsa Família, destinados a idosos e pessoas com deficiência que possuam renda familiar inferior à um quarto de salário mínimo.

Porém, ainda que o critério de contribuição, ou a possibilidade de pagar para se ter direito diferencie os benefícios instituídos pela seguridade social, como o auxílio-doença e o BPC, há um critério comum que os une: a necessidade da perícia médica, uma avaliação indispensável (e, em muitos casos, decisiva) para concessão ou negação destes benefícios, seja para o reconhecimento ou não de “incapacidade para o trabalho” no primeiro caso, seja para o reconhecimento ou não de deficiência, no último. A exigência de uma avaliação

¹ **Art. 201. Da Previdência Social: A Previdência social será organizada sob a forma de regime geral, de caráter contributivo e de filiação obrigatória** observados critérios que preservem o equilíbrio financeiro e atuarial, e atenderá, nos termos da lei, a: I – cobertura dos eventos de doença, invalidez, morte e idade avançada; II – proteção à maternidade, especialmente à gestante; III – proteção ao trabalhador em situação de desemprego involuntário; IV – salário-família e auxílio-reclusão para os dependentes dos segurados de baixa renda; V – pensão por morte do segurado, homem ou mulher, ao cônjuge ou companheiro e dependentes, observado o disposto no § 2º (Brasil, 1988. Grifos meus).

Art. 203. Da Assistência Social: A assistência social será prestada a quem dela necessitar independentemente de contribuição à seguridade social, e tem por objetivos: I – a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice; II – o amparo às crianças e adolescentes carentes; III a promoção da integração ao mercado de trabalho; IV – a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária; V – a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei (Brasil, 1988. Grifos meus).

médica pericial também ocorre nos casos de aposentadoria por invalidez, definida como uma “incapacidade para o trabalho” permanente. Quando este benefício é concedido, deve-se passar pela perícia médica a cada dois anos, sendo este suspenso caso se constate que a “capacidade para o trabalho” foi recuperada. E aqui emerge a figura do especialista – o perito, a quem compete a análise e a produção de laudos que comprovem a condição de (in)capacidade, temporária ou permanente, e de deficiências.

A necessidade da perícia médica para o acesso a determinados direitos sociais, e a exclusividade desta avaliação por parte dos médicos peritos previdenciários, tem sido alvo de diversos debates (e embates) morais, muitos deles midiáticos. Tive uma primeira aproximação com estes debates sobre a perícia previdenciária no final de 2012, por meio de uma reportagem disponibilizada na internet. Nesta, e em tantas outras, o uso de expressões como “sofrimento”, “angústia”, “luta”, “frustração”, “insensibilidade”, “direitos”, “justiça”, “fraudes”, “doenças graves”, “tristeza”, “humilhação”, eram bastante recorrentes. Pessoas reclamavam que seus benefícios tinham sido negados após a avaliação do perito, mesmo após a apresentação de diversos exames que comprovariam a veracidade de suas doenças. Representantes do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e médicos peritos alegavam que estas pessoas não fariam jus aos benefícios solicitados, apesar de insistirem que teriam direito a eles. Isto porque, segundo os médicos, suas doenças não seriam incapacitantes. Advogados e defensores públicos federais aconselhavam estas pessoas a procurar orientação jurídica caso considerassem haver impedimentos de acesso aos seus direitos. Essa busca pela (e por) justiça também se constituiu em uma dimensão relevante e decisiva para o início da pesquisa, pois dados do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) indicavam à época que o INSS, autarquia federal que administra e concede benefícios previdenciários, também responsável pela operacionalização do BPC, aparecia no topo da lista dos cem maiores litigantes do Brasil, sendo este o maior réu em processos judiciais no país.

O contato com estas reportagens e a descoberta de que o INSS liderava o ranking dos cem maiores litigantes em estudo efetuado pelo CNJ, acabaram suscitando alguns questionamentos à época: o que está em jogo nos processos de decisão sobre indeferimento e concessão de determinados benefícios? Quais são os critérios levados em consideração nestas decisões? Ainda que o objetivo fosse problematizar as moralidades e valores dos agentes do Estado, que poderiam estar envolvidos neste processo e influenciar estas decisões, estes questionamentos iniciais estavam voltados, no entanto, apenas à atuação dos médicos peritos, desconsiderando outras dimensões do conflito, e o envolvimento de outros agentes, outras

agências, e outras moralidades nas decisões sobre (in)capacidade e deficiência, uma vez que não há um sentido único e definitivo – o biomédico – que possa ser atribuído a estes conceitos, tampouco ao de direitos, justiça e cidadania.

Esta tese é, pois, o resultado de uma tentativa de reunir e problematizar diferentes discursos e moralidades diversas em torno da perícia médica exigida e realizada pelo INSS para concessão ou não de determinados benefícios previdenciários e assistenciais. A etnografia que aqui se apresenta retrata um cenário de conflitos e disputas relacionados à própria prática da perícia si, à necessidade desta, suas decisões (e implicações).

Os estudos de Débora Diniz (et. al. 2007, 2009a, 2009b, 2009c) sobre as avaliações de deficiência para o acesso ao BPC, trazem questões importantes para o debate envolvendo a perícia médica previdenciária. Ao analisar a perícia biomédica para concessão do BPC, Débora Diniz (2009b), inspirada em Foucault, destacou que a necessidade desta avaliação seria um exemplo de como o Estado faz uso do saber biomédico para definir suas prioridades de intervenção. A perícia médica legitimaria a distribuição do benefício, funcionando como um discurso objetivo sobre a deficiência, no caso de benefícios assistenciais como o BPC. Segundo ela, os médicos peritos atualizariam a objetividade do modelo biomédico em vários momentos. Da mesma forma, o laudo médico pericial sobre um corpo considerado deficiente não seria um ato descritivo e objetivo, mas um discurso moral associado ao trabalho e à produtividade. “Seria essa inadequação à norma do trabalho, definida por contraste a um ideal de sujeito produtivo, que se expressa na perícia médica ao incluir um indivíduo na proteção social” (Diniz e Santos, 2009a:20).

Com isto, discussões sobre moralidades e conflitos em torno de uma prática de Estado, torna-se centrais nesta tese, que se insere, da mesma forma, nas propostas que buscam pensar antropológicamente o Estado e a burocracia, trazendo a dimensão das moralidades para este debate. Assim, as reflexões aqui empreendidas partem de um conjunto de trabalhos dedicados a estas propostas, com os quais busquei dialogar, de forma mais ou menos explícita, sobretudo os de Ciméa Bevilaqua, Didier Fassin, Michael Herzfeld, Akhil Gupta e Vincent Dubois. Da mesma forma, no que tange à judicialização do acesso à direitos, com os de João Biehl e João Biehl e Adriana Petryna.

Percursos e negociações

O trabalho de campo para esta pesquisa teve início no segundo semestre de 2013, na unidade da Defensoria Pública da União (DPU)² em Porto Alegre, localizada no centro da cidade. Após um pedido formal de autorização ao Defensor Chefe à época, esta foi concedida e remetida à minha orientadora, professora Patrice Schuch, em uma mensagem que destacava a relevância do tema e objeto e que as *portas da DPU estariam sempre abertas para pesquisas*. Interessante pensar nas negociações de entrada em campo em duas instituições estatais: na DPU e na Gerência Executiva da Previdência Social, também em Porto Alegre, onde protocolei pedido de autorização para frequentar como pesquisadora as Agências da Previdência Social (APS) que realizavam perícia médica. A autorização foi concedida alguns meses após o início do trabalho de campo na defensoria. Se, de um lado, as portas estariam sempre abertas, como de fato estiveram, de outro lado (do INSS) elas se mantiveram fechadas durante um período, havendo a necessidade de se bater constantemente em busca de informações e da pretendida autorização.

A entrada e o acesso à DPU e seus diferentes setores foi facilitada pelo conhecimento prévio da socióloga da defensoria em Porto Alegre, também pela existência do setor de sociologia e seus estagiários, em sua maioria estudantes do curso de Ciências Sociais da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). A socióloga da DPU, Laura Zacher, concluiu a graduação neste mesmo curso comigo e fomos colegas em diversos seminários e atividades durante este período. Partiu dela o contato inicial com o então Defensor Chefe e, após a autorização, ela recebeu a incumbência de me apresentar a todos os setores da defensoria, inclusive ao único médico perito que lá trabalha.

Foi nesta instituição que conheci as pessoas cujos casos compõem boa parte desta tese. Enquanto lá estive, permaneci no setor de atendimento ao público, e acompanhei diferentes fases deste atendimento, seja através do preenchimento de um formulário socioeconômico, ou mesmo do atendimento jurídico propriamente dito, ao lado dos estagiários de cursos como de ciências sociais, políticas públicas e direito, sendo estes últimos os responsáveis pelo encaminhamento dos Processos de Assistência Jurídica (PAJ) em que os defensores atuarão posteriormente. Estas fases, bem como a descrição de sua rotina burocrática, serão apresentadas de forma detalhada no capítulo 5. Na defensoria, também estive vinculada ao

² Em alguns momentos, ao longo do texto, utilizarei apenas a palavra “defensoria” para me referir à Defensoria Pública União (DPU).

setor de sociologia como voluntária, o que me permitiu acompanhar diferentes cursos de formação e capacitação organizados pelo setor, como o do *atendimento humanizado*, que também será retomado no último capítulo, bem como o acesso ao Sistema de Informações Simultâneas da Defensoria Pública da União (SIS-DPU), onde pude consultar e acompanhar a tramitação de determinados processos de assistência jurídica.

Em um dado momento do trabalho de campo, houve uma determinação, por parte do defensor chefe, de que todas as pessoas que circulassem pelo prédio deveriam estar identificadas, incluindo funcionários, estagiários e as pessoas que buscavam auxílio jurídico, seja através do uso do crachá, seja através de um adesivo disponibilizado na recepção do prédio, com a sigla da DPU e um campo específico para o preenchimento dados como o andar do prédio onde a pessoa desejava ir e a data de comparecimento. Esta determinação fez com que eu também tivesse que usar o crachá de voluntária durante algum tempo. Causava desconforto não apenas o fato de estar usando um crachá com uma faixa verde escrito por extenso “Defensoria Pública da União” com meu nome completo e a indicação de “voluntária”, mas também porque isso acabava influenciando as interações com as pessoas no setor de atendimento. Se, por um lado, o uso do crachá³ poderia facilitar o primeiro contato, uma vez que ele me vinculava de alguma forma à instituição e as pessoas responderiam meus questionamentos (ainda que eu me apresentasse como pesquisadora, estudante de antropologia) por outro lado, isso poderia influenciar o que seria dito ou não, pois as pessoas teriam receio de comentar algo que considerassem poder prejudicar o encaminhamento ou andamento de seu processo judicial, ou mesmo efetuar algum comentário sobre a própria DPU, pois, estando eu ali na condição de funcionária (ainda que voluntária), eu também acabava representando a instituição. Aliás, esta condição de voluntária se constituía em uma posição ambígua inclusive para mim. Certa vez, uma senhora me parou próximo ao elevador e perguntou: *você trabalha aqui, moça?* “Não...quer dizer, sou voluntária, na verdade eu faço pesquisa aqui...” Esta senhora desejava saber informações sobre o andamento de seu processo e se dirigiu a mim, percebendo o crachá. Após esta tentativa de explicação do meu status ali, indiquei o que ela deveria fazer para receber um retorno de seu processo. Em outro momento, após apresentação e um pedido de autorização, eu acompanhava o atendimento de uma menina adolescente, acompanhada de sua mãe. Grávida, ela comentou que seu pedido de auxílio-doença, por conta de uma gravidez de risco, havia sido indeferido após a perícia

³ Quando iniciei trabalho de campo em uma das agências da Previdência também me foi sugerido o uso do crachá da instituição, sobretudo para que eu tivesse uma identificação ao circular pelo prédio, e para que os “guardas” – aqueles que exercem segurança privada – soubessem quem eu era e o que estava fazendo lá.

médica. O estagiário que conduzia o preenchimento do formulário socioeconômico solicitou um atestado onde aparecesse o número do Código Internacional de Doenças (CID), para registrar no documento que seria gerado. Com o atestado disposto na mesa, descobrimos que ela era portadora do vírus HIV. Ela carregava outros atestados e exames em uma sacola, e perguntou se era necessário apresentar mais algum, ao que o estagiário respondeu que apenas na fase posterior, a do atendimento jurídico. Perguntei, então, se poderia ler os que ela segurava em uma das mãos. Assim que ela me entregou, disse: *está faltando alguma coisa? Vocês vão encaminhar tudo ainda hoje, né? Não me diz que não trouxe as coisas certas, viu só, mãe? Eu sabia.* Tentei tranquilizá-la, lembrando que estava ali como pesquisadora, mas que seus atestados seriam todos digitalizados. Ela olhou, então, para o crachá em meu pescoço, e depois novamente para mim, sem nada dizer.

Na defensoria, então, sentada ao lado dos estagiários e depois de me apresentar às pessoas, pedir e receber autorização para acompanhar as fases de seu atendimento, eu ouvi histórias, li documentos, conheci determinadas doenças, determinados sintomas e diagnósticos, vi, ouvi e aprendi sobre incapacidade(s) e deficiência(s). Da mesma forma, ao acompanhar a rotina do setor de atendimento desta instituição, registrando acontecimentos, casos e narrativas envolvendo sofrimento, o meu comprometimento não foi apenas o de trazer à tona os debates morais em torno da perícia previdenciária, mas também as lutas e as frustrações pelas quais as pessoas passam em sua busca por benefícios previdenciários e assistenciais.

No início de 2013, antes de tomar conhecimento da defensoria, eu visitava o site da Associação Nacional de Médicos Peritos Previdenciários (ANMP) quando descobri que a realização do 4º Congresso Brasileiro de Perícia Médica Previdenciária ocorreria em abril daquele ano, em Pernambuco. Foi então que decidi contatar os médicos peritos do Rio Grande do Sul cujo endereço de e-mail aparecia no site do evento, sendo este organizado e promovido pela ANMP. Primeiramente, escrevi a uma médica perita vinculada à Gerência Executiva do INSS em Porto Alegre, e também parte do comitê de organização do congresso. No e-mail, expus minha intenção de pesquisar a perícia médica do INSS e perguntei se seria possível

realizar minha inscrição como ouvinte, pois ainda não tinha muito conhecimento a respeito da atividade, e minhas informações a respeito do tema ainda eram muito incipientes. Aquela seria uma oportunidade de me aproximar do debate e também de conversar com alguns médicos peritos. Mostrando-se bastante receptiva à proposta, ela respondeu que, a princípio, achava que não teria qualquer tipo de impedimento à minha participação, mas precisava consultar os outros colegas que também integravam a o comitê organizador. Ela escreveu a eles, com cópia para mim. A resposta dos demais médicos peritos foi de que não teria problema, que eu poderia efetuar minha inscrição, realizar o pagamento e participar do evento. Após esta autorização, aproveitei para perguntar à médica, uma vez que ela estava vinculada à Gerência Executiva, quais seriam os procedimentos para que eu recebesse autorização para frequentar as agências da Previdência como pesquisadora. Ela me convidou para encontrá-la pessoalmente na Gerência Executiva, também localizada, assim como a defensoria, na região central de Porto Alegre. Após este encontro, onde conversamos sobre a Previdência e sobre a pesquisa, ela escreveu um e-mail para o então Gerente Executivo, também médico perito, me apresentando e comentando minhas intenções. Em poucos dias ele retornou, me passou seu telefone e pediu para eu entrar em contato a fim de marcarmos uma conversa pessoalmente. Combinamos que este encontro ocorreria após o meu retorno do congresso de médicos peritos.

Quando retornei, liguei para o número e indicado fui atendida de forma bastante simpática. Tão logo me identifiquei ele perguntou e se poderia encontrá-lo já no dia seguinte à tarde, e pediu meu telefone. Porém, no dia seguinte, recebi uma ligação sua desmarcando o encontro e sugerindo nova data, pois naquele momento se encontrava em reunião com o presidente do INSS, que já estava em sua sala. Estranhei esses contatos diretos, sem a intermediação de um(a) funcionário(a) ou telefonista. O único contato que tive com uma secretária foi no momento em que liguei para o número de telefone fixo que ele me passou, de sua sala, para confirmar o próximo encontro. Após algumas semanas finalmente marcamos. Eu deveria procurá-lo em seu gabinete. De onde está localizado o edifício sede da Gerência Executiva da Previdência Social, e do alto de suas janelas, é possível visualizar um conhecido viaduto da cidade, o viaduto da Avenida Borges de Medeiros. Na data marcada, eu me dirigi até a gerência e ao andar de seu gabinete, um dos últimos do prédio. Avisei a secretária que o gerente me aguardava e sentei na ampla sala de espera. Um grupo de três homens conversava animadamente, nenhum deles usava terno, camisas ou sapatos. Todos vestiam camiseta esportiva ou estilo polo, calça esportiva e tênis. Estava distraída folheando um dos exemplares

da revista da Previdência quando um deles se dirigiu a mim pelo nome sorrindo, pedindo para acompanhá-lo até a uma sala ao fundo. Esta sala apresentava poucos móveis, apenas uma mesa pequena de escritório e duas cadeiras. A janela ampla oferecia uma vista privilegiada para o viaduto. Ele dispôs as duas cadeiras de modo que ficassem uma ao lado da outra e em frente à janela. Após sentarmos, ele me perguntou sobre a pesquisa e se eu tinha alguma motivação pessoal para realizá-la, se eu já havia passado por perícia médica alguma vez. O ambiente que de alguma forma estava agradável aos poucos foi tornando-se tenso. Respondi que não, explicitando os interesses da pesquisa e seu caráter puramente acadêmico. Ele perguntou por que eu desejava estar na sala de espera de realização de perícias, que eu deveria ter uma amostra de quantas pessoas desejaria entrevistar, porque na sala de espera encontraria diversos casos. Pessoas que estão realizando o exame pela primeira vez, pela segunda e mesmo terceira, e que isso influenciaria em suas avaliações do INSS. Segundo ele, eu poderia aplicar um questionário do lado de fora das agências, sem a necessidade de autorização prévia por parte do INSS, pois não adentraria seus espaços e poderia realizar minha pesquisa. Expliquei as especificidades do método qualitativo e que não teria uma amostra, tão pouco um questionário. Com um tom um pouco intimidador ele disse: “mas você sabe que as pessoas vão reclamar do INSS para você, não precisa estar na sala de espera para saber disso”. Novamente expliquei que a intenção não era realizar uma avaliação sobre a qualidade do atendimento prestado pelo INSS, porém, ele seguiu indicando caminhos que achava viáveis (como o estabelecimento de uma amostra, pois o objeto era “muito amplo”) e sugeriu que eu conversasse com minha orientadora, tendo em vista que ele também era professor universitário, porém sem dar maiores informações sobre sua atividade de docência. Ao final da conversa, ele me instruiu a solicitar formalmente autorização no setor de protocolo geral, onde eu deveria anexar uma cópia do meu projeto de doutorado juntamente com um pedido formal de autorização endereçado à gerência, que seria analisado por ele e demais médicos. E deveria fazer isto logo, tendo em vista as mudanças que seriam realizadas na Gerência nos meses que se seguiriam. No dia seguinte, entreguei a solicitação no setor indicado e recebi um número de protocolo, com isto poderia ter acesso à sua trajetória em diferentes setores até a avaliação final do gerente.

Alguns meses se passaram e as portas seguiram fechadas. O encontro com o gerente executivo naquela ocasião me fez pensar nas dificuldades que enfrentaria, mas, ao mesmo tempo, revelava o próprio objeto de estudo. Neste sentido, a desconfiança não era gratuita, como será mostrado nos capítulos que seguem. Após alguns telefonemas, realizados e

recebidos, e e-mails, recebidos e retornados, eu soube que a solicitação e o projeto tinham sido aprovados. O gerente substituto naquela ocasião pediu para que entrassem em contato comigo e passassem seu telefone. Mostrando-se bastante receptivo, ele disse que deveria buscar a autorização em dois setores específicos: no serviço de atendimento e no serviço de saúde do trabalhador. Perguntei se haveria alguma dúvida que eu pudesse esclarecer quanto ao projeto, então ele respondeu que era estudante do curso de Ciências Sociais e “entendia” a proposta. Esta informação foi importante, porque ela contribuiu para a abertura das portas. Chegando no serviço de atendimento conheci a chefe deste setor, Paula, com a qual já havia contatado previamente por e-mail. Ela ficou responsável pela confecção e assinatura da autorização. Conversamos sobre o meu pedido para frequentar as agências que realizam perícia médica, e ela comentou que a autorização concedida se referia à agência localizada na zona norte da cidade, no bairro IAPI. Perguntei sobre a outra agência, localizada no bairro Partenon, ao que ela respondeu que esta agência ainda não se encaixava no modelo que gostariam que eu acompanhasse. Perguntei se havia algum esclarecimento e então ela me disse que era formada em Ciências Sociais pela UFRGS, que concluiu a graduação na década de noventa. Tal como o gerente substituto, ela também tinha “entendido” a proposta. Porém, pediu para que eu passasse em outro setor, que também seria responsável pela autorização, a fim de conhecer o chefe deste, Fernando, que era da “área do direito” e talvez tivesse perguntas ou esclarecimentos. Logo, as portas finalmente e efetivamente se abriram através da interseção e, sobretudo, da inserção de cientistas sociais nestes espaços.

Fui ao encontro de Fernando no setor indicado que, após contato de Paula, já me aguardava para conversa. Inicialmente, ele disse que gostaria de saber o que, de fato, eu desejava realizar na sala de espera das perícias, que tipo de pergunta eu faria para as pessoas. Após explicação dos métodos de pesquisa em antropologia, disse a ele que não elaboraria perguntas estruturadas para fazer às pessoas, que isso dependeria da interação. Ele então perguntou se, em contrapartida à concessão da autorização para frequentar as agências, eu aceitaria colaborar ao final da pesquisa, apresentando sugestões para melhorar o atendimento que, eventualmente, poderiam ser encaminhadas à presidência do INSS, em Brasília. Ao que respondi que sim, que estaria disposta a colaborar no que estivesse ao meu alcance. Combinamos de nos encontrarmos no dia seguinte, quando ele me levaria até a agência da Previdência e me apresentaria a chefe responsável por esta. No dia marcado, eu e Fernando fomos em seu carro particular até a APS Zona Norte, onde Rubia, a chefe da agência, já nos aguardava. No caminho, ele comentou da falta de conhecimento que as pessoas tinham a

respeito da Previdência e do INSS, e que ele auxiliava nos cursos de caráter pedagógico que tinham como objetivo apresentar a Previdência aos trabalhadores. Após uma conversa sobre fator previdenciário, chegamos à agência da Previdência no bairro IAPI, em Porto Alegre, que está localizada ao lado de um grande posto de saúde. Fomos até a sala de Rubia, e então Fernando me apresentou e falou da pesquisa. Um grupo de três pessoas, que soube depois que se tratavam de médicos peritos, conversava paralelamente. Uma dessas, uma mulher jovem, se aproximou de Fernando e o abraçou de forma animada. Assim que fui apresentada, sua expressão se modificou e adquiriu seriedade. Quando Fernando comentou que eu tinha recebido autorização da Gerencia Executiva para realizar uma pesquisa antropológica sobre a perícia médica do INSS, ela o interrompeu e falou: *“mas tem que cuidar para não virar ouvidoria porque daqui a pouco todo mundo vai chegar nela (em mim) para reclamar do INSS, e certamente tu irás escutar muito isso aqui na agência”*, ela disse. Fernando nos apresentou e soube que também se tratava de uma médica perita. Após esta recomendação inicial, ela me desejou boas vindas e passou a conversar com Fernando sobre uma denúncia que recebeu do médico do trabalho de uma empresa, relativa a um funcionário afastado, beneficiário do auxílio-doença. Segundo a denúncia, este funcionário estava vendendo salgados para seus próprios colegas na porta da empresa. O médico do trabalho disse a ela que o funcionário em questão sempre reclamava de dores nos braços: *“eu até entendo porque o trabalho lá de fato é braçal, mas vender salgados na porta da empresa onde ele ainda tem vínculo empregatício ele pode?”* Fernando acrescenta: *“Afastado e recebendo auxílio-doença... mas carregar cesta de salgados ele consegue? Tem que fazer uma denúncia. Ele vai ser chamado para realizar perícia novamente”*. Neste momento a médica olha para mim e diz: *“está vendo? É complicado”*.

Esses momentos que marcaram o início da pesquisa serão retomados ao longo da tese. A apresentação inicial da incursão em campo, tanto na DPU quanto em uma das agências da Previdência Social, serve para ilustrar não apenas os momentos de negociação, mas também aqueles pelos quais todo processo de pesquisa atravessa, da abertura e diálogo, mas também de impedimentos e determinados constrangimentos, sobretudo quando se trata de instituições estatais.

O trabalho de campo nesta agência da Previdência ficou restrito a apenas alguns meses, sendo interrompido para realização de um estágio sanduíche pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) na Universidade de Princeton, nos Estados Unidos, onde permaneci com o vínculo de *Visiting Student Research Collaborator*

(*VSRC*) de fevereiro a agosto de 2014. O meu plano era retomar o campo, tanto na defensoria quanto no INSS, assim que retornasse de viagem, o que acabou acontecendo, de fato, apenas no caso da DPU. Como já tinha uma carta da Gerência Executiva do INSS autorizando a pesquisa, imaginei que deveria apenas comunicar o retorno e o desejo de voltar a campo, o que fiz através de um email para a funcionária Paula, que já tinha me auxiliado no processo de autorização. Porém, não foi o que aconteceu. No e-mail em resposta, Paula argumentou que eu deveria produzir um documento explicando os motivos do afastamento e a importância de retomar a pesquisa, em papel timbrado, assinado por minha orientadora e endereçado ao gerente executivo. Perguntei se deveria escrever algo mais objetivo ou um elaborar um texto um pouco mais extenso. Ela disse que poderia ser uma “justificativa simples”, que eu poderia colocar que estive afastada para “tratar de assuntos pessoais”. O documento foi elaborado tal como sugerido, porém, com as informações sobre o estágio realizado no exterior, e anexado ao processo que eu já tinha encaminhado com o primeiro pedido de autorização. Passados alguns dias, recebi outro e-mail de Paula, desta vez, com o telefone de outra colega sua, Isadora, a qual eu deveria contatar a fim de entregar o documento em mãos, e também receber informações a respeito do meu pedido de retorno. Quando liguei para o número indicado, Isadora marcou uma data para a entrega do documento, o que acabou acontecendo na semana seguinte. Mais uma vez eu estava no prédio da Gerência Executiva em busca de salas, andares, informações e autorizações. E também para dar explicações. Quando cheguei na sala de Isadora ela me recebeu de forma simpática, pediu para que eu sentasse em frente à sua mesa e aguardasse, que ela retornaria com o arquivo do meu processo. Com a pasta de papel verde em mãos, identificada com meu nome e o número do processo, ela folheava meu projeto de pesquisa. Então, entreguei o documento em que eu explicitava os motivos da viagem e o desejo de retomar o trabalho de campo, digitado em papel timbrado e assinado por minha orientadora. Após a leitura, Isadora disse que, a princípio, estava tudo certo, e que eu deveria aguardar novo contato. Nos despedidos e eu segui, por algumas semanas, aguardando o contato. Decidi ligar, imaginando que já receberia uma resposta, pois achava que se tratava de algo mais simples do que o pedido de autorização, que já haviam concedido, inclusive. No entanto, Isadora informou que estava com a minha “justificativa” em mãos, mas que apenas a assinatura da minha orientadora era insuficiente para que eu tivesse uma resposta quanto ao retorno, que eu deveria elaborar o mesmo documento, desta vez com a assinatura de algum diretor do curso, alguém que fosse responsável pelo Programa de Pós-Graduação ao qual eu estava vinculada. Então, elaborei novamente o documento e pedi para o então coordenador do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social (PPGAS), professor Carlos Steil,

assinar. Novamente, fui até a Gerência Executiva e entreguei pessoalmente o pedido de retorno e a “justificativa” por ter me ausentado do campo, sendo este também anexado ao meu processo. Algumas semanas se passaram e resolvi entrar em contato. Isadora me informou que, após consulta aos procuradores federais do INSS, estes teriam indicado a necessidade de submeter meu projeto de pesquisa ao comitê de ética da Universidade, que não me foi feita esta exigência anteriormente, mas que outros estudantes e pesquisadores, que também solicitaram autorizações para fazer pesquisa nas agências da previdência, precisaram entregar pareceres do comitê de ética antes de iniciarem as mesmas. Com esta informação e em conversa com minha orientadora, iniciamos as etapas para submeter o projeto ao comitê. A tentativa de retomar o trabalho de campo foi se tornando um novo pedido de autorização para a realização da pesquisa. E, não apenas isto, este novo pedido deveria passar por um duplo processo de burocratização, tanto na Gerência Executiva, quanto no próprio comitê de ética, onde eu deveria preencher formulários e anexar documentos. Este processo também demandaria um tempo considerável de espera entre a aprovação do projeto pelo comitê a aprovação do retorno (ou da nova solicitação de autorização para trabalho de campo) por parte da Gerência.

Algumas semanas se passaram e decidi novamente entrar em contato com Isadora. Foi então que ela me informou que, após nova reunião com os procuradores federais, estes teriam sugerido que a assinatura do coordenador da pós-graduação também seria insuficiente, solicitando que o documento fosse assinado pelos diretores do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas (IFCH). Quando escrevi um e-mail perguntando se seria possível apenas a assinatura do coordenador da pós-graduação, tendo em vista meu vínculo como aluna deste curso, não houve demora na resposta. Em nova reunião com a Procuradoria, Isaura salientou que “algumas providências deveriam ser cumpridas” para a retomada do trabalho de campo fosse autorizada. Desta vez, “o ofício ao gerente executivo deveria estar assinado” não mais por minha orientadora, o então coordenador da pós-graduação ou mesmo pelos diretores do IFCH, mas sim pelo próprio reitor da UFRGS. Eu também deveria “esclarecer em qual local seriam realizadas as entrevistas”, anexar o “relatório das perguntas que seriam feitas”, qual seria o “critério de seleção dos entrevistados (qual a quantidade)”, assim como as “cópias das entrevistas que eu já tinha realizado” quando ainda tinha autorização, e esclarecer que estes “dados não seriam publicizados”.

A esta altura, eu já considerava estas exigências não apenas como parte de uma lógica burocrática pautada em formalidades, hierarquias, e na insuficiência de informações e

assinaturas (parecia que eu nunca preenchia os quesitos), mas também enquanto uma tentativa de barrar o acesso às agências da previdência. Porém, essa busca por um controle em relação à circulação de pesquisadores nos espaços institucionais do Estado (ainda que estes se constituam em espaços públicos), bem como sobre os dados da pesquisa e a garantia de que não seriam “publicizados”, são representativas do receio em relação ao impacto (negativo) que a pesquisa poderia causar no momento em que ela mesma se tornasse pública, podendo somar-se às diversas reportagens já realizadas sobre a perícia médica em termos de críticas ao INSS. Foi por meio destas reportagens, aliás, que tive um primeiro contato com a perícia médica previdenciária, as mesmas que serão apresentadas no capítulo 2. Neste sentido, a tese que aqui se apresenta se constitui em uma “etnografia pública” não apenas porque busca atingir diferentes públicos para além dos círculos acadêmicos (Fassin, 2013), mas sobretudo porque o tema tem suscitado diversos debates públicos, e despertado interesses diversos. Meu objetivo é trazer algumas contribuições neste processo, a partir da análise antropológica, de modo a crescer a politização do tema. Sobretudo, interessa-me dar visibilidade a perspectivas menos audíveis sobre o assunto, como a das pessoas sujeitas à perícia médica, na relação com o incremento de tecnologias estatais de avaliação na constituição do governo dos “beneficiários” das políticas de previdência e assistência social.

As análises de Patrice Schuch (2010) sobre suas interações de pesquisa com os chamados grupos e instituições *up* também são interessantes para pensar nas tentativas (e nos impedimentos) de acesso a uma instituição estatal. Segundo ela, os limites propostos à inserção em campo, em seu caso, no da chamada Justiça Restaurativa, tornaram explícitas as dinâmicas de poder no campo estudado. E é importante considerar os possíveis motivos dos impedimentos de acesso, posto que, como destacou Carla Costa Teixeira (2014) “não apenas os interlocutores que detêm poder nos rejeitam ao colocarem dificuldades às investigações, mas nós etnógrafos também os repudiamos ao desconsiderarmos antecipadamente suas estratégias restritivas” (Teixeira, 2014:38). No caso desta pesquisa, o receio quanto ao tipo de conteúdo que seria produzido e publicado se tornou evidente mesmo nas primeiras negociações para a realização do trabalho de campo, quando um dos gerentes executivos disse, por exemplo, que já sabia de antemão que as pessoas iriam reclamar do INSS para mim, sobretudo se elas estivessem realizando a perícia por mais de uma vez e recebessem um resultado desfavorável à concessão de benefícios. Ou, quando uma médica perita disse que minha presença e interação na sala de espera da perícia poderia tornar este um espaço de ouvidoria do INSS, pois as pessoas iriam me procurar para reclamar. E mesmo quanto a

escolha sobre a agência que eu poderia realizar o trabalho foi baseada em critérios relacionados ao “modelo que não desejavam que eu acompanhasse”, como a agência localizada no bairro Partenon, em Porto Alegre, que reúne em torno de si diversos escritórios de advocacia especializados em direito previdenciário, mas principalmente, e sobretudo, em reverter decisões de auxílio-doença e “BPC/LOAS” negados administrativamente. Se, num primeiro momento, a presença de cientistas sociais foi facilitadora do acesso ao INSS, no pedido de retorno ao campo esta presença não foi suficiente, e as “portas” do Estado permaneceram fechadas à pesquisa.

Assim, diante das negativas de concessão, não de benefícios, mas de uma autorização de retorno (que se tornou uma nova autorização de pesquisa) e das “estratégias restritivas” apresentadas, decidi manter o campo apenas na defensoria, ainda que isto representasse o acesso a apenas uma das dimensões do conflito, associada à judicialização dos benefícios – ou seja, aos “casos que não deram certo” na via administrativa, valendo-se da frase de uma médica perita durante um dos congressos de médicos peritos previdenciários em que realizei trabalho de campo. Em resposta a algumas críticas por parte de uma advogada previdenciária, que julga os recursos administrativos contestando decisões do INSS, esta médica respondeu que o que chegava nestas instâncias recursais eram apenas os “casos que não deram certo”, o que não poderia servir como parâmetro do trabalho realizado pelos médicos peritos. Este evento será retomado com maiores pormenores no capítulo 3. O meu dilema de seguir com o campo apenas na defensoria foi exatamente o de produzir uma etnografia dos “casos que não deram certo”, ou seja, daqueles que chegavam até a defensoria, uma vez que eu não teria acesso às pessoas que estavam indo até às agências da previdência realizar perícia médica e acabavam tendo seus benefícios concedidos, tampouco aos funcionários do INSS e aos próprios médicos peritos da instituição. Também não poderia acompanhar o percurso desde o INSS até a DPU. Uma estratégia metodológica encontrada foi a de acompanhar os congressos, realizados a cada dois anos, organizados pela ANMP, e tentar estabelecer algum contato com os médicos participantes e também me aproximar dos debates por eles empreendidos. Com isto, além da autorização para acompanhar o congresso realizado em 2013, em Pernambuco, eu também solicitei e recebi autorização para acompanhar o que foi realizado em 2015, desta vez no Rio Grande do Sul, na cidade de Bento Gonçalves.

Além do trabalho de campo na defensoria e nos dois congressos citados, também realizei entrevistas – vinte, no total, entre médicos peritos, defensores públicos, e com algumas pessoas cujas histórias conheci na DPU. A primeira delas foi com o médico Eduardo

Henrique Almeida, cujos textos e falas serão recorrentes aqui. Este médico teve uma atuação importante na criação da carreira de médicos peritos do INSS, como será mostrado no capítulo 1. Doutorando em bioética pela Universidade do Porto e professor do curso de especialização em perícia médica da Fundação UNIMED, ele também produziu alguns artigos relacionados ao tema. Foi através destes artigos que o conheci. Em uma manhã, após seu expediente de trabalho, ele me recebeu em sua sala de realização das perícias, em uma das agências da Previdência Social em Belo Horizonte. Na ocasião, foram abordados alguns tópicos que compõem os capítulos aqui apresentados e aparecerão ao longo da tese. Logo no início da conversa, ele sugeriu: *“inevitavelmente, você precisa utilizar Foucault na sua pesquisa”*. Esta sugestão nos aproximou e a entrevista se estendeu até o almoço, desta vez na companhia de mais dois médicos peritos. Ao me apresentar ao demais ele comentou: *“Essa moça é gaúcha, estudante de antropologia. A tese dela é sobre perícia médica, trabalha com a questão das moralidades...”*. Ao que um deles disse: *“olha, será um desafio”*.

Após esta entrevista em Belo Horizonte, contatei e entrevistei outros cinco médicos peritos vinculados a agências da previdência em Porto Alegre. Também conversei um médico perito do INSS que passou a realizar perícias para a defensoria, com quatro defensores públicos federais que atuam no chamado “ofício previdenciário” da instituição, com um dos defensores chefes que havia assumido o cargo um pouco antes do meu retorno do estágio sanduíche, e com a defensora responsável, à época, pelo ofício de Direitos Humanos e Tutela Coletiva (DHTC), todos vinculados à unidade da DPU em Porto Alegre. Além de entrevistas e conversas informais no setor de atendimento, também acompanhei processos administrativos de assistência jurídica relacionados aos casos que conheci em campo, desde a defensoria até a sentença no âmbito da Justiça Federal, seja pelo SIS-DPU, onde é possível acompanhar toda a movimentação dos processos lá encaminhados através de um número de identificação, seja através de consultas ao Sistema de Processo Eletrônico (e-Proc) da Justiça Federal no Rio Grande do Sul. Também tive a oportunidade de conversar com uma juíza federal responsável pela implementação de um sistema de conciliação e centralização de perícias médicas judiciais em processos envolvendo a necessidade de perícia, como no caso de benefícios como o auxílio-doença e o BPC; bem como com o então presidente da Comissão Especial de Previdência Social da Ordem dos Advogados do Brasil no Rio Grande do Sul (OAB/RS). A interação e o diálogo com estes “grupos *up*” nos termos propostos por Schuch (2010), também ocorreram por meio de artigos por eles produzidos, e que serão citados aqui. Isto porque, além de agentes do Estado, alguns destes interlocutores também têm

certa inserção acadêmica e possuem algumas produções em torno da temática da perícia médica previdenciária.

Antes de encerrar o relato do percurso e das negociações em torno do trabalho de campo, torna-se importante destacar as escolhas em relação ao anonimato ou identificação dos nomes das pessoas com quem interagi por ocasião da pesquisa. Decidi manter o nome original de algumas delas e modificar o de outras. Assim, na descrição das negociações para o trabalho de campo no INSS todos os nomes dos funcionários desta instituição foram modificados, assim como o de todas as pessoas que conheci na defensoria em busca de assistência jurídica gratuita, e que compartilharam comigo suas histórias.

A questão do anonimato e adoção de nomes fictícios torna-se problemática quando o trabalho de campo envolve setores do Estado, agentes e agências estatais. Como destacou Ciméa Bevilaqua (2003), o problema da identificação dos informantes acaba se revelando de importância crucial para uma antropologia do Estado. Isto porque,

Justamente onde o anonimato se faz mais necessário, o procedimento habitual de modificar o nome dos sujeitos envolvidos se revela flagrantemente inócuo: tratando-se de autoridades ou de servidores públicos, a simples menção de seus cargos e funções é suficiente para identificá-los (Bevilaqua, 2003:60).

Assim, decidi manter o nome de apenas um dos médicos peritos entrevistados, como já o fiz na página anterior, uma vez que também faço referência a alguns de seus artigos que estão disponíveis para acesso público. Também não serão modificados o de três defensores públicos federais de um total de seis entrevistados, porque, conforme destacou Ciméa no trecho acima, “a simples menção de seus cargos funções já seria suficiente para identificá-los”. Por exemplo, o da única defensora pública federal que foi responsável pelo Ofício de Direitos Humanos e Tutela Coletiva (DHTC) durante a realização da pesquisa, o do defensor chefe no período em que retomei o trabalho de campo nesta instituição – um de seus artigos será citado no capítulo 5; e também de um dos quatro defensores que atuam no chamado “ofício previdenciário”, pois, igualmente no último capítulo, descrevo uma situação que poderia facilmente identifica-lo: ele é o defensor que circula com maior frequência entre os guichês e está quase sempre ao lado dos estagiários no setor de atendimento. O nome da única juíza entrevistada também não foi modificado, uma vez que ela implementou e foi responsável pelo sistema de centralização de perícias médicas judiciais e conciliação denominado Sistema de Perícias Médicas e de Conciliações Pré-Processuais das Matérias de Competência das Varas e Juizados Previdenciários (Sicoprev), ela também tem um artigo

citado nesta tese. Da mesma forma, manteve o nome da única socióloga da unidade da defensoria em Porto Alegre, a que foi responsável pela “abertura das portas” desta instituição para mim. O nome do médico perito da defensoria foi omitido, a pedido dele.

Sobre a organização dos capítulos

Os capítulos foram organizados de modo a apresentar as diferentes dimensões do conflito envolvendo a perícia médica previdenciária, desde a emergência desta prática enquanto uma carreira de Estado, até a judicialização do acesso aos benefícios da seguridade social, quando o INSS se torna réu em processos judiciais. Assim, no primeiro no capítulo, serão abordados o desenvolvimento e o surgimento de determinadas políticas de seguridade através de uma perspectiva histórica, com destaque para o lugar que a previdência e a assistência ocuparam desde a década de vinte, passando pela chamada “Era Vargas”, pelo período de ditadura militar até a Constituição democrática. Com isto, busca-se demonstrar a constituição de uma determinada configuração estatal que engendrou diferentes concepções de cidadania e direitos, no qual a perícia médica emerge como um importante mecanismo de controle de acesso a determinados benefícios, ao selecionar aqueles que teriam direito ou não a eles em um contexto de distribuição seletiva de direitos.

O segundo capítulo trata das diversas controvérsias associadas à perícia médica enquanto uma tecnologia de governo. Estas controvérsias estão associadas à diferentes concepções sobre incapacidade e doença, à própria denominação do benefício previdenciário auxílio-doença, disputas envolvendo decisões médicas quanto à existência ou não de incapacidade, à ocorrência e registros de fraude contra a previdência, e ao papel do Estado na concessão de determinados benefícios e reconhecimento de direitos

Disputas de competências e legitimidades entre médicos peritos e os chamados “médicos assistentes”, o recurso à determinadas categorias de acusação (e defesa) moral ante ao estabelecimento de relações de (des)confiança entre os peritos e as pessoas que solicitam benefícios administrados pelo Estado, e o argumento da perícia médica enquanto promotora de determinada “justiça social”, constituem o foco do terceiro capítulo.

Se nos três primeiros capítulos busca-se retratar um cenário de disputas, controvérsias e legitimidades, nos dois últimos a agência das pessoas entra em cena, seja em sua busca por benefícios, suas reivindicações de direitos, suas definições de incapacidade e deficiência e contestações de decisões do Estado. O capítulo 4 trata da importância que determinados

documentos adquirem no processo de solicitação de benefícios e em defesa contra o indeferimento dos mesmos após a realização de perícias médicas. Destaca, também, as frustrações que a reunião de (muitos) documentos pode causar após conclusões desfavoráveis à concessão dos benefícios solicitados, e o quanto estes “papéis” podem ser valorizados pelas pessoas para além do que elas consideram como um meio de prova em seus encontros com o Estado.

No quinto e último capítulo, a atuação da DPU face aos litígios envolvendo o INSS ganha destaque. Este capítulo trata propriamente da judicialização do acesso aos benefícios, ainda que esta dimensão esteja presente e perpassa quase todos os capítulos de forma uma geral. Neste, a rotina burocrática da instituição, a dinâmica dos casos que são transformados em causas, e os argumentos morais apresentados na composição dos processos, se constituem como parte dos tópicos abordados. Este capítulo foi escolhido para encerrar a tese não porque é representativo do trabalho de campo realizado de forma sistemática, mas sim porque, ao ter sua atuação voltada aos conflitos nos quais o INSS é uma das partes, a defensoria acaba reunindo e constituindo as diversas moralidades em torno das definições de incapacidade e deficiência, e também de justiça, direitos, cidadania, previdência e assistência social. Da mesma forma, ele finaliza a tese para enfatizar as lutas cotidianas e os processos de transformação potenciais que podem ser engendrados a partir da atuação da defensoria, dando destaque para as histórias daqueles que permanecem lutando, em um cenário desigual e restritivo, para expandir seus direitos e, em certo sentido, “abrir as portas” do Estado.

1. Seguridade Social no Brasil, distribuição seletiva de direitos e o papel da perícia médica

- É a primeira vez que eu faço perícia...
- E qual é sua profissão?
- Eu sou borracheiro.
- O senhor se lesionou trabalhando?
- Sim, caiu um estepe no meu joelho. Eu pago o “INPS” há muitos anos, e só agora eu preciso... Só agora o senhor precisou do auxílio?
- Só agora... todos esses anos e só agora eu preciso. Eu já era para estar aposentado, inclusive, mas como trabalhei "sem carteira assinada" uns anos, não tenho como “provar”.

Seu Antônio aparentava ter passado dos sessenta anos. Ele estava sentado com a cabeça baixa na sala de espera para realização do exame na agência da Previdência Social quando me aproximei e perguntei se já tinha realizado perícia médica anteriormente ou se aquela seria sua primeira avaliação. Calçando chinelos, em uma manhã não muito quente em Porto Alegre, ele apoiava uma das mãos no joelho direito, segurando com a outra um prontuário de atendimento e um envelope com um exame de raio-x realizado no Hospital de Pronto Socorro (HPS) – um hospital público, administrado pelo município⁴. Não tivemos muito tempo para conversar sobre sua atividade anterior à de borracheiro, tampouco sobre o acidente de trabalho que o levou a procurar a Previdência. Logo o monitor de senhas anunciou a sua e ele seguiu em direção à sala de realização de perícias, não sem antes me perguntar o horário, preocupado com o ônibus que o levaria até o outro extremo da cidade: *“Esse ônibus demora muito. Aqui eu fiquei sentado esperando (o exame). Vou ter que ir caminhando daqui até ali (referindo-se ao ponto de ônibus) e ainda esperar em pé. Não sei se o joelho aguenta...”*

O trecho do diálogo com seu Antônio é significativo para introduzir este capítulo que trata, entre outros pontos, do desenvolvimento e das mudanças no sistema de seguridade do Brasil. Seguindo este trecho, no entanto, o capítulo não se restringirá apenas a narrar os

⁴ O Hospital de Pronto Socorro (HPS) presta atendimento de urgência e emergência, sobretudo, aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Além de consultas médicas em caráter emergencial, também oferece exames clínicos e internação. Tal como o HPS há o Hospital Cristo Redentor (HCR) em Porto Alegre, que presta o mesmo atendimento. O HCR no entanto, pertence ao chamado Grupo Hospitalar Conceição, que congrega quatro unidades hospitalares administradas diretamente pelo Ministério da Saúde, cujo atendimento é voltado exclusivamente aos usuários do SUS.

acontecimentos significativos no que tange ao desenvolvimento do seguro social, da cobertura previdenciária brasileira, e suas políticas assistenciais, dos primórdios até os dias atuais. Através dos meandros da "informalidade", como trabalhar "sem carteira assinada" e não ter como "provar" os anos de atividade, este capítulo procura seguir, a partir da previdência (e também da assistência social), o (longo) caminho da cidadania no Brasil, como destacou o sociólogo José Murilo de Carvalho (2002), bem como a distribuição seletiva de direitos instituída através dos benefícios da seguridade na Constituição, que também acarretaram diferentes concepções de cidadania.

A fala de seu Antônio também remete a mudanças ocorridas no próprio sistema de seguridade social no Brasil, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), por exemplo, e a exigência de determinadas provas, através da perícia médica, como parte dos quesitos exigidos para concessão de benefícios administrados pelo Estado. Analisar a seguridade, tendo como foco a previdência e a assistência social, através de uma perspectiva histórica, reconstruindo o percurso em diacronia, permite que se acompanhe, da mesma forma, as mudanças na própria noção de seguro social e no papel do Estado (ao prover seguridade) através do contexto político de onde emergiram tais políticas. O caminho que vai da previdência à previdência estatal, em termos de ações e instituições ou, mais precisamente, de um Estado previdente à um Estado igualmente provedor, também engendrou a constituição de determinadas categorias associadas a este, como a de "segurados" e "beneficiários" dos serviços da previdência, e a de "beneficiários" ou usuários das políticas de assistência. Estas categorias, ao classificarem sujeitos e populações, reforçam a separação estabelecida pela via constitucional entre direitos associados ao trabalho ou à contribuição voluntária à previdência social, como o auxílio-doença, daqueles vinculados à assistência social e à baixa renda, como o benefício assistencial de prestação continuada. Com isto, diferentes concepções sobre cidadania também emergem neste processo, seja relacionada ao trabalho, seja a políticas públicas direcionadas aos considerados pobres. E, aqui, os conceitos de "(in)capacidade" para (determinado) trabalho e de deficiência surgem como categorias fundamentais de acesso, seja para reverter a contribuição mensal à previdência em auxílio, seja para receber ajuda financeira do Estado.

Acompanhar a trajetória da previdência, e da seguridade como um todo, permite que se acompanhe, igualmente, a trajetória dos documentos que instituem e promovem acesso a direitos, como a carteira de trabalho, por exemplo. Pois, como destacou Mariza Peirano (2009) em sua análise sobre documentos e processos de identificação, apesar do caráter

imutável que tendemos dar a estes, eles também são dinâmicos. Ou possuem uma biografia, como destacaram Claudia Fonseca e Lúcia Scalco (2015) ao acompanharem o percurso burocrático de uma jovem mãe em busca de determinados documentos que garantiriam acesso a determinados benefícios estatais, como o Bolsa-Família. Neste sentido, se é preciso provar que o corpo sofre para receber auxílio-doença e aposentadoria por invalidez, é necessário provar, igual e anteriormente, o caráter de segurado da Previdência. Da mesma forma, para receber o benefício assistencial destinado a idosos ou pessoas que possuam algum tipo de deficiência é necessário comprovar baixa renda ou a ausência total dela.

Como forma de dar destaque às mudanças e rupturas ocorridas ao longo do processo de constituição de um sistema de seguridade no Brasil, bem como inserir a perícia médica de Estado neste processo, o capítulo foi dividido em três partes. Na primeira serão apresentados alguns dados históricos, sobretudo a respeito das políticas previdenciárias, na tentativa de reconstituir o percurso da previdência e dos benefícios atualmente vinculados à seguridade social. Esta primeira parte irá valer-se de uma história da previdência contada, sobretudo, por cientistas sociais, e das diferentes concepções de cidadania engendradas ao longo dessa história. Assim, o enfoque será direcionado ao surgimento de uma noção de seguro e proteção estatal desde a década de vinte até o governo de Getúlio Vargas. Também será dado destaque ao lugar que a previdência e a assistência social ocuparam (em termos de instituição de benefícios) desde o período do regime militar até a abertura democrática, com a emergência do próprio conceito de seguridade na Constituição.

A segunda tratará propriamente da perícia médica previdenciária, das mudanças ocorridas através da estruturação (e criação) da carreira de perito médico, bem como dos discursos (médicos) que destacam a importância da perícia enquanto um “meio de controle de acesso” aos benefícios da seguridade social e um tipo específico de prova da incapacidade ou da deficiência.

Por fim, na terceira, serão apresentadas brevemente algumas discussões a respeito das políticas de proteção estatal, e também diferentes concepções sobre previdência e seguridade. Da mesma forma, serão apresentados alguns dados a respeito da perícia para enfatizar o que será destacado no conjunto desta tese – as moralidades expressas em termos de acesso, concessão e reconhecimento de direitos por parte do Estado, através da perícia médica previdenciária, bem como os conflitos e divergências gerados em torno destas decisões.

1.1 A Previdência e a Seguridade como objeto de estudo

As mudanças no sistema previdenciário e o próprio histórico da Previdência Social no Brasil se constituíram em objeto de análise e interesse das Ciências Sociais, mesmo antes da promulgação da Constituição democrática. A Previdência e o sistema de Seguridade Social surgem em trabalhos cuja proposta é acompanhar os processos de reforma do Estado e os caminhos da cidadania no Brasil. No livro *(im)previdência social: 60 de Previdência Social no Brasil*, os sociólogos Jaime Oliveira e Sonia Teixeira (1989) destacam a atuação estatal no sistema previdenciário desde a implementação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), na década de vinte, até o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). No final da década de setenta e início da década de oitenta, o cientista político Wanderley Guilherme dos Santos (1979) e a socióloga Amélia Cohn (1981) detiveram suas análises sobre o desenvolvimento dos direitos sociais e da Previdência em contextos políticos ditatoriais no Brasil, o que teria engendrado diferentes concepções de cidadania. Um estudo que merece destaque, também, é o da cientista política Maria Lucia Werneck Vianna (1998), que abordou o histórico da Seguridade Social enfatizando o que ela designa como o processo de *americanização (perversa)* pelo qual esta teria passado ao longo dos anos.

No período pós-Constituição, grande parte da literatura sobre seguridade e Previdência Social no Brasil passou a ser desenvolvida no campo da Assistência Social e da Economia. Estes trabalhos propõem-se a analisar os limites do modelo atual em termos de arrecadação, déficit, cobertura e abrangência do seguro através de um viés quantitativo (Giambiagi e Além, 2008; Bertussi e Tejada, 2003). Dentre os que abordam o sistema de seguridade social de forma mais ampla destacam-se os trabalhos da assistente social Ivanete Boschetti (2006), apresentando uma análise tanto do desenvolvimento e consolidação da previdência social, como política de proteção social dependente do trabalho assalariado, quanto da transformação da assistência social em direito garantido constitucionalmente através da Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS).

Outros trabalhos, ligados ao Direito Previdenciário, também detiveram suas análises nas mudanças ocorridas no âmbito da Previdência, sobretudo no que diz respeito às modificações na legislação e seu registro propriamente histórico (Pereira Júnior, 2005; Homci, 2009). Um registro minucioso dessas mudanças, no entanto, pode ser encontrado na cartilha produzida pela Associação Nacional dos Servidores da Previdência (ANAMPS),

organizada pelo pesquisador JB Serra e Gurgel (2008). Para além do detalhamento cronológico das diversas modificações pela qual passou a Previdência Social no Brasil desde o século XIX (de onde remontam os registros do que poderia ser considerada uma incipiente Previdência no Brasil) até o ano de 2005, o documento apresenta um panorama significativo das alterações ocorridas na legislação previdenciária neste extenso período, permitindo uma análise comparativa dessas alterações em relação ao contexto político em que ocorreram.

1.2 Das Caixas aos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs)

Enfocando o contexto político e social das mudanças que deram origem à Previdência, em 1923⁵, Jaime Oliveira e Sonia Teixeira (1989) afirmam que foi exatamente na década de vinte, quando teria ocorrido certa ruptura com o liberalismo vigente, que se inaugurou um processo de intervenção crescente do Estado no âmbito da problemática previdenciária. O marco deste período foi a criação das chamadas Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) destinadas a determinadas categorias de profissionais. No entanto, o projeto de lei que instituiu as CAPs não previa a participação ativa do Estado nestas. A presença do poder público se dava através de um controle à distância, e se destinava exclusivamente à resolução de conflitos entre a administração das Caixas e algum segurado.

Neste sentido, as CAPs possuiriam certa autonomia no âmbito administrativo e financeiro, constituindo-se, portanto, em uma instituição de caráter civil e privado. Apesar disto, segundo os autores, apenas a imposição legal de vinculação e contribuição às CAPs, tanto por parte dos trabalhadores, quanto dos empregadores, já demonstrariam as mudanças ocorridas na década de vinte no que tange ao papel do Estado na previdência. Isto porque as Caixas foram aprovadas pelo executivo, ainda que inicialmente estas contemplassem apenas uma categoria de trabalhadores, como a dos ferroviários. A escolha destes trabalhadores, no entanto, não teria sido gratuita. Segundo Oliveira e Teixeira (1989), os ferroviários

⁵ Ainda que as políticas associadas à Previdência no Brasil remontem ao final do século XIX, no período do Império, o marco considerado como inaugural da Previdência Social seria o decreto que instituiu as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) aos trabalhadores ferroviários, em 1923, durante o período conhecido como República Velha no Brasil. Denominada Lei Eloy Chaves, em alusão ao seu criador e deputado federal à época, o projeto foi sancionado pelo então presidente Artur Bernardes (1922-1926). Também em 1923 houve a criação do Conselho Nacional do Trabalho, órgão que administrava as CAPs. Entre 1926 até o início da década de trinta, outras classes de trabalhadores foram incluídas no regime das CAPs, como os trabalhadores portuários, dos serviços telegráficos e radiotelegráficos, das empresas de mineração entre outros.

representavam a categoria de profissionais mais expressiva, que possuía maior poder político e estava em diálogo constante com o Estado.

Em relação aos benefícios, a lei que normatizava as Caixas previa assistência médica e farmacêutica aos trabalhadores e seus familiares, que seriam custeadas pelas CAPs. De acordo com os autores em questão, esta iniciativa de congregar a concessão de benefícios pecuniários (aposentadorias e pensões) com a prestação de serviços (neste caso, médico-hospitalares e farmacêuticos) que merece destaque na lei. O que apareceria como inovador, no entanto, seria sua pretensão de abrangência, ao incluir os familiares dos trabalhadores como seus dependentes que, na condição de segurados, também passaram a usufruir de assistência médica e hospitalar, sendo esta uma das atribuições obrigatórias da incipiente Previdência Social na década de vinte. No período de vigência das CAPs, estes serviços eram prestados por médicos terceirizados, que realizavam atendimentos aos segurados em seus consultórios⁶.

Segundo Oliveira e Teixeira (1989), esta assistência médica se tornou questionável na década de trinta, quando os teóricos da questão previdenciária no período passaram a defender a ideia de que Previdência não deveria incluir assistência – mas apenas, e tão somente, a concessão de benefícios pecuniários, tais como aposentadorias e pensões. A noção abrangente de Seguridade Social foi instituída apenas em 1988 através da Constituição, que acabou separando, ainda que ao mesmo tempo unisse sob a égide da Seguridade, as políticas de saúde, previdência e assistência social.

A despeito do pioneirismo das CAPs, há consenso na literatura que foi no período da chamada "Era Vargas", iniciado em 1930 através do regime denominado Estado Novo, onde teria ocorrido uma das maiores expansões no setor previdenciário brasileiro. Ainda que a Previdência Social tenha sido unificada apenas durante a ditadura militar, em 1966, com a criação do INPS, a legislação trabalhista desenvolvida durante este período, como a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), se fez presente inclusive período de abertura democrática. Segundo Amélia Cohn (1981), um fato curioso do processo de instituição e extensão dos direitos sociais no Brasil é o de estes terem se expandido em conjunturas autoritárias e ditatoriais. Neste sentido, após a revolução de trinta e o Estado Novo teria ocorrido uma expansão da Previdência, o que se sucede durante a ditadura, nas décadas de sessenta e setenta. De acordo com Cohn (1981), nesses contextos políticos específicos houve

⁶ A contratação de serviços médicos terceirizados para realização de perícias médicas será abordada com maiores pormenores no final do capítulo, prática esta utilizada até o ano de 2006, quando foram descredenciados para a carreira de perito médico foi criada no âmbito da Previdência.

uma expansão dos direitos sociais na ausência do exercício dos direitos políticos e, não raras vezes, de direitos civis.

No governo de Getúlio Vargas teria ocorrido, então, uma ampliação nas políticas voltadas à temática trabalhista e, por consequência, da própria Previdência Social. Não é propósito deste capítulo detalhar e analisar minuciosamente as características político-ideológicas de cada governo, apenas pautar o lugar que as políticas de previdência e assistência ocuparam nestes períodos específicos, as mudanças em relação aos benefícios oferecidos e os critérios de acesso a eles. No caso de Getúlio Vargas, no entanto, torna-se necessário certo destaque, tendo em vista que estas iniciativas se constituíram no mote da sua gestão, e que elas foram desenvolvidas no intuito de ampliar, igualmente, sua base de apoio (e controle) entre os setores ditos populares, como os trabalhadores.

Já em 1930 houve a criação do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio⁷, que passou a ser responsável pela administração das CAPs até então existentes. Com isto, inicia-se um processo de participação cada vez maior do Estado no que tange aos assuntos previdenciários no Brasil. Em 1932 foi criada a Carteira Profissional. Seguiu-se no início da década de trinta o aumento nas categorias de profissionais que passaram a ser cobertos pelas CAPs e, em 1931, o regime das Caixas foi estendido aos servidores públicos. Um dos fatos significativos que merece registro nestes primeiros anos do governo de Getúlio Vargas foi o de as Caixas terem tornado-se institutos – os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs)⁸. Como destacam Oliveira e Teixeira (1986), a mudança trazida pelo advento dos IAPs refere-se ao maior controle do Estado sobre a gestão administrativa e financeira da previdência, rompendo com o modelo anterior da década de vinte, de quase total autonomia das Caixas nestes setores específicos. Além dos trabalhadores e empregadores, o Estado também passou a ser incluído como contribuinte no sistema previdenciário vigente. Segundo os autores, no entanto, esta contribuição pouco teria se efetivado na prática, pois a lógica liberal, de que não caberia ao Estado prover o seguro em casos de doença, invalidez, etc., apenas arrecadar as contribuições e administrá-las, é significativa na história da Previdência.

Esta questão do caráter liberal do governo Vargas e a administração da seguridade social remetem às análises de Michel Foucault (2008) sobre a biopolítica – quando a questão da vida e da população passam a ser alvo de tecnologias específicas de governo. Partindo da

⁷ Para onde foi direcionado o Conselho Nacional do Trabalho (CNT), criado em 1926 para fiscalizar as CAPs.

⁸ A estrutura das CAPs foi mantida nos IAPs, com cada categoria de profissionais possuindo o seu instituto específico.

analítica proposta por Foucault se poderia afirmar que a gestão de Getúlio Vargas sobre as questões de seguridade teria incluído em seus interesses, preocupações e táticas de governo uma população específica – os trabalhadores⁹. Como destacou Foucault, para se governar uma população torna-se necessário primeiramente conhecê-la, através do registro e identificação de certos fenômenos tais como nascimento, morte, doença, trabalho, etc., para que possam ser incluídas nos cálculos de governo. Os mecanismos de controle do que poderia ser definido neste período, então, como uma tecnologia liberal de governo centravam-se na identificação e registro destes trabalhadores sobretudo através da Carteira Profissional, como será retomado adiante. No entanto, ainda segundo Foucault, esta necessidade do cálculo e do registro (numérico) que teria possibilitado a emergência da estatística como ciência do Estado. Não teria sido por acaso, então, seguindo a análise de Foucault, que a criação do Instituto Nacional de Estatística (INE), em 1934, tenha ocorrido durante o governo Vargas. Instituto este que, em 1937, recebeu a denominação que persistiu em todos os períodos e segue até então: a de Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Porém, a emergência desta que pode ser designada como nova *tecnologia do cálculo* também suscitou questionamentos. A historiadora Broadwyn Fischer (2008), ao analisar questões de cidadania e desigualdade no Rio de Janeiro durante o governo Vargas, destacou que, mesmo com a criação do IBGE, a meticulosidade e o alcance geográfico das estatísticas produzidas eram inevitavelmente incompletas. Segundo ela,

if statistics did not differentiate between shoemakers employed in tiny, flailing itinerant business and shoemakers in well-established factories, it was impossible to fine-tune labor legislation to the very different needs of these two kinds of workers. And if statistics on housing did not include information on land ownership or access to city services, or if they did not distinguish among favelas, illegal subdivisions, and legalized neighborhoods, it was impossible to solve rationally the problems of residential insecurity and hygiene that plagued the lives of most poor Cariocas. The questions present in the surveys, moreover, could not be asked to everyone in degree of detail that would have been needed to craft fine-tuned local policy (Fischer, 2008:118).

⁹ Tendo como foco analítico o desenvolvimento da seguridade social na França em *The risks of security* (2000) Foucault também destacou que teria ocorrido através do “pacto de segurança” gerado entre o Estado e a população, o que teria acarretado alguns “efeitos perversos”. Ele afirma que a proteção oferecida pelo Estado teria gerado situações de dependência, marginalização e exclusão. O sistema ofereceria amparo e cobertura apenas aos sujeitos que estivessem integrados, seja num meio familiar, de trabalho e mesmo geográfico. Aqueles que não aderissem a estas “formas de vida” impostas pela seguridade acabariam marginalizados, segundo Foucault, pelo próprio jogo das instituições. A tentativa de ampliar o acesso à seguridade de outrora teria sido substituída pelo acesso infinito a certo número de benefícios possíveis. Porém, na análise de Foucault, os indivíduos apenas passariam a se questionar sobre a natureza de sua relação com o Estado e sentiriam esta dependência das instituições no momento em que precisassem utilizar os benefícios oferecidos. Ao serem informadas de que não teriam mais direito a determinados procedimentos, deveriam pagar taxas ou internações hospitalares, as pessoas passariam da condição de seguradas para a condição de desassistidas.

Torna-se relevante destacar que esta falta de informações aprofundadas sobre determinados setores da população refletia certos objetivos de governo que, apesar de tentar abarcar os classificados como "pobres" e "trabalhadores" também teria produzido acesso desigual à cidadania. Desta forma, nem todos os trabalhadores foram incluídos nos interesses e preocupações de governo no período Vargas e receberam proteção do Estado. Esta "distribuição seletiva" de direitos trabalhistas se refletiu no próprio desenvolvimento dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) que começaram a ser organizados logo no início da década de trinta, com a criação do Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Marítimos (IAPM), em 1933, sucedido pelo dos comerciários (IAPC), bancários (IAPB), Transportadores de Cargas (IAPTC), Industriários (IAPI)¹⁰ e do Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado (IPASE). Torna-se importante mencionar estas categorias de profissionais que passaram a contar com Institutos próprios, pois elas representam, segundo Amélia Cohn (1981), as categorias que politicamente possuíam maior representatividade em termos sindicais e ocupavam setores estratégicos da economia do país. Estes profissionais, em diálogo com o Estado através de seus sindicatos, passaram a ter acesso diferenciado aos benefícios. Neste sentido, a Previdência Social no governo de Getúlio Vargas teria vinculado os direitos sociais da cidadania apenas aos trabalhadores formais, restringindo os benefícios aos setores assalariados urbanos. Maria Lucia Werneck Vianna (1998), da mesma forma, destacou que no período de vigência dos IAPs o Estado teria exercido ação discriminatória na identificação dos cidadãos,

Outorgava-se o estatuto de cidadania apenas aos membros da comunidade nacional localizados em ocupações regulamentadas pelos preceitos legais, o que transformava em pré-cidadãos todos aqueles cujo trabalho a lei desconhecia: como os trabalhadores do mercado informal urbano, autônomos, domésticas e trabalhadores rurais, ou seja, a maioria da população na época. (Vianna, 1998:132)

Para Santos (1979), a expansão na legislação trabalhista neste período teria operado, igualmente, uma expansão do que ele designa como *cidadania regulada*. O conceito de cidadania na Era Vargas estaria associado, segundo ele, à um sistema de estratificação ocupacional: seriam considerados cidadãos todos aqueles cujas profissões fossem reconhecidas e definidas por lei. Desta forma, o cidadão no governo de Getúlio Vargas poderia ser definido como o trabalhador que tivesse sua profissão reconhecida e

¹⁰ Segundo dados de Oliveira e Teixeira (1989), dentre todos os institutos criados neste período, o IAPI acabou tornando-se o maior de todos, abarcando sozinho mais da metade dos segurados da Previdência Social naquele período. Não por acaso está localizada no bairro denominado IAPI, um dos bairros mais antigos de Porto Alegre, uma das maiores agências da Previdência Social na cidade, onde realizei trabalho de campo.

regulamentada pelo Estado e que possuísse, portanto, uma Carteira Profissional. Fischer (2008) também destacou que a palavra “trabalho”, neste período, não fazia referência a qualquer atividade remunerada, mas à um número restrito de ocupações reconhecidas como trabalho pelo Estado nacional. Estavam excluídos deste reconhecimento os trabalhadores rurais e domésticos, por exemplo. No entanto, a classificação estatal não implicava igualdade e equidade na distribuição dos benefícios previdenciários. Quanto maior era a contribuição e, por consequência, o IAP, maiores eram os benefícios. Mesmo neste processo de regulação da cidadania, como destaca Santos (1979), a desigualdade entre os considerados cidadãos (trabalhadores, portanto), ocorria via sistema previdenciário.

Um dos aspectos mais significativos no que tange ao campo da legislação trabalhista, ainda no governo Vargas, foi a aprovação da CLT, em 1943, que buscou reunir e sistematizar toda a legislação produzida nesta área após a Revolução de 1930¹¹. Um dos pontos que merecem destaque, aqui, foi a exigência de que os contratos de trabalho fossem inscritos na Carteira Profissional, reformulada neste período. Porém, como destacou Fischer (2008), a Consolidação das leis trabalhistas não acarretou uma expansão ou universalidade do acesso às mesmas. O principal obstáculo imposto teria sido exatamente a Carteira Profissional, pois nenhum trabalhador poderia reivindicar direitos oriundos do trabalho se não possuísse este documento. Aliás, não apenas a Carteira se constituiu como meio de acesso à direitos, mas

Both work and social welfare legislation made documents essential passports to the realm of rights. An enormous array of papers became markers of citizenship during the Vargas years, everything from proof of military service to voter registration documents, national identification cards, and work papers (...) each dimension of Brazilian citizenship had its paper signifier, and without it, none could enter (Fischer, 2008:120).¹²

Mariza Peirano (2009) também destacou que para o Estado a identificação é sempre melhor do que o anonimato (Peirano, 2009:65). Segundo ela, o documento legalizaria, oficializaria e tornaria o cidadão visível, passível de controle e legítimo para o Estado (p.26). Mas, antes de tornar o cidadão visível, o documento também produz o próprio cidadão. Como se verá adiante, a dimensão da prova para acesso ao mundo dos direitos também é

¹¹ Além desta sistematização, a CLT também introduziu novas regras referentes à carga horária de trabalho, férias, descanso remunerado, condições de segurança e higiene dos locais de trabalho.

¹² Em estudo comparativo em que destaca o paradoxo dos documentos de identificação no Brasil e nos Estados Unidos, Mariza Peirano (2009) destacou que os americanos nascem, vivem e morrem portando poucos documentos (Peirano, 2009, p.55).

significativa e deve ser levada em consideração ao se falar de Carteira Profissional, por exemplo, instituída no governo de Vargas.

Se a CLT representou a unificação das leis do trabalho, a Lei Orgânica de Previdência Social (LOPS), instituída no início da década de sessenta no governo de Juscelino Kubitschek representou a unificação da legislação previdenciária, até então segmentada nos IAPs. Segundo Vianna (1998), embora a LOPS tenha uniformizado os planos de benefícios, ainda manteve intacta a estrutura dos Institutos. O caráter excludente dos IAPs, segundo ela, manteve-se preservado, tendo em vista que os trabalhadores rurais ainda não estavam integrados no sistema previdenciário. A figura do trabalhador rural emerge na Previdência Social apenas em 1963, através da criação do Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL). Na LOPS, que também instituiu os benefícios assegurados pela previdência, já existia a indicação de que a concessão de auxílio-doença deveria obrigatoriamente ser precedida de exame médico, a cargo da previdência social.

1.3 Dos IAPs ao INPS – quando a cidadania não se vincula à democracia

Nos primeiros anos da década de sessenta, marcados pela instauração da ditadura militar no Brasil, mudanças significativas ocorreram na estrutura e na cobertura previdenciária do país – todos os IAPs existentes até então foram unificados em um único Instituto, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Segundo Vianna (1998), O INPS representou o início do rompimento com o padrão de proteção social instituído nos anos trinta, havendo uma ampliação da clientela previdenciária, à despeito da suspensão dos direitos civis. Santos (1979), destacou que, se na Era Vargas teria ocorrido uma extensão (regulada) da cidadania, o período ditatorial poderia ser caracterizado pelo recesso da cidadania política, quando determinados direitos deixam de ser reconhecidos em prol da suposta ampliação de outros.

Com a unificação dos IAPs no INPS, como marca do governo dos militares em relação à Previdência, passariam ao caráter de segurados todos os trabalhadores que possuíssem Carteira de Trabalho, independente de sua categoria profissional. Ainda segundo Vianna (1998), tornam-se também cidadãos (referindo-se, neste caso, apenas ao acesso a direitos previdenciários) os trabalhadores rurais, empregados domésticos e autônomos,

trabalhadores estes que não tiveram sua profissão reconhecida pelo sistema previdenciário vigente durante o governo de Getúlio Vargas. Uma das mudanças mais significativas introduzidas pela ditadura militar, e que indicariam o rompimento com o modelo previdenciário anterior, refere-se à alteração na nomenclatura do documento de trabalho. A identificação e o registro do trabalhador passaram a não ser mais efetuados na Carteira Profissional, mas na Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS). A CTPS, criada em 1969, não contempla mais profissões específicas, organizadas em sindicatos, sendo reconhecidas e regulamentadas pelo Estado, tal como ocorria na Era Vargas. Na tentativa de ampliar a cobertura previdenciária, através da inclusão de outras categorias reconhecidas como profissionais, a palavra "trabalho", em substituição à "profissão", surge como alternativa igualmente pelo seu sentido amplo: o trabalho pode referir-se a qualquer ocupação, ao passo que a profissão se restringe à atividades e categorias profissionais específicas, como eram abarcadas pelos IAPs.

Durante toda a década de setenta, juntamente com o aumento da repressão política, sucessivas mudanças buscaram evidenciar esta tentativa de ampliação do escopo da Previdência Social. Assim, em 1971 houve a criação do Programa de Assistência ao Trabalhador Rural, Pró-Rural, que passava a incluir efetivamente este trabalhador na Previdência. Seguiu-se, em 1972, a inclusão do trabalhador doméstico entre os contribuintes (e potenciais beneficiários, portanto); em 1973 a Previdência também passou a reconhecer os trabalhadores autônomos. No ano de 1974 cria-se o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), rompendo-se o vínculo mantido até então com o Ministério do Trabalho.

No que tange ao campo da assistência social e aos benefícios oferecidos, neste mesmo ano também foi instituído um benefício destinado a idosos (maiores de 70 anos) ou inválidos, definitivamente incapacitados para o trabalho, conhecido como renda mensal vitalícia. No entanto, a renda mensal vitalícia não possuía um caráter assistencial de transferência de renda tal como o atual BPC, por exemplo, sendo necessária a comprovação de filiação ao regime do INPS, em algum momento do período de atividade, para se ter direito ao benefício. O mesmo se dava em relação à invalidez. Aqui já se evidencia a necessidade de comprovação, seja da invalidez, seja da filiação ao então INPS, para se ter acesso aos benefícios. A comprovação da primeira deveria ser dada através de perícia médica, e a segunda por meio da carteira de trabalho. Quanto a isto, a lei nº 6.179 que instituiu a renda mensal vitalícia em 1974 já estabelecia:

Art. 4º A verificação da invalidez será feita em exame médico-pericial a cargo da Previdência Social urbana ou rural.

Art. 6º A prova de filiação à Previdência Social ou da inclusão em seu âmbito, assim como a do tempo de atividade remunerada, será feita por meio da Carteira Profissional ou de Trabalho e Previdência Social ou por qualquer outro elemento de convicção, inclusive declaração firmada pela empresa empregadora ou sócio remanescente, identificado e qualificado, na qual expressamente afirme o conhecimento pessoal do fato declarado, assumindo a responsabilidade pela declaração, sob as penas da Lei.

Neste período, os serviços de perícia médica do então INPS para concessão de benefícios como a renda mensal vitalícia, auxílio-doença, e aposentadoria por invalidez eram oferecidos através de convênios estabelecidos com empresas privadas. No entanto, a contratação destas não se restringia apenas para realização de perícia médica. Consultas médicas e internações, garantidas aos segurados da Previdência e seus dependentes, também eram oferecidas através de convênios. No período que antecede a criação do SUS, que tornou público e de acesso universal os serviços de saúde, o Estado passou a estabelecer convênios e contratos com médicos que não possuíam vínculo com a Previdência Social. Sobre a utilização de serviços terceirizados pelo Estado, Oliveira e Teixeira (1986) também destacaram que

A polaridade serviços próprios versus serviços contratados percorre toda a história da Previdência. Seu encaminhamento concreto em cada fase desta história responde às condições mais gerais dominantes no período, à concepção sobre Previdência em cada etapa, enfim, ao jogo de forças e pressões sociais em presença (Oliveira e Teixeira, 1989:84).

Segundo eles, essa opção pelo convênio teria convertido o INPS no maior comprador de serviços médicos privados do país, em detrimento do investimento em serviços médicos próprios da Previdência, o que ocorre apenas em 1977, com a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). No entanto, Oliveira e Teixeira (1986) e Vianna (1998) destacam que mesmo contando com estabelecimentos próprios de saúde, a maior parte do atendimento prestado pelo INAMPS provinha de hospitais e médicos privados. Esta prática de contratar serviços terceirizados permaneceu inclusive no período pós-constituição na Previdência, isto porque a carreira de perito médico previdenciário foi criada apenas em 2004, e até o ano de 2006 as perícias também eram realizadas em consultórios particulares e os médicos eram contratados (e credenciados) apenas para esta finalidade – atestar incapacidade sem possuir, no entanto, vínculos com o Estado. A criação da carreira de

perito médico do INSS será retomada no final do capítulo, bem como as mudanças no que tange à exclusividade destes médicos na realização de perícias.

Da mesma forma, o debate entre Previdência e Assistência Social, que acompanha a trajetória do sistema de seguridade brasileiro desde os anos vinte, segue também na ditadura militar. Porém, segundo Vianna (1998), este período caracterizou-se pela sedimentação de um padrão assistencialista no campo das políticas de saúde. A busca pela expansão do atendimento médico no âmbito da Previdência teria ocorrido somente através da criação do INAMPS. Este instituto se constituiu com o propósito de prestar atendimento médico aos trabalhadores contribuintes da Previdência e seus dependentes, estando vinculado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), que congregava outras instituições, como o próprio INPS. Ainda que o vínculo entre Assistência e Previdência Social estivesse mantido neste período, juntamente com a tentativa de ampliação da cobertura previdenciária, esta assistência (neste caso, médica) era direcionada e oferecida apenas a determinados grupos de trabalhadores. Como já registrado, a proposta de universalização do acesso ocorreu através da criação do SUS, em 1988.

No entanto, torna-se importante ater-se nas mudanças ocorridas na Previdência no âmbito da década de setenta, sobretudo porque elas seguirão nas décadas seguintes. Ainda que a emergência do conceito de seguridade social na Constituição de 1988 tenha separado a Previdência da Assistência Social, estas duas áreas mantiveram o vínculo ministerial operado em 1974. Em 1990, o Ministério da Previdência e da Assistência Social passa novamente a pertencer ao Ministério do Trabalho, união esta estabelecida no governo Vargas, interrompida durante a ditadura militar e restabelecida por um curto período após a promulgação da Constituição. Em 1992 foi criado o Ministério da Previdência Social e o Ministério do Bem-Estar Social, que abarcava as políticas de assistência. Em 1995, a Assistência Social volta novamente para alçada do Ministério da Previdência, sendo retomado o Ministério da Previdência e da Assistência Social. A separação definitiva entre Previdência e Assistência, com competências ministeriais distintas, ocorreu apenas em 2003, quando foi criado o Ministério da Assistência Social. Este Ministério, no entanto, permaneceu com esta denominação por um curto período de tempo, pois em 2004 cria-se o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, que passou a tratar das questões relacionadas à Assistência Social. Embora estas modificações sejam representativas do período de transição entre diferentes propostas de governo, correspondendo à definição de áreas prioritárias de atuação, estas realocações ministeriais, sobretudo a partir da LOAS, também sugerem

mudanças na forma como os benefícios passaram a ser geridos: entre previdenciários e assistenciais, o que se reflete na criação de programas e políticas sociais específicas, voltadas a cidadãos específicos, ou seja, entre os contribuintes e os não-contribuintes. Para Ivanete Boschetti (2003), a separação entre os três campos da previdência, saúde e assistência através da criação de ministérios específicos, reforçaria a constatação de que o modelo de seguridade previsto na Constituição não teria se efetivado na prática. Isto porque, segundo ela, não houve a criação de um ministério da seguridade social, por exemplo, que pudesse articular e definir as políticas de seguridade como um todo.

1.4 Do INPS ao INSS – a previdência (e a assistência) na Constituição Cidadã

Esta triagem operada pelo Estado ao outorgar direitos, sobretudo os relacionados ao trabalho, acompanhará o desenvolvimento da Constituição democrática, denominada de Constituição Cidadã. Embora a previdência social, juntamente com a “assistência aos desamparados”, tal como aparece no texto legal, tenham se tornado parte dos chamados direitos sociais¹³, conforme destacado na introdução, o acesso ao trabalho ainda se manteve como a condição necessária para garantir o direito à previdência social, como destaca Ivanete Boschetti (2006). Pode-se acrescentar a isto que não apenas o trabalho ou o exercício de atividade remunerada se manteve como garantia de acesso ao seguro previdenciário, mas também a possibilidade de pagar por este seguro, de contribuir com a previdência de forma facultativa e voluntária, o que permite a conversão da quantia paga em benefícios, como aposentadorias e auxílios por incapacidade.

Desta forma, com o advento do conceito de Seguridade Social que tornou a Assistência uma política pública desvinculada de contribuição prévia à Previdência, os benefícios passam a ser distribuídos entre os (trabalhadores) contribuintes e entre aqueles que não contribuem. É desta separação que se desenvolvem noções diferenciadas de cidadania e cidadãos específicos: a de um cidadão contributivo (que pode ser produtivo ou não) e a de um cidadão não contribuinte, classificado como vulnerável. A diferenciação em relação a

¹³ Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a Previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição ([Redação dada pela Emenda Constitucional nº 90, de 2015](#)).

distribuição de direitos e a desigualdade de acesso também ocorre entre os cidadãos contribuintes, uma vez que quem pode pagar mais tem direito de receber mais em termos de valores de benefícios. Como destacou James Holston (2008), neste regime de cidadania diferenciada, que outorga direitos diferentes para categorias diferentes de pessoas, “Brazilians have generally viewed rights as providing special treatment to particular categories of citizens that the state differentiates, regulates, and rewards” (Holston, 2008:7). E este tipo de moralidade de Estado, que associa contribuição, trabalho e produtividade à previdência, ou vulnerabilidade, necessidade e não produtividade à assistência, atravessa toda a discussão e os conflitos envolvendo a perícia médica, como se verá ao longo da tese.

O tratamento desigual passa a ser outorgado pela legislação, que acaba explicitando categorias específicas associadas a determinados atributos: os segurados (clientes) da previdência social e os beneficiários das políticas estatais de assistência. E toda a mudança operada pela Constituição, em termos de distribuição de benefícios e focalização de políticas, a partir de 1988, além de direcionar, também demonstram uma ampliação dos critérios de acesso, com o objetivo de selecionar, entre os cidadãos contribuintes e não contribuintes, aqueles que realmente fazem jus aos benefícios administrados pelo Estado.

Seguindo estas mudanças, o início da década de noventa foi marcado por alterações e rupturas significativas no campo da seguridade, que acabaram enfatizando o caráter de seguro compulsório da previdência, em relação ao trabalho assalariado, e a universalidade da cobertura e igualdade de acesso à saúde e à assistência. Em 1990, o INPS cede lugar ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), órgão que tem por competência operacionalizar e conceder os benefícios da previdência. Esta alteração na nomenclatura – de Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) para do Seguro Social (SS) é significativa não apenas da passagem de um período de ditadura a outro de democracia, mas também de um reforço na delimitação do caráter securitário da Previdência, e que este instituto passa a ter como seu escopo de atuação através da administração de seus benefícios.

Em 1991, duas leis tratando especificamente da previdência e da seguridade social como um todo foram sancionadas: uma definindo conceitual e constitucionalmente a assistência social, a saúde e a previdência (Lei 8.212, que dispõe sobre a organização da Seguridade Social), e outra instituindo os princípios básicos, os benefícios e os beneficiários

da Previdência Social (Lei 8.213, que dispõe sobre os planos de benefícios)¹⁴. Nesta última, foram definidos os Regimes de Previdência Social, dentre os quais o Regime Geral (RGPS)¹⁵, que possui caráter obrigatório, em termos de filiação e contribuição, a todos os que trabalham de forma autônoma ou possuam vínculos empregatícios estabelecidos através de registro na carteira de trabalho. Também podem estar cobertos por este regime as pessoas que não trabalham, mas que desejam usufruir dos benefícios da Previdência, podendo contribuir de forma “facultativa” a ela. Um ponto de convergência entre estas duas leis, no entanto, é a ênfase no caráter de *universalidade* da cobertura e atendimento, e *seletividade* e *distributividade* na prestação dos benefícios da seguridade e da previdência. Neste sentido, ainda que a universalidade seja um dos princípios constitucionais do sistema de seguridade, a distribuição seletiva dos direitos torna-se uma normativa legal. O acesso universal é facultado apenas à saúde e à assistência social, ao passo que o acesso à previdência, apesar da garantia de universalidade, ocorre somente mediante contribuição¹⁶, um evento primário que acaba por selecionar aqueles que terão direito ou não aos benefícios previdenciários. Assim, os benefícios da previdência passam a destinar-se apenas aos contribuintes e seus dependentes. Para Ivanete Boschetti (2003), alguns destes princípios estabelecidos pela constituição, como o da universalidade da cobertura, estariam sendo diluídos por conta de sucessivas contrarreformas, que acabaram desestruturando a seguridade social. No entanto, segundo ela, os princípios da seletividade e distributividade seriam os únicos, ao contrário, que estariam sendo colocados em prática com bastante rigor. Neste sentido, a seguridade social brasileira, ao restringir a previdência aos trabalhadores contribuintes, acabaria excluindo do acesso aos direitos previdenciários aqueles que mantêm relações informais de trabalho ou desempregados que passam a não contribuir mais à Previdência, se constituindo em uma proteção limitada, portanto. (Boschetti, 2003, 2009).

¹⁴ A lei 8.213, que dispõe sobre a Previdência e seus benefícios, passou por diversas alterações desde que foi implementada. Em maio de 1999, por exemplo, por meio do decreto 3.048, foi o aprovado o Regulamento da Previdência Social, que também dispõe sobre a seguridade social como um todo.

¹⁵ Além do Regime Geral, a Previdência Social no Brasil também possui o Regime Próprio (RPPS), onde estão vinculados os funcionários públicos cobertos, tal como a designação destaca, por regime e normas próprios de Previdência; e o Regime de Previdência Complementar (RPC), de caráter privado, cujos benefícios previdenciários são estabelecidos e concedidos por meio de contrato.

¹⁶ Como destacam Ivan Kertzman e Luciano Martinez (2014), “a Previdência Social é a única das três ações protetivas que impõe a contributividade dos cidadãos que nela ingressam. Essa contributividade é obrigatória para os que trabalham, ou seja, trabalhar é evento jurídico suficiente para ativar a filiação automática a um dos Regimes de Previdência Social e para produzir direito às prestações neles previstas” (Kertzman e Martinez, 2014:10). Também é importante especificar que “a Previdência Social brasileira está organizada na lógica da “repartição simples”, que seria “um método de rateio que se baseia na solidariedade intergeracional. Por meio dela uma geração, movida por solidariedade social, assume os riscos de outra, independentemente dos montantes contribuídos” (Kertzman e Martinez, 2014:18).

No que tange à separação entre previdência e assistência operada pela via constitucional, esta é reforçada no ano de 1993, com a aprovação da LOAS. Apesar de sua definição conceitual já estar prevista na lei que dispõe sobre a seguridade, na LOAS há um destaque para o fato de que as políticas de assistência se constituem em um dever do Estado e direito do cidadão, cuja garantia independe de pagamento prévio, como ocorre no seguro previdenciário. Entre os benefícios assistenciais de caráter não contributivo destaca-se o Benefício de Prestação Continuada (BPC), que se constitui em um programa de transferência de renda, tal como o Bolsa Família, porém destinado à idosos (considerados a partir de sessenta e cinco anos ou mais) ou pessoas com deficiências. Em ambos os casos, existe a necessidade de comprovação de baixa renda ou ausência total dela.

No campo da previdência, se instituem os chamados benefícios por incapacidade, tais como o auxílio-doença e a aposentadoria por invalidez¹⁷ (ambos classificados entre previdenciário ou acidentário) e, no campo da assistência social, o BPC, benefícios estes que constituem o cenário de todas as disputas e controvérsias envolvendo a perícia médica atualmente.

A lei 8.213, de 1991, define que:

Art. 59. O auxílio-doença será devido ao segurado que, havendo cumprido, quando for o caso, o período de carência exigido nesta Lei, ficar incapacitado para o seu trabalho ou para a sua atividade habitual por mais de 15 (quinze) dias consecutivos.

Parágrafo único. Não será devido auxílio-doença ao segurado que se filiar ao Regime Geral de Previdência Social já portador da doença ou da lesão invocada como causa para o benefício, salvo quando a incapacidade sobrevier por motivo de progressão ou agravamento dessa doença ou lesão.

Em relação à aposentadoria por invalidez, esta mesma lei especifica que:

Art. 42. A aposentadoria por invalidez, uma vez cumprida, quando for o caso, a carência exigida, será devida ao segurado que, estando ou não em gozo de auxílio-doença, for considerado incapaz e insusceptível de reabilitação para o exercício de atividade que lhe garanta a subsistência, e ser-lhe-á paga enquanto permanecer nesta condição.

§ 1º A concessão de aposentadoria por invalidez dependerá da verificação da condição de incapacidade mediante exame médico-pericial a cargo da Previdência

¹⁷ Juntamente com a aposentadoria por invalidez e do auxílio-doença, outros benefícios estão previstos no RGPS, tais como aposentadoria por idade, aposentadoria por tempo de contribuição, aposentadoria especial, salário-família, salário-maternidade, pensão por morte e auxílio-reclusão, estes dois últimos aos dependentes de segurados.

Social, podendo o segurado, às suas expensas, fazer-se acompanhar de médico de sua confiança (Brasil, 1991).

E, através da LOAS, o benefício assistencial de prestação continuada:

Art. 20. O benefício de prestação continuada é a garantia de um salário-mínimo mensal à pessoa com deficiência e ao idoso com 65 (sessenta e cinco) anos ou mais que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção nem de tê-la provida por sua família.

Embora o BPC não seja um benefício de caráter contributivo vinculado à previdência, em 1998 foi outorgado ao INSS a responsabilidade pela realização de perícia médica para constatação de deficiência. No caso específico deste benefício, e para os casos que envolvem deficiência, deve-se passar por um duplo processo avaliativo: através da perícia médica e através da chamada “perícia social”, uma avaliação realizada por assistentes sociais que busca verificar as condições econômicas dos solicitantes e de suas famílias, e se estes se encaixam nos quesitos de renda estabelecidos na legislação para serem considerados pobres. E, para que uma pessoa receba avaliação favorável neste critério, não basta que ela comprove não possuir os “meios de prover a própria manutenção”. Ela precisa provar, igualmente, que sua família também não os dispõe. Segundo Debora Diniz (et al. 2006), esta sobreposição de critérios, entre a perícia social e a perícia biomédica, acaba deslocando o alvo da proteção para a família do deficiente pobre (Diniz, et al. 2006:10).

Em 2011, a Lei 12.435 e a Lei 12.470 apresentaram modificações na definição de deficiência e sua avaliação, um dos critérios para o recebimento do BPC. Antes desta alteração, uma pessoa era considerada deficiente se apresentasse “incapacidade para o trabalho e para a vida independente”. O Estatuto da Pessoa com Deficiência, aprovado em 2015, também incorporou a nova definição estabelecida pelo BPC:

§ 2º Para efeito de concessão deste benefício, considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

§ 6º A concessão do benefício ficará sujeita à avaliação da deficiência e do grau de impedimento de que trata o § 2º, composta por avaliação médica e avaliação social realizadas por médicos peritos e por assistentes sociais do Instituto Nacional de Seguro Social – INSS.

Assim, tanto na lei que define e normatiza o acesso aos benefícios da Previdência, neste caso os que envolvem cobertura por incapacidade, seja ela temporária ou permanente,

quanto na relativa ao benefício assistencial de prestação continuada, existe a indicação de que a concessão destes ocorrerá somente mediante a comprovação, verificação, e constatação de incapacidade para o trabalho e dos “impedimentos de longo prazo” associados à deficiência, por meio de avaliação médico-pericial a ser realizada pelo INSS.

No entanto, para além da perícia, é preciso se enfatizar que na definição e distribuição dos benefícios da seguridade, e da seleção daqueles que terão direito a eles, outros critérios acabam sendo levados em consideração no processo de avaliação dos pedidos, critérios estes que também podem ser decisivos para a concessão ou indeferimento de determinados benefícios. Neste sentido, é necessário que se preencham todos os quesitos, dos quais a comprovação de incapacidade ou deficiência se constitui em apenas uma das partes. Para liberação do seguro auxílio-doença, por exemplo, o INSS verificará a “qualidade de segurado”, “tempo de contribuição” – mínimo de doze meses –, e do “período de carência”, ou seja, do número mínimo de contribuições anteriormente efetuadas à previdência para solicitação de benefícios, no caso do auxílio-doença, doze contribuições mensais¹⁸. Em relação ao BPC, existe, da mesma forma, a necessidade do enquadramento nos demais critérios de acesso, tais como possuir sessenta e cinco anos ou mais para ser considerado idoso e a comprovação de (baixa) renda – sendo esta considerada um quarto de salário mínimo. Estas exigências normativas refletem uma lógica de governo que acaba por diferenciar pessoas não apenas através da oferta de determinadas políticas de seguridade, mas também através da definição de determinados “critérios de elegibilidade”. Para os que pagam a previdência, seja através de um emprego assalariado ou mesmo de forma voluntária, os critérios estabelecidos estão associados à comprovação do *status* de segurado, ao passo que para aqueles não contribuem os critérios voltam-se à comprovação de necessidades associadas à falta de recursos, próprios ou familiares, para “prover a própria manutenção”.

Neste modo específico de governo, não basta apenas identificar e localizar uma população para conhece-la, mas também desenvolver mecanismos para (re)conhecer (e também selecionar) quem são, de fato, os (in)capazes para o trabalho, ou as pessoas com deficiência consideradas pobres, portanto aptas a receber benefícios do Estado. No caso dos

¹⁸ De acordo com a lei 13.135 de 2015, o de período de carência é desconsiderado nos casos que envolvam: “auxílio-doença e aposentadoria por invalidez nos casos de acidente de qualquer natureza ou causa e de doença profissional ou do trabalho, bem como nos casos de segurado que, após filiar-se ao RGPS, for acometido de alguma das doenças e afecções especificadas em lista elaborada pelos Ministérios da Saúde e da Previdência Social, atualizada a cada 3 (três) anos, de acordo com os critérios de estigma, deformação, mutilação, deficiência ou outro fator que lhe confira especificidade e gravidade que mereçam tratamento particularizado” (Brasil, 2015).

benefícios aqui tratados, é o corpo (incapacitado ou deficiente) que confere acesso a determinados direitos baseados em determinados tipos de cidadania. E aqui a perícia médica adquire um papel fundamental, ao efetuar avaliações sobre corpos específicos e também sobre vidas singulares. Frente a esta nova configuração, também é preciso tratar do que Didier Fassin (2009) considerou, reformulando os conceitos foucaultianos de biopoder e biopolítica, como “biolegitimidade” e “políticas da vida”. Segundo este autor, “talking of biolegitimacy rather than biopower is thus to emphasize the construction of the meaning and values of life instead of the exercise of forces and strategies to control it” (Fassin, 2009:55). Da mesma forma, ao falar de “políticas da vida”, ele destaca que:

what politics does to life – and lives – is not just a question of discourses and technologies, of strategies and tactics. It is also a question of the concrete way in which individuals and groups are treated, under which principles and in the name of which morals, implying which inequalities and misrecognitions (Fassin, 2009:57).

Ao analisarem a perícia médica do INSS para concessão do BPC, Janaína Silva e Débora Diniz (2012) destacaram que “a definição de um corpo com impedimentos como o de uma pessoa com deficiência não é um exercício neutro de classificação dos corpos, mas um julgamento moral que combina ideais de normalidade e produtividade” (Silva e Diniz, 2012:266). Elas destacam, da mesma forma, que “a perícia médica e social interpõe-se como critério de garantia para um direito social previsto na Constituição Federal a fim de proteger necessidades, determinando quais impedimentos caracterizar-se-ão como necessidades” (Silva e Diniz, 2012:265).

Neste processo, não apenas a avaliação da perícia médica enquanto uma prática biomédica está em jogo, mas também a reivindicação de direitos através de determinadas incapacidades ou impedimentos, ou em termos de uma “biolegitimidade”, dos usos políticos do corpo, como propõe Fassin (2003), e também daquilo que Adriana Petryna (2002) designou como “cidadania biológica” em suas análises sobre as políticas estatais compensatórias após o acidente nuclear de Chernobyl, na Ucrânia. Segundo ela, esta forma específica de cidadania é entendida enquanto “a massive demand for, but selective access to, a form of social welfare based on medical, scientific, and legal criteria that both acknowledge biological injury and compensate for it” (Petryna, 2002:5). Tal como nos casos aqui tratados, o reconhecimento de determinada cidadania e o acesso a determinadas políticas de seguridade envolvem diferentes critérios, dos quais a perícia se tornou o fundamental.

A segunda parte deste capítulo atentará para o surgimento da perícia médica enquanto uma prática de controle estatal, sendo esta representativa dos mecanismos específicos de reconhecimento e seleção daqueles que terão direito ou não a determinados benefícios. A necessidade da avaliação pericial como parte dos critérios dá início ao debate moral em torno desta atividade, que passa a ser vista, por um lado, como um meio de indispensável de controle de acesso aos benefícios, através da administração dos recursos (públicos) do sistema de seguridade e, por outro, como um critério que poderia barrar o acesso à direitos, desencadeando conflitos e controvérsias associados a moralidades diversas.

1.5 A emergência dos (médicos) peritos do Estado

A obrigatoriedade da realização de uma avaliação médica (pericial) já se constituía em um critério de acesso a determinados benefícios quando surgiram os debates sobre a criação da carreira de médico perito da previdência, o que veio a ocorrer apenas em 2004 através da lei 10.876, que tornou a perícia uma atividade específica de Estado para o reconhecimento ou não de “incapacidade para o trabalho” e também de deficiência para casos envolvendo pedidos do benefício assistencial BPC. Anteriormente a esta carreira específica existia o cargo de supervisor médico-pericial, criado em 1998 e também vinculado ao INSS. Entre suas atribuições estavam a supervisão, o controle, fiscalização e auditoria das atividades de perícia, estando voltada, portanto, à própria prática de avaliação pericial em si, e não à perícia para reconhecimento ou não de direitos.

Os discursos dos médicos peritos em suas reivindicações pelo reconhecimento da perícia enquanto uma atividade essencial de Estado, destacavam, como estampa uma revista da ANMP em edição comemorativa de dez anos associação, que a perícia médica seria *uma carreira contra filas, fraudes e desperdícios*. Neste sentido, a criação de uma carreira de perícia médica estatal surge como representativa de uma modernização da previdência, uma vez que reduziria as filas nas portas das agências, impediria a ocorrência de fraudes e evitaria o desperdício de recursos públicos, uma vez que sua atuação também poderia evitar a concessão indevida de benefícios.

Tive a oportunidade de conversar com um dos médicos peritos que participaram do processo de negociação e das mobilizações para que a perícia se tornasse, efetivamente, uma

prática de Estado e para que os médicos peritos, enquanto agentes estatais, detivessem o monopólio do exercício desta atividade. Este médico, Eduardo Henrique Almeida, também se tornou um dos primeiros presidentes da Associação Nacional de Médicos Peritos Previdenciários (AMNP). Quanto ao processo para a criação da carreira, ele destacou que:

Sempre houve perícia médica, mas não de uma forma estruturada como nós temos hoje. Então, no final dos anos noventa, houve uma pressão forte pela terceirização da perícia, chegamos a ter muitos peritos terceirizados. Isso trazia muito transtorno, primeiramente porque o médico terceirizado ele atuava com a visão assistencialista, ele não tinha compromisso com a instituição...Nem com a instituição, nem com as regras, nem com nada, ele queria resolver o problema do paciente, que era a vocação do médico assistente, ele não tinha o compromisso com o equilíbrio do Estado, com a justiça, em dar o benefício para quem merece, não para quem precisa. A remuneração era muito baixa, a valorização profissional era mínima, enfim, não funcionava, e a gente entendia que deveria ser um quadro próprio, porque nós tratamos de direitos, direitos do cidadão, e tem que ser o Estado que tem que responder por isso. Então nós fizemos uma campanha, uma discussão com a sociedade, e nisso foi envolvido a universidade, as entidades médicas, o Ministério Público do Trabalho, Ministério Público Federal, basicamente fui eu que comecei essa discussão aqui, pelo Ministério Público de Minas, nessa época, virada de 1999 para 2000. E aí o movimento foi ganhando corpo.¹⁹

Apesar de já existir uma adesão estatal aos critérios médicos para concessão de benefícios, a reivindicação pela criação de uma carreira específica de médico perito e pelo reconhecimento de uma perícia médica de Estado partiu, naquela ocasião, dos próprios médicos. A insuficiência de profissionais no quadro da instituição para a realização de perícias médicas levou a contratação de médicos terceirizados, cujos laudos deveriam ser homologados pelos médicos que atuavam no INSS. No entanto, no ano de 2001, a necessidade desta homologação passou a não ser mais uma exigência, o que teria gerado um “descompromisso” maior dos médicos terceirizados no processo de avaliação e concessão de benefícios, conforme sugere o médico no trecho acima citado.

Com a criação da carreira, a figura do médico perito emerge como um agente do Estado, cujas atribuições passam a ser a de avaliar e emitir pareceres quanto a existência ou não de incapacidade ou deficiência através da produção de laudos periciais, transformados em documentos oficiais. A fala deste médico é bastante significativa em relação à diferença de

¹⁹ Optei por utilizar o recuo e o itálico para destacar entrevistas e momentos de diálogos em campo.

atuação entre o médico terceirizado e a do perito do Estado. Segundo ele, o primeiro não teria compromisso com a instituição INSS, e sim com aqueles que solicitavam benefícios à época – concediam para quem achavam que precisava, e não necessariamente para quem merecia por direito. Seria esta vinculação ao Estado que geraria o compromisso com o parecer considerado justo. E este foi um dos argumentos apresentados para que a perícia médica se tornasse uma prática biomédica de caráter estatal, e não meramente contratual, estabelecida por meio de contratos temporários de trabalho. Apenas o estabelecimento da perícia enquanto uma carreira de Estado poderia, efetivamente, selecionar aqueles que teriam direito ou não aos benefícios pleiteados e, com isto, impedir a concessão desenfreada destes.

Em 2010, o Tribunal de Contas da União (TCU) publicou um relatório expondo os resultados de auditoria realizada pelo órgão buscando possíveis respostas para o aumento de solicitações e a quantidade de auxílios-doenças concedidos e mantidos pelo INSS entre os anos de 2000 e 2007. Segundo dados deste relatório, os gastos com este benefício teriam crescido 412% no período, e as despesas anuais com aposentadoria por invalidez teriam chegado a 223%.

A evolução observada no número de concessões de auxílio-doença (...) não pode ser explicada por nenhum processo natural, visto que a população brasileira não foi submetida a guerras, epidemias ou catástrofes naturais no período. De 2000 a 2006, ano em que o número de concessões foi mais elevado, a quantidade de benefícios concedidos evoluiu 156%, passando de 909.476 para 2.329.669 (Relatório Tribunal de Contas da União – Concessão e Manutenção do auxílio-doença. Brasil, 2010:35).

Diversos fatores foram elencados neste documento para explicar o aumento significativo deste tipo de auxílio, seja em relação à despesa, seja em relação à concessão, fatores estes que não poderiam ser analisados de uma forma isolada, segundo o relatório. Entre eles foram citados o aumento no número de segurados contribuintes na previdência, a “modernização operacional” pela qual esta teria passado no período, “facilitando a comprovação dos direitos e o acesso aos benefícios”; “o maior conhecimento dos direitos por parte dos segurados”; a ocorrência de fraudes; e a própria terceirização da perícia médica e a “dispensa de homologação” destas perícias por parte do INSS.

Dentre os “mecanismos de controle interno” que teriam sido adotados pelo INSS o relatório destaca a criação da carreira de médico perito e o encerramento dos convênios firmados com médicos terceirizados para a realização de perícias. Essa mudança, também de status, operada pela criação da carreira também foi um ponto destacado por um dos médicos peritos que entrevistei: *“O INSS ficou relativamente mais rigoroso, porque com essa perícia*

profissionalizada os parâmetros se tornaram mais fechados, e as pessoas começaram a procurar a justiça, é natural”, ele disse. No entanto, e apesar da conquista desta “perícia profissionalizada”,

Não é fácil ser perito previdenciário, demanda tempo, não é assim tão simples, e existe um equívoco por parte de muita gente que acha que fazer perícia é uma coisa simples, que é copiar um atestado: “ah, é só copiar atestado, qualquer um faz a perícia”, e não é assim tão simples, ainda mais porque tem um aspecto técnico, de conhecer medicina, conhecer leis e tem que ter um preparo para fazer julgamento e julgamento de valor, o que é muito mais difícil.

Em um artigo que trata da perícia médica previdenciária, o médico perito Eduardo Almeida também destacou que:

“o perito médico previdenciário, em particular, lida com pessoas que têm interesse em obter pecúnia do Estado e não ficarão satisfeitas de serem contrariadas. Sob este prisma, uma agência da Previdência Social estaria mais próxima de uma agência bancária do que de um ambulatório médico” (Almeida, 2009).

A analogia entre uma agência da previdência e uma agência bancária é bastante significativa da associação entre a busca por benefícios e o acesso a estes como um meio de renda, recorrente em grande parte das narrativas médicas a respeito da necessidade da perícia como meio de controle do acesso aos recursos públicos, e das justificativas morais em torno dessa prática, como forma de barrar a concessão indevida.

A especificidade (e complexidade) do trabalho pericial também foi sublinhada por Maria da Penha Pereira de Melo (2003, 2014a, 2014b), médica perita do INSS cujos interesses analíticos dirigem-se à a relação médico perito e solicitantes do auxílio-doença. Segundo ela, a perícia médica seria uma “operação técnica que exige perícia em bem fazer a linha de corte, o enquadramento normativo, na junção da racionalidade médica à racionalidade jurídica” (Melo, 2014b:56). Em artigo onde destaca que o *risco moral* seria inerente à atividade médico-pericial da Previdência, ela destaca que as decisões de reconhecimento ou não da incapacidade precisam ser tomadas ante à expectativa de concessão e vulnerabilidade da população solicitante. E, neste sentido, a perícia médica, cuja especialização seria reconhecer a incapacidade, torna-se “moralmente conflitiva”, tendo em vista que neste tipo de avaliação médica não existiria compromisso assistencial com a saúde do paciente. Seria neste deslocamento do fim assistencial da medicina que ocorreria a “operação de inclusão/exclusão realizada pelos peritos na tarefa de controle do acesso aos

benefícios” (Melo, 2014b:56). Neste sentido, ao avaliarem, e também decidirem a respeito da existência (in)capacidade ou “impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial”, os peritos médicos passam a atuar na seleção daqueles que teriam direito de acesso aos benefícios, promovendo uma triagem dos realmente considerados incapazes ou deficientes.

Entre as atribuições do médico perito da Previdência Social destacam-se, além da avaliação inicial para concessão de benefícios administrados pelo INSS, o exame para manutenção destes benefícios em casos de pedido de prorrogação do auxílio-doença; avaliação periódica quanto à permanência da condição de invalidez para os aposentados nesta categoria, ou da deficiência associada à concessão do BPC; encaminhamento para o programa de reabilitação profissional da Previdência, caso considerem necessário, e a realização de perícia técnica no assessoramento às Juntas de Recursos da Previdência Social ou às Procuradorias Federais, nos casos em que há contestação das decisões do INSS na via administrativa ou judicial²⁰.

Nesta operação de “controle do acesso” aos benefícios há que se considerar os demais “filtros” envolvidos no processo de requerimento de benefícios, como o preenchimento de critérios específicos envolvendo “tempo de contribuição”, “período de carência”, comprovação de renda, etc., conforme já destacado. Da mesma forma, para a realização do exame pericial também é necessária a apresentação de documentos médicos, sob a forma de atestados, exames clínicos, receituários, etc., que indiquem o diagnóstico e o tratamento realizado, documentos estes que devem ser probatórios de doenças que serão avaliadas como incapacitantes ou não pelo médico perito. Neste sentido, os critérios de acesso à (determinada)

²⁰ As atribuições do médico perito da Previdência estão definidas no Manual de Perícias Médicas elaborado pelo INSS. São elas: a) realizar exames médico-periciais nos próprios estabelecimentos do INSS, em domicílio ou em hospitais; b) fazer visitas de inspeção no local de trabalho para o reconhecimento do nexo técnico, nos casos de doença profissional e de doenças do trabalho e para fins de concessão de aposentadoria especial; c) requisitar, quando necessário, exames complementares e pareceres especializados; d) preencher o laudo e os campos da conclusão de perícia médica de sua competência; e) preencher e entregar ao segurado a Comunicação de Resultado de Exame Médico (CREM) ou a Comunicação de Resultado de Exame e Requerimento (CRER); f) orientar o segurado, nos casos de inconformismo, para interposição de recurso à JR/CRPS; g) avaliar o potencial laborativo do segurado em gozo de benefício por incapacidade, com vistas ao encaminhamento à readaptação/reabilitação profissional; h) participar de Junta Médica nos casos de exame médico-pericial em fase de recurso; i) zelar pela observância do Código de Ética Médica; j) comunicar a chefia imediata, obrigatoriamente, qualquer irregularidade de que tenha conhecimento; l) manter-se atualizado sobre Normas Técnicas, Atos Normativos e Legislação Previdenciária referentes à concessão de benefícios por incapacidade; m) emitir parecer técnico em juízo quando convocado ou indicado como Assistente Técnico do INSS; n) participar das revisões de auxílio-doença, aposentadoria por invalidez, LOAS; o) analisar o laudo técnico e o formulário emitidos pela empresa, com vistas a concessão do benefício (aposentadoria especial); p) assessorar tecnicamente a área de benefícios sempre que necessário; q) prestar informações quantitativas e qualitativas sobre o andamento dos trabalhos nos Setor de Perícia Médica da APS/UAA à Gerência e à chefia do Serviço/Seção de Gerenciamento de Benefícios por Incapacidade.

cidadania e ao "mundo dos direitos" também estão relacionados ao número de provas documentadas que o "cidadão contribuinte" precisa reunir, seja da contribuição previdenciária, quando autônomo, da carteira de trabalho (assinada) como comprovante do exercício de determinada profissão e, portanto, de contribuição; e, por parte do "cidadão necessitado", de comprovantes de (baixa) renda e atestados médicos indicando determinada deficiência para o recebimento de benefícios assistenciais. Neste caso, a ciência, e os usos que se faz dela, acabaria se constituindo em apenas mais uma prova, dentre tantas outras, no processo de concessão (e recusa) de benefícios assistenciais e previdenciários. Porém, a reivindicação de legitimidade por parte dos médicos peritos como especialistas na verificação da "incapacidade laborativa", sendo a estes, posteriormente, também delegada a responsabilidade pela avaliação médica para concessão do BPC, acabou tornando a perícia médica uma etapa decisiva deste processo, acarretando disputas e controvérsias entre os saberes médicos e jurídicos no que tange ao veredicto final, como se verá ao longo da tese.

1.6 Quando os médicos são peritos (e vice-versa)

A lei que instituiu a carreira de médico perito previdenciário traz uma inversão importante na denominação dos profissionais encarregados de avaliar incapacidade ou deficiência:

Art. 1º Fica criada, nos termos desta Lei, a Carreira de Perícia Médica da Previdência Social, constituída pelos cargos efetivos de Perito Médico da Previdência Social.

Com isto, os médicos, funcionários públicos da previdência, se tornam peritos médicos. Essa inversão (entre médico perito e perito médico) está relacionada à própria definição da atividade, pois, ainda que médicos, eles são primeiramente peritos, profissionais que se valem do conhecimento da Medicina para decidir sobre a existência ou não de um fato decisivo para o reconhecimento de direitos previdenciários e assistenciais. São médicos investidos e reconhecidos como peritos pelo Estado, e que possuem uma especialidade diferenciada em relação aos demais médicos que atuam em hospitais (mesmo públicos, através do SUS) ou consultórios. Neste sentido, o objetivo da perícia não seria uma busca por diagnóstico e tratamento, mas de fornecer respostas objetivas, nos casos aqui tratados, quanto

à existência ou não de incapacidade (temporária ou definitiva) para o trabalho, ou de deficiências (e seus “impedimentos de longo prazo”) para fins de concessão de benefícios da seguridade. Wanderley Codo (2013) destacou que o perito seria um médico e, ao mesmo tempo, um “antimédico”, pois, no momento da avaliação pericial, não buscaria a cura, não se compadeceria do sofrimento de seu paciente, mas atuaria como curador e fiscal. Esta representação do perito como um fiscal (neste caso, do Estado) está associada ao papel que este desempenharia em relação ao controle dos recursos públicos e também sobre as tentativas de fraudes.

Existem muitos manuais de perícia médica disponíveis, elaborados tanto pela própria Previdência Social, quanto por Conselho Federal e Regionais de Medicina que definem o que seja perícia e a competência do perito, seja ele previdenciário ou não. Dentre estes, o “Livro da Perícia Médica” produzido pelo Conselho Regional de Medicina de Goiás (CREMEGO), destaca que a perícia seria

Uma sindicância de natureza médica que visa esclarecer fatos que interessam em um procedimento judicial ou administrativo. A finalidade da perícia é produzir provas, e a prova não é outra coisa senão o elemento demonstrativo do fato. Sua finalidade, portanto, é de contribuir com a revelação da existência ou não existência de um fato contrário ao direito (Apresentação – Perícia Médica, CRM Goiás, 2007).

A associação de médicos peritos previdenciários também produziu manual de perguntas frequentes, onde destaca que: “perito é aquele que utiliza seu conhecimento técnico para responder sobre um fato do qual o demandante não tem conhecimento, sendo este um juiz ou instituição, como o INSS”. Produção de provas da existência de fatos por detentores de conhecimentos específicos são recorrentes nas definições²¹. Sheila Jasanoff (2006) já destacou que no relacionamento entre lei e ciência é preciso reconhecer que esta não adentra as salas de audiência dos tribunais através do reconhecimento de seus fatos puros ou de sua reivindicação de verdade sobre o mundo, mas através da produção de evidências e provas. Nos casos de perícia médica previdenciária, o especialista produzirá a prova como elemento demonstrativos de um fato, tal como nos usos do DNA pela justiça analisados por Jasanoff, sendo esta prova constituída pelo laudo pericial, e o fato pela constatação da existência ou não

²¹ Antropólogos, em processos e disputas judiciais que envolvam demarcação de terras para comunidades indígenas ou quilombolas, também são reconhecidos pelo judiciário como detentores de saberes especializados que viabilizariam o entendimento do juiz sobre determinadas comunidades em relação a seu contexto sociocultural. São vistos como peritos, portanto, que devem elaborar laudos antropológicos (ou periciais, ainda que ambos os termos soem estranhos para uma disciplina como a antropologia). O desafio desta atividade seria o de como elaborar laudos com fins e interesses práticos, muitas vezes com vistas a resolução de conflitos, sem abandonar o rigor conceitual e a vigilância epistemológica próprios da disciplina.

de incapacidade para o trabalho ou deficiência. Da mesma forma, o médico deverá se pronunciar sobre este fato ante a elementos e provas apresentadas pelas próprias pessoas que serão avaliadas, pois segundo consta no Manual de Perícias Médicas da Previdência Social, cabe ao segurado o ônus da prova de sua doença. No entanto, e ainda que as pessoas busquem reunir o maior número possível de documentos atestando suas enfermidades, é o perito médico quem decidirá se esta doença é, de fato, incapacitante ou acarreta os impedimentos dispostos na lei sobre o BPC em relação à pessoa com deficiência.

É importante que se traga aqui a discussão empreendida por Helena Mateus Jerónimo (2006) em relação a diferença de atuação do perito e do cientista. Segundo a autora, a ciência não definiria este tipo específico de atividade, denominada por ela de “peritagem científica”, porque

A natureza das questões que a peritagem científica deve informar e o contexto em que é exercida fazem com que o seu conhecimento tenda a transgredir os limites da ciência (apesar de se basear nela) para poder fornecer o «conhecimento de causa» exigido pelo poder político (...) as opiniões expressas pelos peritos tendem a ultrapassar os parâmetros de objectividade que enquadram a sua actividade porque possuem inevitavelmente enviesamentos subjectivos (em termos de crenças, convicções, ideologias, solidariedades, preconceitos, nacionalismos, etc.). Esta subjectividade revela-se tanto mais porque os peritos são chamados a esclarecer assuntos tecnicamente complexos, mas também de elevada importância sócio-económica, e muitos deles com incidência ética (Jerónimo, 2006:145).

Essa dimensão da “subjectividade” ou “enviesamentos subjectivos” de que fala Jerónimo (2006) no processo de tomada de decisão do perito também é uma questão assinalada quando se trata de perícia médica da previdência, e o elemento de “elevada importância sócioeconômica”, aqui, são os benefícios oriundos de recursos públicos, cuja necessidade do controle seria um aspecto considerável da atividade dos peritos do Estado. Como elemento importante do processo de concessão ou indeferimento de benefícios, a perícia médica realizada por quadro de servidores do INSS seria, tal como apontou o relatório da auditoria realizada pelo TCU, um importante “mecanismo de controle” sobre a concessão indevida de benefícios por incapacidade.

O próprio Manual de Perícias Médicas da Previdência Social apresenta definições precisas sobre a atividade pericial e as exigências associadas a profissão médico perito do INSS:

– Os atos médico-periciais implicam sempre pronunciamento de natureza médico-legal destinado a produzir um efeito na via administrativa do INSS, passível de contestação na via recursal da Previdência Social e na Justiça.

– O servidor da área médico-pericial do quadro permanente do INSS é o profissional com a atribuição de se pronunciar conclusivamente sobre condições de saúde e capacidade laborativa do examinado, para fins de enquadramento em situação legal pertinente. Deve ter sólida formação clínica, amplo domínio da legislação de previdência social, conhecimento de profissiografia, disciplina técnica e administrativa e alguns atributos de personalidade e caráter destacando-se a integridade e independência de atitudes, além da facilidade de comunicação e de relacionamento (Manual de Perícia Médica Previdenciária, 2003).

Conforme destaca o Manual, as conclusões e decisões dos médicos peritos, proferidas através de um laudo oficial (que constituirá a prova final), podem ser contestadas tanto administrativa quanto judicialmente, e de fato o são, como se verá no último capítulo. Da mesma forma, exige-se do perito domínio da legislação previdenciária para fins de enquadramento normativo dos casos atendidos. Pois, como destacou a médica perita Maria da Penha Melo em artigo citado neste capítulo, o ato médico pericial envolve conhecimentos médicos e conhecimentos jurídicos, numa correlação que busca responder quanto a existência ou não de incapacidade ou deficiência para uma agência pública que administra e regula benefícios. O que chama a atenção nesta definição do Manual, no entanto, é a exigência de “alguns atributos de personalidade e de caráter”, como a “integridade e independência de atitudes, facilidade de comunicação e de relacionamento”, atributos estes que evidenciam determinadas moralidades que devem estar associadas a profissão perito médico do INSS.

O próprio laudo pericial, onde deverá constar o “pronunciamento de natureza-médico legal”, apesar de padronizado²², oferece espaço para determinados pronunciamentos (de cunho moral) que podem ir um pouco além do registro da objetividade dos fatos, como será mostrado no terceiro capítulo. Porém, exige-se do médico perito que ele defina, precisa e objetivamente, no momento da avaliação e durante a produção deste documento, a Data de Início da Doença (DID) e Data de Início da Incapacidade (DII). Ao fixar estas datas, o perito indicará se a doença incapacitante seria preexistente ao ingresso na Previdência – o que não garante a concessão do seguro, pois como disse um dos médicos peritos que entrevistei: *“a Previdência é uma seguradora, e não se consegue fazer seguro de carro batido, não é? Tem pessoas que não gostam que se fale nesses termos, porque a previdência ela é contributiva e solidária. Mas não se faz exame de capacidade quando do ingresso, quando a pessoa começa a contribuir. Então, ela se torna segurada achando que aquilo vai garantir para ela o direito ao benefício futuramente, mas se ela tem doença preexistente, não terá direito”*. Da mesma forma, caso sua conclusão seja pelo reconhecimento da incapacidade, o médico perito precisa

²² Essa padronização decorre de um Sistema informatizado denominado Sistema de Administração de Benefícios por Incapacidade (SABI), sendo sua utilização necessária para produção do laudo pericial.

determinar o período de concessão e definir a Data de Cessação do Benefício (DCB), data que considerará como sendo a de possível recuperação da capacidade de trabalho pelo solicitante.

Michelle Lise (et al., 2013) sugere que um dos fatores que podem afetar a autonomia dos peritos do INSS seria exatamente a limitação imposta para a confecção do laudo, uma vez que não haveria espaço para anexação de documentos levados pelas pessoas, além da limitação propriamente de caracteres para o registro de informações consideradas relevantes pelo perito em relação ao caso analisado. Da mesma forma,

Em razão do vínculo empregatício com o INSS, de uma das partes em lide, instaure-se precedente que permite que se possa questionar a isenção do laudo pericial. Abre-se espaço para um possível conflito de interesses quando a instituição que paga os benefícios é a mesma que contrata e estabelece as normas para o trabalho do perito que subsidiará a concessão ou não do benefício (Lise, et al., 2013:70).

No processo que tornou a perícia uma carreira de Estado, a vinculação ao INSS acarretou o estabelecimento de um “compromisso com a instituição”, ao qual se referiu um médico em trecho destacado há algumas páginas atrás. E esta vinculação passou a suscitar questionamentos em relação à “autonomia” da atividade, uma dimensão considerada no que tange ao pronunciamento em relação à concessão ou ao indeferimento de benefícios, uma vez que a instituição que administra e paga estes benefícios é a mesma que paga o salário dos peritos médicos. Uma das possíveis soluções apontadas pelos autores, e que poderia promover a isenção e a autonomia no exercício da perícia médica, seria sua alocação em outro órgão que não estivesse diretamente relacionado à administração dos benefícios da seguridade social, como o INSS.

Após esta discussão sobre o surgimento da perícia enquanto prática biomédica de Estado se poderia afirmar, num primeiro momento, que a exigência da perícia médica esteve relacionada à uma determinada configuração estatal que passou a valorizar as evidências (científicas) na constituição da prova. Uma configuração que aderiu e passou a incorporar nas práticas estatais a própria tecnologia de perícia em si, pautada pela ciência forense e a Medicina Legal, cuja lógica seria a busca dos “fatos e verdades” que auxiliariam no esclarecimento de um determinado crime, por exemplo. No entanto, a reivindicação pelo reconhecimento da perícia médica como uma carreira de Estado partiu dos próprios médicos, conforme já destacado, ainda que a exigência de alguma comprovação e avaliação médica já estivesse prevista anteriormente como requisito de concessão de benefícios cujas alterações no corpo garantiriam o acesso. Com isto, a perícia médica estatal tornou-se um importante mecanismo de controle de acesso aos benefícios, como apontou o relatório do TCU, e os

médicos peritos seus fiscais e vigilantes (ou guardas diante da lei, citando Kafka), que teriam a competência de selecionar e classificar os candidatos que se encaixariam nos quesitos legais (e morais) de concessão. A emergência dos peritos de Estado e a necessidade do exame que tornou os médicos peritos especialistas na avaliação de “incapacidade laborativa” acabou colocando em cena um debate público a respeito desta atividade e expos controvérsias, divergências e conflitos, como os demais capítulos tentarão reconstituir e demonstrar. Neste debate, então, não há negociações, mas disputas relacionadas aos sentidos diversos atribuídos à avaliação pericial promovida pelo Estado (bem como a real necessidade desta), e aos conceitos de incapacidade, doença, deficiência, incluindo o de seguridade e previdência, como se verá na sessão que segue.

1.7 Da previdência à providência

Nesta discussão sobre a avaliação médica realizada pela previdência para fins de concessão de benefícios previdenciários e assistenciais, bem como da distribuição seletiva de direitos e cidadania através das políticas de seguridade (e também da própria perícia), é importante se destacar o debate sobre *welfare state* ou “Estado de bem-estar social” no Brasil. No entanto, ao invés de empreender uma análise teórica a respeito destes conceitos²³, sua aplicabilidade ao contexto brasileiro, e especificidade de nosso sistema de seguridade social, optou-se por trazer, aqui, duas narrativas que apresentam diferentes concepções a respeito dos conceitos de seguridade e previdência, e sobre as representações de um Estado previdente ou provedor. Estas narrativas são oriundas de diferentes atores situados no cenário que envolve o debate sobre a concessão e o indeferimento de benefícios estatais: a de um advogado previdenciário, que presidiu a Comissão Especial de Previdência Social da Ordem dos Advogados do Brasil no Rio Grande do Sul (OAB/RS), e a de uma médica perita do INSS, respectivamente:

“Há pouca compreensão da complexidade que o envolve o sistema de seguridade no Brasil, o INSS ainda atua com um viés securitário, se verifica muito o sinistro, dano e indenização. Mas estamos falando de Previdência Social, nós não estamos lidando com o sinistro, e sim

²³ Quanto a isso ver: Draibe, Sônia Miriam (1993,1998).

com o risco social. A diferença entre sinistro, que autoriza o pagamento da indenização securitária e risco social é uma só: é a vinculação com a dignidade humana, que não tem no seguro, pelo menos não de uma forma direta. Aqui tem uma relação direta com a dignidade humana, então ela não pode ter um caráter securitário. O ranço pré-constituição de 1988 ainda está aí, principalmente em períodos de crise econômica, de retração dos direitos sociais. Eu até posso concordar que tenha muitos pedidos de auxílio-doença, mas eu não posso concordar que a solução para o problema seja reduzir ou complicar os critérios de concessão”.

A narrativa e o relato de uma médica perita do INSS, por outro lado, oferece um contraponto. Para ela, seria importante se atentar para a previdência, no sentido estrito do termo, de valorizar a prevenção:

“Eu fiz uma perícia num homem de cinquenta e seis anos, que tinha contribuições regulares, vinte e oito anos de contribuição regulares como autônomo. Quando ele chegou na minha frente eu percebi que ele estava visivelmente debilitado, e ele me disse que nunca tinha trabalhado, que morava com a mãe, mas que iria trabalhar quando se formasse. Eu vou te resumir, porque a perícia foi longa: era um rapaz que entre vinte e três e vinte quatro anos cursava engenharia na UFRGS, e no último semestre da faculdade ele começou a primeiro a não voltar pra casa, e ele sempre voltava, depois ele começou a ser levado pelos amigos, que encontravam ele em praças, pela rua e não estava indo mais na faculdade, até que passaram três meses e ele não saiu mais do quarto nem pra fazer as necessidades. Então os pais o internaram, ele ficou três meses internado no hospital de clínicas e foi feito um diagnóstico de esquizofrenia, o primeiro diagnóstico de esquizofrenia é esta confusão, e é bem assim no início da idade adulta. Essa confusão, esse perder-se no mundo. Quando a família se convenceu de que ele não poderia trabalhar ele foi inscrito como contribuinte individual, com uma base salarial de mil e oitocentos reais. Um contribuinte de vinte e sete anos de contribuição, extremamente comprometido, nunca trabalhou. E eu perguntei para a mãe dele: mas por que a senhora veio procurar a perícia agora? E ela me disse: “porque meu marido morreu (ela teve que fechar um negócio que eles tinham, ela já com oitenta anos) e eu tive que fechar, eu não tenho mais condições, a minha aposentadoria é de tantos reais, e eu só vim pedir o benefício para ele porque ele tem Unimed (plano de saúde privado), e quando ele completou cinquenta e cinco anos a Unimed dobrou”. Então o que eu, como perita, fiz nessa situação? eu encaminhei aposentadoria e ele foi aposentado por invalidez. Um contribuinte exemplar, com contribuição regular. Esse caso, para mim mim, foi muito emblemático, porque isto é previdência, foram dois pais extremamente preocupados com o futuro do filho, e isso, para mim, é previdência, é tu pensares no futuro. E eu acho que a sociedade brasileira peca em não ser previdente, eu

seguidamente pego pessoas de cinquenta e cinco anos que falam: “eu nunca imaginei que isso fosse acontecer comigo”, mas como não imaginou? Todo mundo vai ficar velho, vai adoecer. Então a fala daqueles segurados que não tem contribuição é a fala do “eu nunca imaginei”, é uma irresponsabilidade com o seu próprio futuro e da sua família. E esse caso para mim é exemplar. E ele foi aposentado na primeira perícia. Ele adquiriu a qualidade de segurado em 1982. Esse é um caso de uma família previdente, uma família modelo de previdência. Porque previdência é a possibilidade de fazer um pecúlio, uma economia para quando tu precisas, seja para aposentadoria, seja por doença. Tu tens que ter um sistema de proteção se tu precisares. O Estado brasileiro se organizou para ter uma previdência social, e nós temos que contribuir de forma regular e utilizá-la quando a gente precisar”.

Estas duas falas, além de apresentarem concepções divergentes a respeito do que seria seguridade, de um modo geral, e previdência, em particular, também evidenciam moralidades e valores associados ao que deveria pautar a busca por benefícios como auxílio-doença e aposentadoria por invalidez, no caso exposto pela médica. Enquanto para o advogado previdenciário as percepções de “seguro” e de “risco social” estariam (ou deveriam estar) associadas à “dignidade da pessoa humana”, para a médica perita é a questão do “ser previdente” em relação ao “risco” ou sobre o planejamento e a necessidade futura deste “seguro” que deveriam pautar a busca pela previdência. O “viés securitário” em que atuaria o INSS, como pontua o advogado, não levaria em consideração a dimensão social da procura por auxílio-doença, cuja solução para a crescente demanda não deveria recair sobre os critérios de concessão. O relato da médica, por outro lado, destaca o exemplo de uma “família previdente” em uma sociedade que “pecaria pela não previdência” ou pela ausência de uma preocupação com o futuro e as situações consideradas imprevistas. Para esta médica, a lógica do seguro é que deveria ser promovida por um Estado previdente (e não provedor), pois o “Estado se organizou para ter uma previdência social”, que deve ser “usada” apenas nos momentos de necessidade, no caso narrado por ela, de incapacidade para o trabalho. Esta é uma narrativa igualmente emblemática da valorização da figura do “cidadão contribuinte”, daquele que paga para obter benefícios – “ele era um contribuinte exemplar”, disse a médica, cujos pais, sabendo da importância da previdência, efetuaram o pagamento regular do seguro e o utilizaram apenas quando efetivamente precisaram dele, sendo uma das motivações o aumento na mensalidade do plano de saúde. E o caso narrado é um caso bastante peculiar frente a tantos outros que conheci em campo, pois esta “família modelo de previdência” de que fala a médica é uma família pertencente às classes mais abastadas, cujo diagnóstico de

esquizofrenia do filho universitário levou o casal de empresários a pagar a previdência social, e não a privada, como forma de “garantir seu futuro”. Da mesma forma, se evidencia um contraste entre um contribuinte considerado exemplar e aquele que não tem contribuição – um (de família) previdente e outro sem preocupação com o futuro. Este caso também sugere que determinadas moralidades de classe podem atravessar determinados discursos sobre a previdência, bem como determinadas decisões a respeito de (in)capacidade e (in)validez, por exemplo, seguindo o caso exposto pela médica.

Estas duas narrativas também são representativas da divisão estabelecida entre o campo jurídico e o campo médico (pericial) em relação à posicionamentos sobre a distribuição seletiva e desigual dos direitos oriundos da seguridade, e do próprio papel dos médicos peritos neste processo, a quem compete realizar a triagem, ou selecionar aqueles que têm direitos a determinados benefícios e quais não têm, como se verá ao longo da tese.

Quanto a esta seleção, é importante trazer alguns dados referentes à perícias médicas efetuadas em determinados períodos, no caso aqui destacado, as realizadas nos anos de 2010 e 2014. Conforme dados do Anuário Estatístico da Previdência Social, elaborado pelo Ministério da Previdência Social (MPS) e pela Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social (DATAPREV), em 2014 foram realizadas cerca de 7,5 milhões de perícias médicas no país, das quais 71,6% tiveram uma conclusão favorável, ou seja, o parecer do médico perito reconheceu o direito ao benefício. Do total das avaliações, 85,5% foram relativas ao auxílio-doença. Em 2010, por exemplo, 7,05 milhões de perícias foram realizadas, sendo 83,7% relativas ao auxílio-doença. Dentre as avaliações periciais realizadas, 70,5% tiveram conclusão favorável. Os dados referentes ao período, entre 2010 e 2014 não apresentaram alterações significativas, e o percentual de concessões se manteve alto.

Apesar de a perícia ter sido considerada um importante “mecanismo de controle” de acesso à benefícios, como ressaltou o relatório do Tribunal de Contas, os dados sugerem que parece não existir uma tendência ao indeferimento de solicitações de benefícios por parte dos médicos, tendo em vista que mais da metade dos pareceres médico-periciais emitidos nos anos de 2010 e de 2014, através de laudos periciais, tiveram conclusões favoráveis, sobretudo ao reconhecimento da incapacidade, uma vez que parte significativa das avaliações realizadas estavam associadas ao auxílio-doença. Com isto, surge o questionamento: se mais da metade dos benefícios solicitados são concedidos pelo critério de perícia médica, por que existem conflitos em torno da perícia?

No entanto, quando a atenção se volta aos dados sobre o indeferimento do auxílio-doença (cujo número de concessões é expressivo, segundo aponta o Anuário Estatístico) relacionado a determinadas categorias de segurados, o cenário se modifica. Uma nota técnica elaborada pelo Ministério da Previdência buscou identificar os motivos de indeferimento deste benefício para o segurado em situação de desemprego, ou seja, daquele que trabalhou com carteira assinada²⁴ por um determinado período, mas que deixou de contribuir à previdência por conta do desemprego. Esta situação ocorre porque a legislação previdenciária prevê a manutenção da qualidade de segurado mesmo após o encerramento da contribuição, e essa condição é mantida por um determinado período, denominado “período de graça”.

Os dados relativos ao período de 2009 a 2014 indicam que 60% dos indeferimentos de auxílio-doença aos segurados desempregados tiveram como motivo o parecer contrário da perícia médica. Destes indeferimentos, apenas 7% estavam relacionados à perda da qualidade de segurado. Isto significa que mais da metade das negativas de concessão aos segurados desempregados no período destacado estavam relacionadas ao não reconhecimento da incapacidade por parte do médico perito. Quando os dados se dirigem ao peso dos benefícios concedidos e indeferidos, as negativas de concessão representam uma média de 86% do total das solicitações, ao passo que as concessões representam apenas 14%. Se comparados estes mesmos dados com os dos segurados empregados, o peso de benefícios negados no período representou 0,02%.

Essa valorização da contribuição e do emprego assalariado, que produz um “cidadão contributivo” (e economicamente ativo), também permeia a avaliação pericial, que se torna uma avaliação moral sobre quem tem direito ao auxílio-doença, cujo acesso estaria associado à manutenção do vínculo empregatício e da continuidade do pagamento do seguro previdenciário. Da mesma forma, o caráter não contributivo do BPC também se tornou parte dos debates morais sobre a importância da adesão à previdência, que seria desestimulada pela possibilidade de acesso a este benefício, considerado o programa assistencial mais caro do Brasil (Nery, 2014). E esta seleção e distribuição de determinados direitos sociais entre aqueles que contribuem e entre aqueles que não contribuem, ou entre aqueles que podem pagar a previdência e aqueles que não podem, permeia a trajetória de desenvolvimento das políticas de seguridade social no Brasil, como este capítulo procurou mostrar, também com destaque para o papel que a perícia médica adquiriu nesse processo.

²⁴ Não foram consideradas, nesta nota técnica, outras formas de filiação ao RGPS, como o contribuinte facultativo, individual, etc.

Mas, diante dos dados que destacam que mais da metade dos benefícios são concedidos, a questão que surge é a de por que existem conflitos e disputas em torno da perícia médica. No entanto, o foco também deve ser dirigido para o que está em jogo por trás daqueles que não são, como no caso dos desempregados, onde a valorização da contribuição e seleção do “cidadão contribuinte” se torna apenas uma parte do conflito, como se verá a partir do próximo capítulo.

2. Uma tecnologia (de governo) e suas múltiplas controvérsias

Em abril de 2011 o jornal Gazeta online publicou uma reportagem intitulada *O drama da perícia médica*. O texto inicia descrevendo a seguinte situação: um trabalhador paga mensalmente o INSS imaginando que será “assistido pelo governo” no momento em que se encontrar impossibilitado trabalhar. No entanto, esta expectativa se torna frustrada ante a necessidade de enfrentar “o verdadeiro calvário chamado perícia médica” nos momentos de “maior sofrimento”. O percurso (ou o calvário) iniciaria com a solicitação ao INSS, seguiria, em muitos casos, com a negação da concessão de benefícios após a avaliação pericial, e seria finalizado no judiciário, na tentativa de reverter a decisão do médico perito. A reportagem cita dois casos de trabalhadores que tiveram seus pedidos de prorrogação do auxílio-doença negados, o de um motorista e o de um trabalhador portuário. Segundo a matéria, ambos teriam sido diagnosticados como portadores de *lesões graves* na coluna que os impediriam de exercer suas profissões e, igualmente, ambos teriam recebido avaliações de aptos para o trabalho em seus laudos periciais.

Em março de 2013 um canal televisivo também exibiu uma reportagem sobre as reclamações de trabalhadores no que tange, sobretudo, a negação dos chamados benefícios por incapacidade, que incluem aposentadoria por invalidez, auxílio-doença, auxílio acidente e outros que necessitem de um exame pericial para concessão. Nesta foi entrevistada uma senhora, cabeleireira autônoma, que alegava ter perdido a visão de um dos olhos, ser portadora de pressão arterial intracraniana e diabetes. Ela protestava contra as recusas de suas solicitações de aposentadoria por invalidez, tendo passado, no período de um ano, por três perícias médicas. Nas três tentativas teve o pedido negado mesmo após, segundo ela, ter apresentado diversos exames e laudos que comprovariam suas doenças e, portanto, sua incapacidade para o trabalho. Quando interpelados sobre estes casos, o chefe de saúde do trabalhador da Previdência Social em Vitória, Espírito Santo, onde a primeira reportagem foi realizada, e a superintendente do INSS de São Paulo, entrevistada na segunda, responderam que o auxílio-doença é concedido nos casos onde se constata incapacidade temporária para o

trabalho, e não é destinado para outros onde se comprova doença, que pode não ser incapacitante.

Ainda na primeira primeira reportagem há um destaque para o fato de que o Ministério Público Federal (MPF) do Espírito Santo teria sido responsável por uma Ação Civil Pública (ACP) contra o INSS, garantindo na justiça a concessão ou prorrogação automática de benefícios caso a demora para agendamento da perícia ultrapassasse trinta dias. Em resposta ao “caos da perícia” em todo o país, o presidente do INSS à época destacou que o Instituto estudava a concessão do auxílio-doença sem a necessidade da avaliação pericial, valendo-se apenas da apresentação de atestados médicos. Esta declaração teria preocupado os peritos, tendo em vista que a perícia seria um meio de “evitar fraudes”, e que o governo teria que “assumir os riscos”.

Também em 2013 um programa televisivo teve como uma de suas pautas o INSS. Desta vez, a reportagem destacou um “esquema de fraude” descoberto pela Polícia Federal que consistia na facilitação da concessão de auxílio-doença no qual estavam envolvidos funcionários da Previdência Social. Novamente dois casos foram apresentados: o de um jogador de futebol profissional que recebia auxílio-doença por (supostamente) possuir uma lesão degenerativa no joelho, e o de uma mulher paraplégica que tentava a prorrogação do auxílio junto ao INSS, benefício este que recebeu por cinco anos após uma cirurgia na coluna ter lhe retirado o movimento das pernas. A Polícia Federal tinha como uma das provas da fraude, além de escutas telefônicas que destacavam o envolvimento de um médico perito, imagens em que o jogador de futebol, beneficiário do auxílio, aparecia jogando em um torneio de futsal, o que comprovaria a não existência da lesão. Para a reportagem, o segundo caso seria representativo das dificuldades enfrentadas por segurados que *honestamente buscam receber o benefício*. Em uma cadeira de rodas, a mulher relatou à repórter que se sentiu humilhada em sua última avaliação, pois o médico perito teria solicitado que ela levantasse e tentasse caminhar.

Estas reportagens não são as únicas a tratar, muitas vezes de forma denunciatória, da perícia médica do INSS²⁵. Neste sentido, quando se trata de Previdência Social e, sobretudo,

²⁵ Durante a escrita desta tese outras reportagens foram produzidas a respeito da perícia médica. Dentre estas, duas oriundas de um mesmo canal televisivo buscavam, da mesma forma, retratar as dificuldades enfrentadas por pessoas que possuíam diagnósticos de doenças consideradas graves, como câncer de mama, na busca por benefícios junto ao INSS, bem como o tratamento que seria dispensado pelos médicos peritos no momento da avaliação pericial. Uma delas destacou, inclusive, a atuação da Defensoria Pública da União (DPU) nas tentativas de reverter as decisões do INSS em relação à capacidade para o trabalho de pessoas com diagnóstico de câncer de mama. Outra apresentou gravações efetuadas por um homem que disse ter se sentido humilhado

de perícia médica, há que se destacar o papel desempenhado pela mídia na apresentação destes *dramas* e disputas. Para além das discussões que destacam o accountability e a responsabilidade desta na fiscalização das agências públicas, o enfoque, aqui, segue na direção de Akhil Gupta (1995) quando este enfatiza a participação da mídia na construção discursiva do Estado. Em suas análises sobre a corrupção na Índia, ele destacou que representações do Estado são constituídas, contestadas e transformadas na cultura pública. Neste sentido, ao reforçar em alguma medida o imaginário popular sobre a perícia médica do INSS, estas reportagens acabam retratando um cenário onde o Estado se revelaria através da insensibilidade de seus agentes, que negariam benefícios aos cidadãos no momento em que precisassem destes. Não por acaso há um forte apelo ao sofrimento, angústia e ao infortúnio daqueles que necessitaram passar pela avaliação pericial e tiveram o benefício negado. Durante o trabalho de campo, escutei muitos relatos que faziam referência à estas reportagens, como embasamento para esta insensibilidade estatal, que seria revelada através dos médicos peritos.

No entanto, as reportagens que abrem este capítulo constituem-se em um ponto de partida para o que será abordado não apenas aqui, mas no conjunto da tese, pois elas ilustram os embates morais e as disputas envolvendo perícia médica e sobre a necessidade da avaliação pericial para concessão de benefícios previdenciários, onde estão inseridos diferentes agentes e agências, em termos de instituição e também de ação. Elas são representativas, portanto, das diversas controvérsias associadas a esta tecnologia de governo²⁶.

Porém, como destacou Akhil Gupta (1995), não apenas a mídia, mas também as interações cotidianas entre os cidadãos e a burocracia estatal e outras organizações constituem-se no caminho para se dar forma ao que poderia ser visto como uma abstração – O Estado. Neste sentido, o enfoque não será restrito, tão somente, ao tratamento das moralidades

durante a perícia. Estas imagens, segundo a reportagem, demonstrariam o quanto os médicos peritos não realizariam a avaliação física para embasar suas decisões, tampouco analisariam os documentos médicos apresentados pelas pessoas. No entanto, não apenas reportagens, mas também diversos artigos que circulam pela internet têm a perícia médica do INSS como foco de suas análises, tal como um cujo título refere-se à avaliação pericial não como um drama que seria vivenciado (e enfrentado) pelas pessoas, mas como um “campo de concentração” que promoveria uma “via sacra de humilhações”. Quanto a este artigo específico, ver: Camargo, Guilherme Franco de. *Perícia médica: o campo de concentração brasileiro*. Disponível em: http://www.francoedcamargo.com.br/Art_pericia_do_inss_campo_de_concentracao_brasileiro.html. Acessado em julho de 2015.

²⁶ Entende-se por tecnologia de governo o que Claudia Fonseca e Helena Machado (2015) destacaram como sendo “as formas de intervenção orquestradas através de um agregado de forças (legais, profissionais, administrativas e orçamentárias), técnicas de implementação (capacitação, execução e avaliação) e conhecimentos autorizados cunhados para regular as decisões e práticas de indivíduos, grupos e organizações conforme determinados critérios” (Fonseca e Machado, 2015:13).

e controvérsias em torno da perícia médica previdenciária. Pois, não apenas a definição de (in)capacidade e deficiência (e o seu julgamento), ou questões de fraude e suspeita, estão inseridos nestes embates (e debates), mas também concepções sobre direito(s), cidadania, bem como o papel do Estado ao gestar e gerir as políticas de seguridade social, valendo-se da expressão de Antônio Carlos de Souza Lima (2002) em sua proposta de uma antropologia da administração pública no Brasil. Com isto, torna-se importante focar a análise nas pessoas que participam destes processos, construindo e representando, formando e imaginando o Estado em suas narrativas e em seus encontros com a burocracia. Este é o tema das páginas que seguem.

2.1 Doença, (in)capacidade e (in)validez: do convencimento ao julgamento

Uma das questões que merece destaque nos embates envolvendo a perícia médica previdenciária é a definição do que se considera (in)capacidade e doença, sugerindo a existência de perspectivas incompatíveis entre o que representa uma ou outra para os que solicitam benefícios junto ao INSS e para os médicos peritos. Os médicos alegam que as pessoas confundem doença com incapacidade e que o fato de uma pessoa estar doente não significa que ela esteja incapacitada para o trabalho. As pessoas relatam que os médicos não estão levando em consideração, para além da avaliação física, os atestados e exames que elas levam no momento da perícia e concluem que elas não apresentam incapacidade. Tem-se, então, de um lado, tentativas de compor a prova da incapacidade ou da deficiência (através da reunião de documentos médicos, que promoveriam o convencimento da necessidade do benefício) e, de outro, o julgamento dos casos considerados válidos ou não pelos médicos peritos, que produzem efetivamente a prova final, através do laudo médico pericial.

Segundo consta no Manual de Perícia Médica Previdenciária, produzido pela Previdência Social, incapacidade seria definida como “a impossibilidade de desempenho das funções de atividade específica ou ocupação, em consequência de alterações morfofisiológicas provocadas por doença ou acidente, podendo ser temporária ou de duração indefinida. O conceito de invalidez, por outro lado, foi conceituado como “incapacidade laborativa total insuscetível de recuperação ou reabilitação profissional, que corresponde à incapacidade geral de ganho, em consequência de doença ou acidente”.

A fala de um médico perito do INSS, extraída da reportagem realizada pelo jornal Gazeta online, é significativa no que tange à diferença operada entre incapacidade e doença. Quando perguntado sobre como o perito verifica se uma pessoa tem direito ao auxílio-doença e por que muitos benefícios são negados, o médico respondeu que:

Apesar de ser chamado assim, o auxílio-doença é um benefício por incapacidade não por doença. Nem sempre que uma pessoa está doente significa que ela está incapacitada. Cabe ao trabalhador provar a falta de condições de trabalhar, apresentado exames, laudos, receitas de medicação. Mesmo assim, o perito vai verificar se a pessoa tem direito ou não. Quando o benefício é indeferido, a pessoa pode fazer uma nova perícia com outro médico. Algumas pessoas também tem o benefício negado porque não tem as contribuições necessárias para o afastamento. Pedidos de prorrogação também são indeferidos no caso de pessoas que não procuraram tratamento médico. Quem depende do SUS deve apresentar os protocolos de atendimento, provando que está a espera de uma vaga para fazer um exame ou consulta médica. (In: Gazeta Online – *O Drama da Perícia Médica*, 2011. Grifos meus)

A necessidade da prova, da comprovação da “*falta de condições* (físicas, emocionais) *para o trabalho*” está explícita aqui. Mas, ainda que elas sejam apresentadas, é o perito quem vai “*verificar se realmente a pessoa tem direito ou não*”. O médico perito, como profissional legítimo e autorizado, verificará as evidências, e também indícios, de que realmente aquela pessoa está incapacitada de exercer sua atividade de trabalho. Os peritos alegam que, embora doente e em tratamento, o trabalhador pode continuar exercendo suas atividades habituais, pois estar doente não basta para que o direito ao benefício seja reconhecido, tendo em vista que a lei prevê a concessão pela incapacidade e não pela doença. Os médicos afirmam, também, que o fato de uma pessoa estar incapacitada para uma determinada atividade não significa que ela não esteja capacitada para outras, tal como me explicou uma médica perita durante entrevista:

A incapacidade é quando a tua doença pode provocar tantos sintomas que te impedem de fazer de forma adequada e sem sofrimento a tua atividade. Ou, quando a tua atividade vai agravar obrigatoriamente a tua doença. Por exemplo: um funcionário que trabalha numa fábrica de produção de baterias, essa fábrica não tem proteção e ele é contaminado por chumbo. Mas, quando ele sair daquele ambiente, os níveis de chumbo vão reduzir e ele vai ficar bem, ele vai ficar apto ao trabalho, com exceção daquele trabalho. A incapacidade eu defino assim: é a condição da doença que me impede de exercer de forma adequada e sem sofrimento o meu trabalho, alguém que fez uma cirurgia e que está com pontos, alguém que está com gesso, eu não posso exercer sem sofrimento e sem causar piora. Ou, quando a doença existente ela é agravada pela atividade.

Interessante na fala desta médica é que ela agrega em sua definição de incapacidade a dimensão do sofrimento, indo um pouco além do que consta no manual de perícia. Para ela, a impossibilidade do exercício de determinadas funções ou atividades está associada ao sofrimento que este exercício pode causar por conta de doenças específicas. Este se torna, então, um elemento que pode ser considerado e avaliado durante a perícia: a capacidade que uma determinada doença pode ter de provocar sofrimento e, com isto, gerar incapacidade para o trabalho. No entanto, a avaliação desse sofrimento é baseada em critérios biomédicos, estando restrita ao exercício de determinada atividade, não sendo levadas em consideração as repercussões que esse sofrimento pode ter vida da pessoa para além do trabalho.

Da mesma forma, nos pedidos de benefício assistencial de prestação continuada para pessoas com deficiência, os médicos precisam avaliar (e decidir sobre) os “impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial” (Brasil, 2011) que, juntamente com a chamada “perícia social”, implicarão em pareceres favoráveis ou não à concessão deste tipo de benefício. Segundo Debora Diniz (2009b), a perícia médica legitimaria a distribuição do BPC, funcionando como um discurso objetivo sobre a deficiência.

Durante o trabalho de campo em uma das agências da Previdência Social em Porto Alegre escutei o relato de uma senhora que expõe, ao limite, essa diferenciação entre incapacidade e doença que pode ser levada a cabo pelos peritos. Exponho este relato através de um excerto do diário de campo abaixo.

São 12h30min e não há muitas pessoas na sala de espera para realização de perícias. O monitor segue anunciando senhas. Os poucos que ali ainda permanecem reclamam que o painel eletrônico não está seguindo a ordem, na composição de letras e números que formam uma senha. Duas senhoras conversam na fileira de cadeiras em frente a minha. Uma delas, em tom de indignação, diz: mas eles tinham que ter aposentado a senhora! Isso não é mais caso de auxílio-doença, olha o seu estado. É muito desrespeito! A senhora precisa procurar um advogado, aí rapidinho eles resolvem. Me passa seu telefone que eu vou ajudar. O monitor eletrônico de senhas avisa a próxima chamada. Uma das senhoras levanta e se despede, prometendo entrar em contato. A que permanece deseja sorte. Aproveito este momento e digo que não pude deixar de escutar a conversa com a senhora que tinha se retirado da sala. Então me apresento e falo

da pesquisa. Após um breve suspiro ela diz: olha, minha filha, eu não sei como eu estou aqui ainda. É a terceira perícia que eu faço. A última foi há dois anos atrás. Ela conversa comigo olhando para a carteira de identidade e um carnê marrom com os comprovantes de contribuição na Previdência, que ela segura em uma das mãos. Eu tenho um monte de problemas, tenho problema de coluna, artrite, artrose, bico de papagaio, labirintite e diabetes. Ela percebe meu espanto e diz: pois é, eu não consigo mais trabalhar... Pergunto qual é sua profissão: eu sou costureira, contribuo há anos com a Previdência como autônoma. Mas por que a senhora demorou tanto para agendar nova perícia? Eu pergunto, ao que ela diz: Sabe, minha filha, eu já desisti. Na última perícia, quando eu achei que tinha conseguido, o médico pegou, olhou meus exames, olhou tudo, e perguntou: a senhora é costureira? Eu disse pra ele que sim, mas que não poderia mais trabalhar muito tempo sentada. Dá só uma olhada nisso aqui. Ela levanta o cabelo e mostra uma lesão na nuca, um calombo, precisamente. Viu só? Sabe o que o médico disse? "Pois então a senhora procure um emprego onde a senhora possa trabalhar de pé". Imagina que ele disse isso pra mim? Eu trabalho com peças de roupa, sabe, tenho encomendas para entregar. Como eu preciso, eu trabalho com dor, tomo medicação forte, corticóide, a dor passa na hora, mas depois volta com tudo. Como eu vou esperar? Ela então sobe a calça até a altura do joelho esquerdo, que apresenta diversos ferimentos e hematomas. Neste momento, ela levanta da cadeira e também parte da blusa. Também há diversos hematomas no abdômen e nas costas. Eu coloco uma das mãos na boca, espantada com todas aquelas lesões. Pergunto como surgiram, ao que ela diz: é da labirintite, eu caio e não vejo mais nada. Imagina, eu contribuo todos esses anos como autônoma. Quando eu achei que tinha dado tudo certo na última vez, chegou uma carta lá em casa dizendo que tava apta para trabalhar. Eu trouxe todos os exames, e eu não posso fazer exame de raio-x sempre porque pode dar câncer, porque a gente fica exposta à...me fugiu a palavra. Radiação? (Eu tento complementar). Isso. Neste momento o monitor indica nova senha. Ela levanta com certa dificuldade e pede para eu lhe desejar sorte. Nos despedimos e eu a observo seguir até a sala do exame pericial juntamente com seus documentos, e uma enorme chapa de raio-x nas mãos...

Esta narrativa torna-se, igualmente, emblemática de toda a controvérsia envolvendo médicos peritos e usuários da Previdência Social. Ela não apenas destaca as divergências em torno da definição do que pode ser considerado e avaliado como incapacidade, doença, entre outras categorias, mas também a importância que a documentação médica acaba adquirindo para as pessoas como meio de prova, neste caso, sob a forma de exames de raio-x e atestados que acabaram não sendo validados pelo perito em sua análise e julgamento. Esta avaliação (moral) e decisão final do médico perito parece ir de encontro à expectativa das pessoas de que, para além da comprovação da incapacidade pela via dos documentos médicos, o corpo lesionado, por si só, deveria possuir legitimidade para reivindicação e acesso à direitos.

Neste caso não se trataria apenas de uma *biolegitimidade*, termo proposto por Didier Fassin (2003) no qual o corpo serviria como recurso para reivindicação de direitos a título de enfermidade ou sofrimento. Fassin vale-se deste conceito ao analisar as políticas de benefícios para imigrantes e desempregados na França, no qual uma das exigências do Estado para concessão seria a exposição do corpo e a narrativa do sofrimento. Na realização da perícia médica, a apresentação do corpo propriamente dito, e a reunião de documentos considerados relevantes são recursos utilizados no encontro com agentes do Estado, e que garantiriam a legitimidade e a elegibilidade deste corpo para o recebimento de benefícios. No entanto, estes recursos (e discursos) podem ser ambivalentes, pois o mesmo “exame de raio-x” que ajuda a compor a prova também pode “causar câncer”. Ou seja, existe a crença de que a mesma ciência ou a mesma tecnologia que auxilia com a produção de evidências também pode expor o corpo ao risco. No entanto, e apesar de se encaixar nos demais quesitos legais exigidos pelo INSS anteriores a perícia (como “pagar há anos a Previdência como autônoma”), apesar das lesões, apesar das queixas, apesar dos documentos, o desfecho deste caso demonstra que não foi possível o convencimento a respeito da doença supostamente incapacitante, pois o médico avaliou (ou julgou) que não seria este o caso, ou considerou não existir “elementos suficientes para concluir pela incapacidade” (como enfatizavam alguns laudos médicos periciais que li durante o trabalho de campo) associada à atividade de costureira desta senhora.

Na defensoria, os relatos das pessoas a respeito de seus casos, casos estes que “não deram certo” na via administrativa, enfatizavam, de forma recorrente, que documentos pareciam ser insuficientes ou mesmo desconsiderados na avaliação do perito, sugerindo, portanto, que o processo que vai do convencimento (através da reunião de documentos) ao julgamento parece operar em uma lógica da insuficiência ou da falta de elementos que possam levar à conclusão, por parte dos médicos peritos, pela incapacidade ou aos impedimentos

associados à deficiência. E essa insuficiência seria potencializada caso a doença não fosse palpável ou visível, como disse-me um senhor certa vez durante atendimento na defensoria: *“eles (os médicos peritos) só dão (o benefício) se a pessoa estiver morrendo na frente deles, e ainda assim. Eu já vi gente em estado terminal não ganhar.”* Em muitos outros casos que acompanhei, e que aparecerão no decorrer da tese, as pessoas enfatizavam essa dimensão do visível, no caso de lesões ou expressões da doença no corpo, como algo que poderia ser determinante para a concessão ou indeferimento de benefícios no momento da perícia, muito embora, para elas, os documentos médicos pudessem comprovar o que, aparentemente, o médico perito poderia não enxergar ou constatar.

Na sala de espera da perícia, a avaliação moral dos casos fazia com que as pessoas se referissem à avaliação pericial como um exame, no sentido estrito do termo, de se submeter a uma prova, na qual elas podem ser aprovadas ou não. Durante o trabalho de campo em uma das agências da Previdência Social escutei muitos comentários como: *“passei na perícia, não passei na segunda perícia”*, inclusive as pessoas desejam sorte umas às outras quando o monitor de senhas anuncia o próximo, tal como a senhora do caso relatado no diário de campo pediu para que fizesse.

As interações na sala de espera para realização da perícia também merecem destaque aqui. Nos momentos que antecedem a avaliação, quando não há completo silêncio e a atenção não está voltada apenas ao monitor eletrônico de senhas, ocorre o compartilhamento de expectativas, frustrações, aconselhamentos e reclamações. Neste último caso, elas podem ser dirigidas tanto ao tempo de espera propriamente dito, quanto aos médicos e ao exame em si. Indicações de se procurar advogados, tal como apresentado no trecho do diário de campo, de buscar auxílio jurídico junto à Defensoria Pública da União (DPU), e mesmo impressões sobre a avaliação pautavam a dinâmica no (do) espaço.

Certa vez, na defensoria, quando o estagiário perguntou a uma senhora como ela havia tomado conhecimento da instituição, ela respondeu:

Foi lá no INSS. Eu estava na sala de espera, meu filho estava na perícia, e eu comecei a conversar com uma mulher que estava sentada do meu lado, e aí conversando eu descobri que filho dela tinha o mesmo problema que o meu...com drogas, assim. E ela que falou para eu vir aqui se ele não passasse na perícia, porque o filho dela tinha ganhado o benefício por aqui...

Nestes casos a espera, seja para realização do exame em si e pelo parecer do médico perito, não é passiva, diferente do que sugere Javier Auyero (2012) em sua etnografia sobre a espera por benefícios assistenciais em Buenos Aires. Segundo ele, seria na sala de espera do welfare office que as pessoas aprenderiam a ter paciência, não apenas para aguardar atendimento, mas a retornar caso não recebam o benefício. Para Auyero (2012), "the welfare office is certainly not the only arena in which the state forces the poor to wait; the experience of waiting transcends the time and space of the waiting room" (Auyero, 2012:26). Neste sentido, aqueles que necessitam de benefícios do Estado aprenderiam, na prática, a ser *pacientes* (deste). Nos casos aqui analisados, no entanto, não se trata de uma pedagogia da paciência ou da espera. Na sala de espera da Previdência, apesar da incerteza e expectativa quanto ao resultado, sobretudo para os que já passaram por avaliação pericial diversas vezes, as pessoas compartilham o conhecimento sobre a possibilidade de reverter o que poderia ser tratado como um veredicto, sentença ou julgamento final – a decisão do médico perito.

Neste sentido, o tempo de espera propriamente dito refere-se não à paciência, mas à urgência de resolução do caso. A temporalidade, aqui, não está associada apenas a realização da perícia em si ou mesmo ao atendimento na defensoria, mas ao resultado quanto ao recebimento ou indeferimento dos benefícios solicitados e ao desfecho do caso, porque as pessoas alegam que não têm "condições de trabalhar" por motivos de doença, ou mesmo que não dispõem de renda alguma para sustento próprio e de sua família quando o pedido envolve o benefício assistencial, seja para idosos ou portadores de deficiência. Nestes casos, não há tempo para a espera. Contestar a decisão do perito administrativamente, pela via recursal, aguardar o resultado, procurar a defensoria, ingressar com processo na justiça, realizar perícia judicial, aguardar a sentença do juiz, todo esse percurso demanda um tempo que as pessoas precisam, mas alegam não poder esperar, ainda que prossigam aguardando o desfecho na justiça. A pergunta de uma senhora durante atendimento na defensoria, cujo o caso envolvia pedido de prorrogação do auxílio-doença indeferido no INSS, é bastante significativa em relação a isso: "*quanto tempo vai demorar para ter uma resposta? A gente até tenta se virar, mas é que a fome não espera*". Ou, como me disse um dos peritos que entrevistei: "*a gente percebe que em algumas situações o exagero da queixa muitas vezes é um ato desespero, pela falta do emprego, pela falta de oportunidade, o benefício acaba sendo um plano B. Inevitavelmente, acaba sendo um recurso para substituir a renda*". Por isso, como se verá no último capítulo, os defensores ingressam com pedidos liminares de tutela antecipada aos juízes nos casos que envolvem indeferimento de concessão ou prorrogação de benefícios por

parte do INSS, por entenderem que a espera demasiada prejudicaria ainda mais aqueles para os quais o benefício solicitado (e negado) possuiria um “caráter alimentar”.

No entanto, as etapas que vão do convencimento ao julgamento perpassam não apenas o momento da perícia administrativa, mas todo o processo envolvendo conflitos com o INSS. Quando há contestação do resultado desta perícia na justiça existe a necessidade de se passar por outra perícia médica, desta vez por determinação do juiz e realizada por “médicos de sua confiança”. Neste caso, a perícia judicial, se constitui, então, em uma segunda prova, que pode seguir ou não a conclusão da perícia realizada no INSS. As situações em que o parecer do perito judicial diverge do apresentado pelo perito da instituição estatal constituem-se, portanto, em uma das muitas controvérsias envolvendo a perícia médica estatal. Aqui, o conflito não se dá apenas entre as pessoas que solicitam benefícios e os médicos peritos, mas entre os próprios profissionais encarregados de avaliar e decidir sobre a (in)capacidade ou deficiência destas pessoas para concessão de benefícios estatais, como se verá na sessão que segue.

2.2 A perícia médica judicial

O laudo do médico perito judicial é um elemento de prova importante no processo judicial. Isto porque, se é preciso convencer o médico perito do INSS quanto à incapacidade (ou aos “impedimentos de longo prazo” para o benefício assistencial) que, por sua vez, realizará um julgamento e emitirá um parecer quanto a existência ou não desta, também é preciso fazê-lo na justiça. No entanto, o responsável pelo convencimento, agora do juiz, de fato, será o advogado contratado ou o defensor público federal, como nos casos que serão tratados no decorrer de toda a tese. Apesar da fundamentação da causa apresentada (e representada) por estes agentes, é o parecer do médico perito judicial que o juiz federal acabará levando em consideração em suas decisões. Os defensores com quem dialoguei durante o trabalho de campo na defensoria destacaram que dificilmente uma decisão baseada no laudo do perito judicial consegue ser revertida, sobretudo nas situações em que suas conclusões seguem a do perito do INSS. Isto porque, sendo este laudo um elemento importante do processo, é nele que juiz fundamenta sua sentença. Como me disse uma defensora certa vez: “*o laudo (do perito judicial) já é a sentença*”.

Neste sentido, a atuação destes médicos peritos também merece ser destacada, posto que são considerados os “peritos da confiança do juiz” (ainda que sejam requisitados através de um cadastro na Justiça Federal efetuado na pelos próprios médicos interessados em atuar em processos judiciais) cuja avaliação seria vista como isenta e imparcial pelo fato de não possuírem vínculos com “as partes”, tanto do réu INSS, quanto da parte autora, das pessoas que desejam contestar o indeferimento administrativo pela via judicial. A requisição de peritos para participação nos processos está prevista, inclusive, no Código de Processo Civil (CPC):

Art. 156. O juiz será assistido por perito quando a prova do fato depender de conhecimento técnico ou científico.

§ 1º Os peritos serão nomeados entre os profissionais legalmente habilitados e os órgãos técnicos ou científicos devidamente inscritos em cadastro mantido pelo tribunal ao qual o juiz está vinculado.

Art. 465. O juiz nomeará perito especializado no objeto da perícia e fixará de imediato o prazo para a entrega do laudo (OAB/RS, 2015 – Novo Código de Processo Civil Anotado).

A perícia médica judicial é realizada por perito nomeado dentre o cadastro disponibilizado pela Justiça Federal, cuja a especialidade médica corresponda ao diagnóstico de doença da parte autora. Diferente do médico perito do INSS, que tem a prerrogativa de reconhecer (in)capacidade e deficiência sem a necessidade de possuir especialidade em relação ao diagnóstico apresentado pelo solicitante de benefícios, o médico perito judicial precisa responder pelo mesmo caso, desta vez baseado em sua especialidade médica. Tal como o perito previdenciário, o perito judicial enuncia sua decisão através de um laudo pericial padronizado pela Justiça Federal, um documento oficial timbrado com o brasão da República. Neste laudo devem constar os dados pessoais da pessoa que realizou a perícia, profissão, última atividade, o motivo alegado da incapacidade, histórico da doença, o registro dos documentos levados no momento do exame, diagnóstico/CID, a conclusão do perito a respeito da avaliação, a Data de Início da Doença (DID) e a Data de Início da Incapacidade (DII) e os quesitos da “parte ré”, do juiz e da “parte autora”, caso esta última também presente.

A crescente demanda envolvendo benefícios do INSS no judiciário, sobretudo os que necessitam de perícia médica para concessão levou à criação de um sistema denominado

Sicoprev – Sistema de Perícias Médicas e de Conciliações Pré-Processuais das matérias de competência das varas e dos juizados previdenciários. Foi este sistema que tornou o laudo da perícia judicial e seus quesitos padronizados. Sua criação está relacionada, igualmente, à aceleração da resolução das causas judiciais envolvendo benefícios por incapacidade e benefícios assistenciais vinculados ao INSS.

A dimensão da urgência nas decisões ante o “caráter alimentar” dos benefícios pleiteados também foi registrada por uma juíza federal, doutora Graziela Bündchen Torres, que atuou no âmbito do Juizado Especial Federal Previdenciário em Porto Alegre e coordenou o Sicoprev desde sua implementação. Em um artigo onde trata do contexto de criação e a experiência prática desse sistema, ela destaca que:

Saliente-se que o problema da **demora nos julgamentos** assume contornos mais delicados quando analisadas as **demandas previdenciárias [nas quais se discute direito fundamental social de natureza alimentar]** (...) O próprio sistema previdenciário internaliza o **traço urgente dos benefícios** sensíveis ao prever para estas condições diferenciadas de acesso e apuração. As ações que envolvem tais prestações, que cobrem contingências sociais adversas e graves, portanto, exigem um tratamento diferenciado e prioritário também no âmbito judicial (...) Nessa linha, como forma de **outorgar tramitação mais célere e simples aos feitos previdenciários** nos quais se fizessem necessárias perícias médicas, **considerada a vulnerabilidade das partes interessadas**, e com o intuito de estimular a conciliação, foi concebido o Sicoprev (Torres, 2014. Grifos meus).

Neste sentido, o Sicoprev buscou promover a conciliação e centralizar a realização de perícias médicas judiciais no prédio sede da Justiça Federal em Porto Alegre e, com isto, acelerar o andamento de processos envolvendo os benefícios por incapacidade (e o próprio benefício assistencial), ou “tornar célere sua tramitação”. Durante entrevista com esta juíza, ela destacou que:

“De todos os processos distribuídos nos juizados previdenciários, que absorvem o volume mais expressivo das demandas previdenciárias propostas no âmbito da Justiça Federal, nós verificamos que praticamente 70% dos processos tinham necessidade de realização de perícia médica. Então, o que nós percebemos? Que precisávamos melhorar a produção dessa prova, ou seja, qualificar a avaliação médica que era feita na esfera judicial e padronizar procedimentos para tentar acelerar a produção dessa prova. Esses processos, em que se discute benefício por incapacidade e benefício assistencial, são os que precisam de, digamos assim, um andamento prioritário. Num processo em que a pessoa discute, por exemplo, uma indenização por dano moral, a eventual condenação acresce ao patrimônio daquela pessoa, mas ela não depende daqueles valores para sobreviver. Por que esse tipo de benefício precisa ter um tratamento diferenciado?”

Porque são prestações de natureza alimentar vinculadas à subsistência de pessoas que estão com um quadro de fragilidade, porque se entendem incapazes e, por conta disso, sem condição de trabalhar para obter recursos que assegurem a sobrevivência. A pessoa que entra com um processo acredita que não pode trabalhar, ainda que a perícia venha eventualmente a dizer: “não, o senhor tem condições de trabalhar”. Então, são pessoas que dependem da definição daquele direito para definir muitas vezes a vida delas. Esses processos precisam ter uma solução rápida porque a vida das pessoas depende disso. Qual é a diferença para o segurado, por exemplo, dos benefícios por incapacidade e de uma aposentadoria por tempo de contribuição (que também é um benefício previdenciário, que também é uma prestação de natureza alimentar)? Se sou um trabalhador que está na ativa, quero me aposentar, e o INSS não defere a aposentadoria por tempo de contribuição ou a aposentadoria por idade requerida, o que ocorre? Eu sigo trabalhando e ajuízo um processo para discutir aquela decisão administrativa, mas tenho uma receita, tenho como manter a mim e a minha família, tenho como me manter enquanto a discussão desse processo não se resolve, o que é diferente no benefício por incapacidade. No benefício por incapacidade a pessoa está sem condição de trabalhar (na perspectiva dela), então ela não tem como ter receita para se manter. Nessa análise comparativa, o que é mais urgente? Uma aposentadoria por tempo de contribuição, onde a pessoa está na ativa percebendo remuneração, ou um benefício por incapacidade, onde a pessoa está sem receita? Dentro dos próprios benefícios previdenciários existe uma classificação que os distingue entre benefícios programáveis e benefícios de risco. Os benefícios por incapacidade são de risco, ou seja, a incapacidade não é um evento previsto e certo, ela simplesmente acontece, de repente a pessoa fica incapaz. Em síntese, por que os autores que fazem esse tipo de pedido têm uma situação de vulnerabilidade diferenciada? Pelo próprio tipo de benefício que está sendo discutido, que são benefícios de risco e não benefícios programáveis, como existem outros dentro da Previdência, por exemplo, a pensão por morte é um benefício de risco, a morte é um evento certo, mas nunca se sabe quando ela vai acontecer, então a pessoa não programa. No direito previdenciário é feita uma categorização dos benefícios, dentro dessa categorização dos benefícios, os benefícios por incapacidade estão dentro dos benefícios sensíveis, e não dos benefícios programáveis, e isso já traz para eles uma necessidade de atendimento prioritário, privilegiado, acelerado, pelo impacto que esse tipo de benefício tem na vida das pessoas”.

A rapidez, a celeridade, e o caráter prioritário dos processos envolvendo benefícios que necessitam de perícia médica para liberação estão relacionados ao impacto que a falta de recursos para assegurar a subsistência, segundo destacou a juíza, tem na vida das pessoas que se consideram “impossibilitadas de trabalhar” por conta de “problemas de saúde”. Nestas

situações, a vulnerabilidade dos autores das causas no judiciário também se apresentaria de forma diferenciada em relação aos demais solicitantes de benefícios da previdência, como a aposentadoria por idade ou por tempo de contribuição. Por isso, ao comparar estes dois tipos de demandas no judiciário – uma envolvendo aposentadoria e outra benefício por incapacidade – a juíza não o fez em termos de relevância do pedido, mas em relação a qual apresentaria mais urgência, devendo receber um atendimento prioritário, diante da necessidade de assegurar recursos para possibilitar a sobrevivência. Porém, para acelerar as análises destas solicitações e lhes conferir uma sentença seria necessário, como pontuou a juíza, “qualificar a produção da prova”, ou seja, direcionar o foco para os procedimentos envolvidos na realização da perícia médica judicial, posto que boa parte das causas que tramitavam no âmbito dos juizados especiais previdenciários necessitavam de uma avaliação pericial a ser realizada por peritos médicos “da confiança do juiz”.

Dos casos (e causas judiciais) que acompanhei desde a defensoria, e onde houve discordância entre os pareceres dos médicos peritos do INSS e dos médicos peritos judiciais quanto à existência de incapacidade, muitos estavam relacionados a pedidos administrativos de prorrogação de benefícios como o auxílio-doença. Nestas solicitações, para que o prazo de concessão seja estendido existe a necessidade de realização de nova perícia no INSS, que avaliará a condição de permanência ou não da incapacidade alegada mesmo após a cessação do benefício. E era em relação a esta permanência que ocorriam as divergências.

Dona Jussara tem cinquenta e sete anos e trabalha como auxiliar de serviços gerais. Ela esteve na defensoria em busca de auxílio jurídico para ter reestabelecido seu auxílio-doença que, naquela ocasião, estava suspenso pela não constatação de incapacidade laborativa por parte do médico perito. Dona Jussara tem um “problema no ombro” (o CID da doença nos atestados indicava *síndrome do manguito rotador*) e a primeira vez que realizou perícia no INSS o médico constatou que ela estava temporariamente incapaz para o trabalho e, então, concedeu o auxílio pelo período de três meses. Passado este período, ela solicitou prorrogação do benefício, pois relatou que ainda sentia dores ao movimentar o braço e tomava analgésicos e medicamentos que continham corticoide em sua composição. Na avaliação pericial para o pedido de prorrogação ela levou atestados, exames de ecografia realizados no ombro e comprovantes de que estava passando por sessões de fisioterapia. A médica perita que realizou o exame registrou no laudo estas informações e concluiu:

Requerente com agravamento do quadro, de ruptura parcial passou a ruptura total. Comprova. Há elementos para reconsiderar a decisão anterior. Resultado: existe incapacidade laborativa.

Com este resultado, ela manteve o recebimento do auxílio-doença, desta vez pelo período de seis meses. Após a data prevista para cessação do benefício, indicada pela médica no laudo, dona Jussara solicitou novamente prorrogação. Porém, o médico que a avaliou indicou no laudo pericial que:

Considerando atividade habitual do requerente. Considerando tempo de afastamento. Considerando documentos apresentados e dados obtidos no exame médico pericial, entendo não haver elementos que justifiquem a caracterização de incapacidade laborativa temporária. Prazo para alívio do quadro agudo concedido. Boa funcionalidade do membro afetado e condizente com desempenho satisfatório da atividade. Resultado: não existe incapacidade laborativa.

Dona Jussara ingressou, então, com pedido de reconsideração da decisão do perito na Junta de Recursos da Previdência Social (JRPS), realizou nova perícia e recebeu novamente como resultado a não constatação de incapacidade laborativa. Com a negativa do recurso administrativo, ela procurou a defensoria. Durante o atendimento, ela relatou que ainda sentia dores no ombro, que “mal conseguia levantar o braço” e que, por este motivo, seria impossível realizar os serviços de limpeza na empresa em que trabalhava. Disse também que estava aguardando para realizar uma cirurgia pelo SUS. Todos os atestados e exames que dona Jussara levou foram digitalizados e logo o defensor que se tornou seu representante ingressou com o processo judicial. No documento inicial do processo, ele salientou que

(...) a autora continuou o seu tratamento através de consultas médicas, aguardando uma vaga para procedimento cirúrgico referente a sua enfermidade. Fato este que corrobora para comprovar a impossibilidade de seguir com suas atividades laborativas, visto que a sua patologia ocorre no ombro direito, e sua atividade profissional demanda o uso contínuo dos membros superiores. Deste modo, imperiosa a realização de perícias médicas determinadas por este Juízo, e feita pelos peritos oficiais, por ser meio capaz de atestar a incapacidade que abate a Autora, para fins de reconhecer o direito ao benefício Auxílio-Doença desde a época do requerimento administrativo.

O defensor também enfatizou que a “Autora” cumpria com os demais requisitos legais que lhe dariam direito ao benefício, pois possuía “qualidade de segurada” e teria cumprido o “período de carência” exigido para solicitação do auxílio.

No processo judicial foi determinado que dona Jussara passasse por avaliação pericial de um médico ortopedista, que destacou no laudo o que segue:

Diagnóstico/CID:

– *Síndrome do manguito rotador (M751)*

Justificativa/conclusão: *Considerando o exame clínico e os testes específicos de exame físico realizados, conclui-se que a autora apresenta INCAPACIDADE TEMPORÁRIA para realizar suas atividades laborais regulares do ponto de vista ortopédico.*

A autora apresenta, no momento, quadro de limitação do movimento do ombro direito e exame ortopédico compatível com lesão do manguito rotador. Comprova encaminhamento para serviço ortopédico especializado, sem tratamento até o momento. Dessa forma, porque o exame ortopédico atual evidência sinais de patologia ortopédica que justifiquem suas queixas de incapacidade, considero INCAPACIDADE TEMPORÁRIA para suas atividades laborais regulares. Considero a incapacidade temporária porque existe tratamento ortopédico para a patologia que lhe causa incapacidade no momento, bem estabelecido na literatura atual, com boa perspectiva de retorno a atividade laboral.

Devido a impossibilidade de estabelecer uma data de início do quadro de limitação funcional pela falta de registro médico adequado no período entre o encerramento do benefício da autora e o atual, esta sendo a mesma queixa e mesma patologia, considero DII conforme laudo do instituto, e que a mesma permanece até hoje, inclusive durante o período em que lhe foi negado o benefício.

Não é possível afirmar que esta alteração ocorreu devido acidentes de trabalho ou exposição a algum tipo de atividade física específico. Sugiro reavaliação pericial dentro de um período de 3 a 6 meses ou após encaminhamento para serviço especializado (Grifos mantidos do original).

O juiz que analisou o caso de dona Jussara citou exatamente este trecho do laudo do perito judicial ao proferir sua sentença, que julgou procedente o pedido e determinou que o INSS restabelecesse o auxílio-doença, condenando-o a pagar as parcelas vencidas e também os honorários periciais²⁷.

²⁷ Como me explicou a juíza Graziela, “nos casos de benefícios por incapacidade, a quase que totalidade dos autores possuem o benefício da justiça gratuita, deferido àqueles com insuficiência de recursos para arcar com as

Este caso é representativo de uma das muitas controvérsias envolvendo a perícia médica para concessão de benefícios por parte do INSS. A divergência de pareceres sobre um mesmo caso sugere que não há consensos, acordos em torno da definição do conceito incapacidade, doença incapacitante e outros associados aos benefícios administrados pelo INSS, cuja a avaliação pericial se torna indispensável, porém não inquestionável e definitiva, uma vez que estas definições são atravessadas por discursos, agentes e moralidades diversas. Aqui, a (in)capacidade de dona Jussara e a (im)possibilidade de realizar suas atividades de trabalho estavam no centro da disputa – ela alegava que ainda sentia dores no ombro mesmo após encerramento do prazo previsto pelo médico perito do INSS para concessão do auxílio-doença e, por este motivo, considerava não ter recuperado sua capacidade para o trabalho. Nas três perícias administrativas pelas quais passou, apenas na última o médico considerou não haver “elementos suficientes” que o levassem a manter o parecer de incapacidade laborativa, pois, como alegou no laudo pericial, o prazo para sua recuperação (o período em que ela recebeu o auxílio-doença) já havia sido concedido e não restava mais impedimentos para o “desempenho satisfatório de sua atividade”, tendo em vista que, no momento da avaliação, ela teria apresentado (e ele teria constatado) “boa funcionalidade do membro afetado”. O defensor público de dona Jussara, no entanto, tentou convencer o juiz de que a “autora” da causa interposta contra o INSS ainda permanecia incapaz para o trabalho, sobretudo porque sua “patologia” acometia o ombro direito e sua atividade profissional demandaria o “uso contínuo dos membros superiores”. Ainda que seja uma fase já prevista no decorrer do processo judicial, normatizada inclusive pelo Código de Processo Civil (CPC), o defensor destacou a importância da realização de perícia médica determinada pelo juiz, pois somente esta poderia atestar (ou confirmar) a “incapacidade que abate a parte autora”. Da mesma forma, o perito médico judicial nomeado pelo juiz para realizar a perícia em dona Jussara, cuja especialidade médica era a ortopedia, considerou, após “análise dos exames clínicos” e baseado em “testes específicos de exames físicos realizados”, que ela ainda apresentava incapacidade temporária para o trabalho, condição que persistia até o momento de realização daquele exame, inclusive durante o “período em que lhe foi negado o benefício” no INSS. A decisão do juiz, por sua vez, seguiu o parecer do médico perito judicial e determinou o

despesas processuais. Nessas situações, a remuneração do profissional, do perito judicial, no âmbito da Justiça Federal, obedece uma tabela de honorários elaborada pelo Conselho da Justiça Federal – CJF - e quem antecipa esse pagamento é a Justiça. Depois, se o INSS perde, ele reembolsa os valores referentes aos honorários periciais”.

restabelecimento imediato do auxílio-doença pelo réu INSS, condenando-o a pagar as parcelas atrasadas desde o indeferimento.

Os argumentos dos agentes encarregados de fazer a defesa do INSS, ou seja, dos procuradores federais, em grande parte dos processos que consultei eram padronizados. Iniciavam citando artigos de leis referentes aos benefícios solicitados, destacando a importância de que fossem observados os demais critérios de acesso, como a qualidade de segurado e a comprovação do período de carência, isto porque, como destacava um destes documentos: “a Previdência Social não tem caráter assistencial: é contributiva, consoante a regra insculpida no art. 201 da Carta Constitucional”. Neste sentido, a frase buscava ressaltar que tem direito aos benefícios da previdência tão-somente aqueles que a ela contribuem, uma vez que esta não possui caráter assistencial. Ao final desta exposição, bem como de casos de jurisprudências que poderiam favorecer e reforçar a decisão do INSS quanto ao não reconhecimento da incapacidade para o trabalho, destacavam que, diante do exposto, o juiz deveria “julgar totalmente improcedente o pedido”. No caso de dona Jussara, e em muitos outros, no documento de contestação apresentado pelo procurador ao juiz houve o destaque para o fato de que:

(...) deve-se ponderar que as perícias realizadas pelo INSS apresentam presunção de legitimidade, sendo necessário que a parte autora comprove eventuais falhas do diagnóstico no sentido de sua aptidão para o trabalho.

Outrossim, quanto às perícias realizadas em juízo, é preciso que se atente para que as conclusões do médico perito estejam devidamente fundamentadas em exames, receitas e outros elementos que permitam evidenciar a doença apresentada pelo postulante, bem assim a sua severidade.

Ou seja, os laudos que se vinculam tão-somente ao relato apresentado pelo próprio examinado não cumprem sua função de refutar as conclusões obtidas nos exames realizados pelo INSS.

Além disso, não raras vezes, ocorre que o perito designado pelo juízo conclui pela incapacidade laborativa, levando em conta a profissão que o segurado afirma exercer.

Entretanto, os registros de vínculos empregatícios em seu nome na base CNIS demonstram que a realização da atividade para a qual é qualificado não encontra restrições pela moléstia constatada na perícia médica.

Neste sentido, o argumento apresentado pelo “defensor” da instituição buscou ressaltar a necessidade da comprovação da incapacidade, através de documentos médicos, tanto pela parte autora, quanto por parte do perito judicial na produção de seu laudo. Apenas esta comprovação poderia refutar a conclusão da perícia realizada pelo INSS, que possuiria “presunção de legitimidade”. Assim, o laudo da perícia judicial que levasse em consideração apenas o relato da parte autora, não estando embasado em outros elementos que pudessem “evidenciar a doença” – como exames e receitas, não poderia contrariar a decisão da perícia administrativa. Neste trecho do argumento também há um destaque para o fato de que o perito judicial concluiria pela incapacidade através da profissão que o segurado afirmava exercer no momento da avaliação, mas que seus registros no Cadastro Nacional de Informações Sociais (CNIS)²⁸ indicavam que as atividades profissionais cadastradas não apresentariam as “restrições” constatadas pela perícia judicial. Esta comprovação da incapacidade pela via dos documentos médicos, presente na defesa efetuada pelos procuradores, se constitui em uma das diversas controvérsias associadas à perícia, conforme já destacado há algumas páginas atrás e será retomada ao longo de todo o trabalho.

Neste cenário de divergências entre profissionais também pode estar inserido o médico do trabalho, médico este vinculado a empresa e que avalia a aptidão do trabalhador para o exercício de sua atividade, seja no momento da admissão ou retorno ao trabalho após período de afastamento. Encerrado o período de concessão do auxílio-doença estipulado pelo médico perito, e quando não há pedidos de prorrogação, o trabalhador precisa passar pela avaliação do médico do trabalho que o considerará apto ou inapto ao retorno. Nestas situações de retorno à atividade podem ocorrer divergências em relação ao exame e parecer efetuado pelo médico perito do INSS e parecer do médico trabalho. O perito pode declarar a recuperação da capacidade para o trabalho e o médico da empresa declarar a persistência desta incapacidade e, portanto, a inaptidão ao retorno. Aqui, as controvérsias ocorrem não mais entre o perito judicial e o perito do INSS, mas entre o médico vinculado à empresa e o perito do INSS.

2.2.1 O “limbo previdenciário”

²⁸ O CNIS é uma base de dados onde estão registradas informações sobre os trabalhadores, como vínculos empregatícios e remunerações, para garantia de seus direitos previdenciários.

Nos casos em que existem divergências em relação às conclusões do médico do trabalho e do perito do Estado ocorre o que passou a ser designado como “limbo previdenciário”, tal como o apresentado abaixo:

Em janeiro de 2012 um homem invadiu uma Agência da Previdência Social (APS) em Campinas, interior de São Paulo. Armado com uma faca, ele subiu no balcão de atendimento e disse que estava sem receber seu auxílio-doença havia três meses, auxílio este que recebeu pelo período em que permaneceu afastado da empresa de transporte em que trabalhava como motorista. Após o período estipulado pelo médico perito para retorno ao trabalho o benefício foi cessado. Porém, o médico do trabalho não autorizou o retorno, pois não concordava com o parecer da perícia do INSS.

Os jornais online que noticiaram o fato à época veicularam um vídeo produzido através de um celular em que mostra o homem no balcão apontando para uma pasta, onde estariam boletos de contas atrasadas pelo não recebimento do auxílio-doença. Ele também mostrava medicamentos de uso contínuo para depressão, motivo pelo qual o benefício havia sido concedido, dizendo não saber o motivo da interrupção do pagamento. Após atingir o teto da agência com a faca que portava, a Polícia Militar foi acionada.

Este caso ilustra, de uma forma extrema, o “limbo previdenciário”, termo jurídico utilizado para qualificar a condição em que se encontrariam as pessoas que não receberiam benefício do INSS, tampouco seu próprio salário. Conforme já destacado no início desta subseção, a situação de “limbo” ocorreria pela discordância de pareceres entre o médico perito do INSS e o médico do trabalho vinculado à empresa, quando o primeiro autoriza o retorno e o último não. Nesta condição, o trabalhador se encontraria em um estado de liminariedade, tal como descrito por Arnold Van Gennep e Victor Turner em suas análises sobre os ritos de passagem. Por não possuir um lugar seu estatuto se torna, portanto, indefinível como também destacou Mary Douglas (1991) ao tratar das crenças relativas aos seres considerados marginais (e o perigo que representam). Neste sentido, estar no “limbo” (não estar nem dentro, nem fora) também significa estar sem renda.

Casos como estes também acabam sendo motivo de controvérsias sobre quem teria responsabilidade sobre a condição de “limbo” do trabalhador – o INSS ou o empregador, pois esta situação seria gerada pelos pareceres discordantes de seus profissionais. Diversos casos inclusos nesta categoria de “limbo” acabam sendo julgados na Justiça do Trabalho e aqui, mais uma vez, não há consenso em relação as sentenças. Algumas decisões acabam apontando a responsabilidade da empresa que se recusa a receber o trabalhador após alta do médico

perito do INSS, condenando-a a pagar indenização por dano moral ao trabalhador. Isto porque, segundo prevê a legislação que regulamenta os benefícios da Previdência, o trabalhador que recebe auxílio-doença tem seu contrato de trabalho apenas suspenso neste período, devendo ser restabelecido ao quadro de funcionários tão longo o INSS suspenda o pagamento do auxílio-doença por considerar a recuperação da capacidade e, portanto, a aptidão ao trabalho. Outras decisões, no entanto, consideram ser de responsabilidade do INSS a situação de “limbo” pela suspensão do benefício, uma vez que o médico perito pode avaliar equivocadamente a recuperação do trabalhador (antes mesmo de esta ter, de fato, ocorrido) e concluir pela não existência de incapacidade para o trabalho.

Longe de encerrar o impasse, a questão do “limbo”, de não possuir um vínculo com a empresa contratante ou mesmo com o Estado através dos benefícios, acaba tornando-se mais uma dimensão do conflito em relação aos sentidos de (in)capacidade e as decisões relacionadas à ela. Em relação ao auxílio-doença, a própria denominação do benefício também se tornou alvo de disputa.

2.3 Auxílio-doença ou auxílio incapacidade?

Ao comentar em um artigo sobre bioética a diferenciação entre doença e incapacidade, o médico perito Eduardo Henrique Almeida, afirmou que:

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 saúde 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 (...) E incapacidade, em qualquer sentido, constitui julgamento de valor, o que amplia a responsabilidade do perito médico previdenciário enormemente: além de constatar a doença, precisa avaliar as repercussões laborais e gerais desta para julgar se cabe o reconhecimento do direito ao benefício. Dessa constatação depreende-se que incapacidade é um conceito relativo (Almeida, 2011).

Se conceitos como doença e incapacidade constituem julgamento de valor, como declarou o médico, da mesma forma os de invalidez, aptidão, deficiência, reabilitação e mesmo o de trabalho, tal como apresentado no primeiro capítulo, devem ser analisados levando-se em consideração uma dimensão moral, que pode à concessão ou ao indeferimento de benefícios. No que tange propriamente à diferenciação (e à confusão, segundo os médicos)

entre estar doente e incapacitado, a Associação Nacional de Médicos Peritos Previdenciários (ANMP) sugeriu, em audiência pública realizada pela Comissão de Assuntos Sociais (CAS) do Senado Federal em setembro de 2013²⁹, a mudança na nomenclatura do benefício – de auxílio-doença para auxílio por incapacidade laborativa. Nesta audiência pública, que teve como pauta a perícia médica do INSS, o então presidente da ANMP destacou:

Por que se chama auxílio-doença e não auxílio incapacidade laboral? Quando o segurado procura a Previdência, já vai contaminado pelo nome do benefício: "Estou doente; faço jus ao benefício". Qual o nome correto? Auxílio por incapacidade laborativa. Então, essa é uma provocação que eu faço à Casa, para que se mude o nome desse benefício não para hoje, mas para ontem!

Este evento contou com a participação de diversas associações e organizações representativas dos médicos peritos previdenciários, do INSS, Ministério Público Federal, Previdência Social e de trabalhadores contribuintes. Em fevereiro de 2014, a comissão aprovou a modificação e encaminhou o projeto de lei para avaliação na Câmara dos deputados. No entanto, o parecer do deputado relator do projeto na Comissão de Seguridade Social e Família foi de que existiria uma categoria de segurados facultativos em ascensão no Regime Geral de Previdência Social (RGPS), razão pela qual, ao mesmo tempo em que o auxílio-doença poderia ser concedido ao segurado considerado incapacitado para o trabalho, também o seria ao segurado facultativo que poderia não exercer qualquer atividade laborativa. Neste sentido, por não atingir todos os segurados da Previdência, a nomenclatura do benefício não deveria ser modificada na legislação previdenciária.

Durante entrevista realizada com Eduardo Henrique Almeida, médico perito do INSS e autor de artigos já citados aqui, ele falou sobre as controvérsias em torno da denominação do auxílio-doença, bem como sobre conceitos de doença e incapacidade propriamente ditos e sua avaliação,

Já que se chama auxílio doença, vamos começar com o que é doença e o que é saúde, porque o conceito de saúde, aquele da Organização Mundial de Saúde, de 1940 e poucos, que é uma situação de perfeito bem-estar físico, emocional, social, isso não é uma realidade, isso é uma meta, ninguém tem saúde nesse critério. Então se a gente for, por via reflexa, conceituar doença como tudo que não seja saúde, está todo mundo doente, todo mundo precisando de afastamento do

²⁹ O conteúdo desta audiência será retomado no decorrer da tese, por meio de notas taquigráficas retiradas do site do Congresso Nacional.

trabalho. Então, não é esse o conceito de saúde e doença que a gente vai usar. O que tem mais próximo da gente é o artigo terceiro da lei do SUS, a Lei 8080, que diz que em saúde todos os fatores intervenientes, de transporte, alimentação, trabalho, tudo que interfere no indivíduo também influencia na saúde. Baseado nisto, estou autorizado aqui no INSS a analisar incapacidade dessa forma ampla, porque se a lei permite conceituar saúde dessa forma, a doença e a incapacidade também terão que ser. Então, o perito pode, deve e efetivamente pratica a avaliação da incapacidade de uma maneira mais holística do que as pessoas imaginam. A gente olha a idade, a história contributiva, a qualificação profissional, a possibilidade de reinserção no mercado de trabalho, isso tudo numa entrevista com pessoas a gente vai aprendendo. O julgamento permite você agir de maneira diferente em situações aparentemente iguais, porque é analisando isso que eu vou dizer se a pessoa está capaz ou incapaz, isso também demora tempo para o perito refinar essa percepção, porque se ele for muito cartesiano, o que está no livro de medicina, por exemplo... se você pegar aquele físico inglês, famoso, o Stephen Hawking, ele mexe um dedinho, e é um cara produtivo, então se eu for analisar a incapacidade dele eu vou dizer que ele está apto, mas aquilo não é um paradigma para eu analisar todas as outras pessoas, porque é uma pessoa que está, digamos, fazendo um esforço extra.

Este *esforço extra* de alguém que, apesar de todas as limitações do corpo, consegue ser produtivo seria uma situação limite ou um caso considerado emblemático de superação. Categoria moral por excelência, o “esforço” parece ser uma dimensão valorizada nas avaliações sobre incapacidade. A figura do físico Stephen Hawking, que possui múltiplas paralisias, surge como paradigmática de capacidade para o trabalho sob condições adversas, como uma paralisia (ou deficiência) aparentemente incapacitante. Se a avaliação individual dos casos, ou o “julgamento diferente em situações aparentemente iguais”, nas palavras deste médico perito, seria o que acabaria embasando as decisões sobre incapacidade e a concessão de benefícios, para os que passam pelo exame pericial, no entanto, apenas o diagnóstico de sua enfermidade deveria, de fato, ser avaliado pelo perito. Ter uma determinada doença ou estar doente justificaria a concessão do benefício. Nestas situações, então, para os solicitantes do auxílio não haveria distinção entre doença e incapacidade, pois o diagnóstico, por si só, não permitiria que cada caso possa ser avaliado de forma diferenciada. Ser diabético ou possuir lesões na coluna afetaria a capacidade de trabalho para qualquer um que possuísse tais enfermidades ou lesões. Por isso, muitas pessoas não entendem por que, apesar de tentarem reunir o maior número possível de documentos, como exames clínicos, atestados, etc., que comprovariam a necessidade de afastamento do trabalho, nos casos de auxílio-doença,

recebam avaliações de capacidades para o trabalho. Neste sentido, as tentativas de convencimento se tornam frustradas, uma vez que este não está atrelado apenas à apresentação de atestados e outros documentos médicos que poderiam se constituir em elementos probatórios, mas a uma avaliação, um escrutínio, que busca objetivar uma condição e selecionar, classificar e determinar quem tem direito a determinados benefícios administrados pelo Estado, e este processo de produção da prova, por meio do laudo médico, as pessoas não conseguem controlar. E não apenas porque o médico tem o domínio sobre o laudo, mas também porque os próprios documentos podem se constituir em alvo de suspeita de fraude.

2.4 Fraude e suspeita

A ocorrência (e recorrência) de fraudes contra a Previdência Social levou a Polícia Federal a constituir uma delegacia especializada – a Delegacia de Repressão a Crimes Previdenciários (Deleprev), em trabalho conjunto com a Previdência Social. As operações da Polícia Federal no âmbito desta delegacia também receberam ampla cobertura midiática, tal como o caso da operação denominada Blindagem II, organizada em 2012, que investigou um grupo criminoso que atuava na região sul do Brasil e fornecia atestados médicos falsos para concessão de benefícios como auxílio-doença e aposentadoria por invalidez. Segundo nota divulgada no site da Polícia Federal, quase cinquenta milhões de reais em benefícios pagos em pela Previdência na ocasião estavam sob suspeita de terem sido fraudados.

Essa busca (e combate) à fraudes também levou a criação de uma “Força Tarefa Previdenciária”, composta pela Polícia Federal, Ministério da Previdência Social e Ministério Público Federal. O site do Ministério da Previdência passou a divulgar um levantamento anual dos casos descobertos em todo o país, incluindo tabelas com detalhamento dos prejuízos aos cofres públicos. Os casos que seguem abaixo foram extraídos do site e são representativos desta divulgação:

ACÇÃO Nº: 9 PRISÃO EM FLAGRANTE – PR

DATA: 20/03/13

Prisões Outros: 1

HISTÓRICO

Na manhã desta quarta-feira, 20/3/2013, durante a realização de exame médico pericial na Agência da Previdência Social Cândido Lopes, em Curitiba – PR, uma segurada foi flagrada portando atestado médico falso.

MODUS OPERANDI

Apresentação de atestado médico falso para requerer benefício previdenciário.

AÇÃO Nº: 13 PRISÃO EM FLAGRANTE – BA

DATA: 10/04/13

Prisões Outros: 1

HISTÓRICO

Em ação conjunta realizada nesta quarta-feira, 10/4/2013, entre a Polícia Federal de Feira de Santana/Bahia e a REAPE-BA/SE/MPS, foi preso em flagrante um senhor portando documentos médicos falsos quando da realização de perícia médica na Agência da Previdência Social de Amélia Rodrigues, Gerência Executiva do INSS/Feira de Santana.

MODUS OPERANDI

Apresentação de documentação falsificada para requerer benefícios previdenciários.

AÇÃO Nº 18: PRISÃO EM FLAGRANTE – SP

Data: 01/07/2014

Prejuízo Estimado: 4.319,00

Prisões Outros: 1

HISTÓRICO

A Polícia Judiciária do Estado de São Paulo prendeu em flagrante no dia 1/7/2014 uma professora no momento em que ela tentava efetuar um saque no valor de R\$ 4.319,00 (quatro mil trezentos e dezenove reais). O valor era referente a um benefício da Previdência Social obtido de forma fraudulenta, com a utilização de documentos falsos.

MODUS OPERANDI

Utilização de documentos falsos para realizar fraudes contra a Previdência Social.

AÇÃO Nº 10: CRENÇA – AM

Data: 15/04/2014

Prisões Servidores: 3

Prisões Outros: 3

Busca e Apreensão – Servidores: 4

Busca e Apreensão – Outros: 6

Condução Coercitiva de Servidores: 1

Prejuízo Estimado: 3.000.000,00

HISTÓRICO

A Polícia Federal no Amazonas deflagrou, na manhã de hoje (15/04/2014), uma operação policial para combater fraudes previdenciárias. Denominada Operação “CRENÇA”, a ação policial visa dar cumprimento a 08 mandados de busca e apreensão e 06 mandados de prisão preventiva expedidos pela Justiça Federal em Tefé/AM, além de 02 mandados de busca e apreensão expedidos pelo Tribunal Regional Federal da 1ª Região. Os mandados judiciais estão sendo cumpridos simultaneamente nas cidades de Juruá/AM, Coari/AM, Tefé/AM e no Estado do Rio Grande do Norte. As investigações iniciadas em 28/04/2011, em conjunto com os trabalhos da Força-Tarefa no Amazonas também integrada pelo Ministério da Previdência Social e pelo Ministério Público Federal, apontam que alguns servidores do INSS promoveram a concessão de benefícios previdenciários fraudulentos a moradores de Tefé e municípios vizinhos, através da

utilização de agenciadores/intermediadores e “falsos segurados”. **O benefício do amparo ao idoso e deficiente é o principal foco da investigação, havendo indícios de que integrante da perícia médica do INSS confeccionava laudos ideologicamente falsos para “legalizar” a concessão dos benefícios.**

MODUS OPERANDI

O INSS apurou que “praticamente 10% da população de Tefé auferia atualmente algum tipo de benefício, sendo que destes 26,24% são da mesma espécie “87” (amparo social a pessoa portadora de deficiência). Em Juruá a situação é ainda mais preocupante, sendo que **49,57% dos benefícios mantidos para residentes naquele município são da espécie “87”**. Impende ressaltar que a média nacional de benefícios da espécie “87” é de 6,32% e no Estado do Amazonas, cujo índice já é considerado elevadíssimo, é de 16,68%.” **Segundo as investigações, a organização criminosa fraudou expressivo número de benefícios previdenciários, o que permite concluir que os seus componentes tinham a crença de que o esquema criminoso não seria apurado e descoberto pelos órgãos estatais de fiscalização e controle. Por tal motivo, a operação foi denominada “CRENÇA”**.

(Fonte: Ministério da Previdência Social – grifos meus)

Os três primeiros casos representam apenas aqueles em que houve prisão em flagrante por apresentação de documentos falsificados durante o exame pericial. Este último, no entanto, merece destaque, pois trata-se de uma operação da Polícia Federal cujos dados chamam atenção, sobretudo os referentes ao município de Juruá/AM. Conforme apresentado, quase metade dos benefícios mantidos na cidade seriam da chamada espécie “87”, o Benefício de Prestação Continuada (BPC).

A suspeita da Polícia Federal era de que *integrante da perícia médica do INSS confeccionava laudos ideologicamente falsos para “legalizar” a concessão dos benefícios*. Não há especificação se este integrante da perícia médica, conforme relato do caso, seria um médico perito. Mas, ao contrário dos demais casos, que envolviam falsificação de documentos, como atestados e outros exames clínicos, aqui o laudo pericial tornou-se alvo de fraude, ou seja, o próprio documento oficial. A justificativa dada sobre a denominação pela qual a operação tornou-se publicamente conhecida também é interessante. Segundo o trecho reproduzido, existia a crença na impunidade das fraudes e, por via reversa, a descrença nos *órgãos estatais de fiscalização e controle*, como a polícia. No caso da Previdência Social, esta fiscalização e controle estatal sobre atos criminosos que possam envolver dinheiro público têm na perícia médica, precisamente nos médicos peritos sua representação máxima. A Força Tarefa previdenciária apenas age quando o controle escapa de uma de suas partes – a perícia, que tem por competência, para além do reconhecimento (ou não) da incapacidade laborativa, reconhecer as tentativas de fraude e selecionar os casos *idôneos* e *honestos* daqueles considerados suspeitos. Isto porque, “tem fraudadores de todos os tipos, e dentro dos órgãos federais o INSS é o órgão que mais demite, porque tem funcionários envolvidos. Essas quadrilhas existem e vão continuar existindo”, me disse um médico perito.

Todas as ações envolvendo fraude contra a Previdência Social foram subdivididas e organizadas numa tabela, que inclui o prejuízo aos cofres públicos no período que compreende os anos de 2003 à 2014 (Tabela 1).

TABELA 1 – AÇÕES FORÇA TAREFA PREVIDENCIÁRIA

Ano	Ações conjuntas			Prisões em flagrante			Prisões			Prejuízo divulgado – valores em mil	
	Flagrantes	Operações	Total	Servidores	Outros	Total	Servidores	Outros	Total		
2003	5	5	10	0	12	12	0	6	6	18	406
2004	0	22	22	0	1	1	48	113	161	152	547.722
2005	0	28	28	0	0	0	53	133	186	156	1.015.450
2006	3	43	46	0	5	5	57	185	247	247	14.708
2007	16	25	41	0	23	23	29	154	216	216	29.884
2008	7	36	43	0	9	9	77	234	320	320	2.143.934
2009	20	38	58	1	41	42	32	250	324	324	139.288
2010	25	44	69	0	37	37	41	126	204	204	294.719
2011	47	44	91	1	72	73	39	170	282	282	226.853
2012	30	31	61	0	59	59	2	34	95	95	88.862
2013	30	38	68	1	41	42	10	38	90	90	118.226
2014	26	27	53	1	38	39	4	59	102	102	50.874
Total	209	381	590	4	338	342	392	1.512	1.904	2.246	4.670.926

Fonte: Ministério da Previdência Social – Ações Força Tarefa Previdenciária

A análise da tabela demonstra que não ocorreram aumentos significativos de prisões desde que os primeiros médicos que ingressaram na carreira da perícia de Estado passaram a atuar, em 2006, embora a aprovação da lei de criação tenha ocorrido em 2004. Estes números também podem sugerir que não houve aumento no número de prisões efetuadas no período porque os médicos, ao reivindicarem sua atuação como peritos de Estado e o monopólio da avaliação pericial para fins de concessão de benefícios aumentaram a fiscalização sobre os recursos administrados pela Previdência Social, pela qual passaram a responder como agentes estatais em uma busca por impedir a ocorrência de fraudes.

No entanto, tais práticas são consideradas sempre iminentes, vindas daqueles para os quais o recebimento de benefícios estatais seria preferível ao trabalho ou substitutivo da renda. E, com isto, a suspeita e a desconfiança dirigidas a estes se tornam, igualmente, sempre constantes. Como no caso narrado abaixo por uma médica perita, que ilustra uma tentativa de fraude através da utilização de documentos médicos adulterados:

Teve uma situação de uma segurada empregada, que apresentou exame de tomografia com data posterior, acho que dez dias depois da perícia. E ela agendou a perícia, fez o requerimento, e quando surgiu uma vaga ligaram para ela ir fazer a perícia, mas ela alegou que não

tinha documentos. Eu disse: “olha, quando você faz o requerimento, você tem que estar pronta com essa documentação toda”. Não pode agendar o requerimento e depois ir atrás da documentação médica. E ela chega na minha frente com uma tomografia com data de dez dias depois da data em que nós estávamos. E eu liguei para clínica de tomografia, falei com o dono, e ele disse: “encaminha ela para mim que eu mesmo vou fazer essa tomografia”. E o que aconteceu foi que um técnico de enfermagem tinha roubado o carimbo dos médicos e estava vendendo os laudos. Tanto que ela me disse: “não, eu consultei ontem”. Só que ontem no caso era um domingo, a clínica não abria domingo. Situações de atestados de pessoas que não são médicas, com CRMs falsos, porque a gente sempre checa os registros, tanto do CRM quanto do CFM, de carimbos de médicos que não existem. Se a situação configura fraude, na hora tem todo um procedimento que a gente precisa fazer.

Neste sentido, quando há suspeita de fraude, não apenas as contradições (como realizar exame de tomografia num domingo) se tornam indícios, mas a verificação dos registros nos Conselhos Federal e Regionais de Medicina, e mesmo a ligação para determinadas clínicas onde os exames foram realizados se constituem elementos de verificação, por parte dos médicos, quando ocorre suspeita de fraude.

2.5 O “papel do Estado”

Para além de todos os embates, disputadas e controvérsias envolvendo a perícia médica do INSS, há que se considerar, da mesma forma, os casos em que os benefícios são concedidos após realização do exame pericial, e o “papel” do Estado na administração dos benefícios da seguridade, tal como destacam os que seguem abaixo:

Esta talvez não seja uma manhã típica na sala de espera da perícia médica...poucas pessoas aguardam e há pouco diálogo. O barulho do ar-condicionado é interrompido apenas pelo barulho do monitor de senhas. Um senhor lê o jornal local, uma mulher tenta distrair o filho no carrinho de bebê, e um casal cochila abraçado. Todos demonstram tranquilidade, exceto uma mulher que parecia ser muito jovem, sentada na primeira fileira de cadeiras. Grávida, ela caminha de um extremo a outro da sala, carregando uma garrafa de água e

uma toalha de rosto. Coloca a mão nas costas, tenta se alongar e demonstra estar impaciente, olha para o relógio de pulso, digita no celular. Eu me dirijo até a primeira fileira e aguardo seu retorno. Ela senta e logo tenta fazer uma ligação em seu iPhone, desistindo logo em seguida. Pergunto se ela está esperando há muito tempo e ela responde: sim, eu tenho senha de prioridade (no atendimento) agora, mas na primeira vez que fiz perícia, há seis meses atrás, demorou muito mais.

– Você vai repetir a perícia por quê?

– Porque eu pedi prorrogação do auxílio-doença, agora eles (médicos peritos) precisam avaliar novamente.

– Por que você está afastada do trabalho?

– Estou afastada por stress, eu sou bancária. Por mim estaria trabalhando agora, sinto vergonha de estar numa situação dessas...ter que pedir auxílio é constrangedor.

– Por quê?, eu pergunto.

– Porque eu não acho que seja certo. Sempre fui contra a pessoa se afastar assim e pedir auxílio. Eu vejo isso sempre na perspectiva do meu pai, que era empresário, empregador, no caso. Ele tinha oitocentos funcionários e teve muitas causas trabalhistas depois. Antes eu não entendia, tinha alguns problemas com ele, mas agora percebo que ele estava certo, o que ele pensava sobre isso. Sobre o que? Eu sigo perguntando. Sobre esses afastamentos...Ele acha que as pessoas que fazem isso são um bando de sugadoras, que gente paga pra essas pessoas ficarem em casa sem trabalhar. Mas, no meu caso, tava insuportável o ambiente de trabalho. Nesse banco onde eu trabalho até hoje foi o meu primeiro emprego, eu fazia estágio quando ainda estava na faculdade. Logo que eu me formei em administração eles me efetivaram. Teve uma época que eu ganhei muito dinheiro, cumpria todas as metas, fui funcionária destaque, fiquei entre os cinco melhores funcionários do Brasil. Depois que mudaram a gerência se tornou horrível trabalhar lá. A minha chefe me perseguia, se eu tava no computador ela olhava por trás de mim pra saber o que eu tava fazendo, se eu atendia o telefone ela falava que era ligação particular e que não podia atender durante o expediente. Eu sou gerente pessoa jurídica, atendo empresários, explicava tudo, cada detalhe do contrato...ela não valorizava, cheguei no limite e tive que pedir afastamento. Eu pedi transferência, tentei negociar uma demissão e eles não aceitaram. Eu

tomo remédio controlado, agora tive que parar porque engravidei. Pergunto como foi a primeira perícia e ela responde que foi muito tranquila, inclusive o médico perito teria prescrito o prazo máximo de concessão – seis meses. O que você falou para o médico? Mostrou algum exame, receituário...eu falei pra ele exatamente o que eu acabei de relatar para você: que eu gostaria de estar trabalhando, mas que naquele ambiente era horrível. Mostrei o atestado e a receita dos medicamentos tarja preta que a minha psiquiatra deu, e eles concederam. Imagina, trinta por cento dos funcionários desse banco estão afastados por doenças psiquiátricas e eles não levam esse dado em consideração...agora vamos ver se recebo prorrogação...

Esta caso contrasta com todos os apresentados até então, não apenas por se tratar de uma bancária, não oriunda de camadas populares, mas pelo significado que ela atribui à solicitação de benefícios previdenciários em sua narrativa, cuja ênfase recai muito mais nos motivos que a levaram a se afastar do trabalho do que na própria concessão do auxílio em si. Aqui, não se trata de um discurso do convencimento, tampouco de uma valorização das provas materiais que embasam o mérito da solicitação e a necessidade da concessão. Requerer benefícios do Estado configura-se, segundo ela destacou, como uma situação constrangedora. A "vergonha de ter que pedir auxílio" não se deve a certa dependência do que poderia ser definido como uma ajuda assistencialista do Estado, que apenas administra o seguro. Ela está relacionada a uma avaliação moral de que não é *certo* se afastar do trabalho enquanto outras pessoas estão contribuindo com a Previdência Social e, portanto, ajudando a pagar o auxílio daquele que permanecerá em casa durante o período de afastamento. Neste caso, a vergonha não é atribuída à situação de dependência de um seguro estatal, mas ao fato de se estar explorando os demais contribuintes. Situação esta justificada pelo stress que o ambiente de trabalho lhe causou, o que a impediu de seguir trabalhando, embora desejasse.

Outro caso em que o benefício foi concedido pelo médico perito é o de uma operadora de caixa de supermercado. Conheci Paula também na sala de espera para realização da perícia médica, na agência da Previdência Social localizada na zona norte de Porto Alegre. Preocupada com a demora entre uma senha e outra, ela pergunta se estou aguardando há muito tempo. *Na verdade, não estou aguardando perícia...* respondo. Aproveito para me apresentar e explicar o que me levava a estar na sala de espera sem, no entanto, estar aguardando uma chamada para perícia. Pergunto, então, por que motivo ela realizará o exame,

Eu vou fazer porque pedi prorrogação do auxílio-doença, trouxe novos exames para mostrar desde que fiz a última perícia. Na primeira vez que eu fiz eu não passei, porque eu vim por conta própria, sabe. Depois que passou os quinze dias que a empresa paga eu fui no INSS e não consultei médico, não tinha exames pra mostrar, nada. Aí, eles explicaram o que eu tinha que fazer. Eu achava que tinha tendinite, mas quando fiz o exame de raio-x era até mais grave do que eu pensei que fosse, vou ter que operar (fazer cirurgia). Marquei perícia novamente, apresentei todos os exames pro médico, ele olhou, me examinou e concedeu. Mas, eu acho que depende muito do médico. Tem uns que estão de bom humor e te tratam bem, outros são estúpidos. A primeira vez que eu fiz perícia foi com uma médica e ela foi muito grosseira. A segunda foi mais tranquila, me tratou bem. A minha mãe me contou esses tempos que quando ela fez perícia, há uns anos atrás, na época ela trabalhava num supermercado também, mas como auxiliar de limpeza... E ela usava aquelas vassouras pesadas, sabe? E de tanto usar aquilo ela lesionou o ombro, chegou a ficar um tempo encostada pelo INSS. Ela contou que o médico (perito) insinuou que ela era nova e não queria trabalhar, tava fazendo corpo mole. E eu perguntei se ela disse alguma coisa e ela contou que ficou quieta! Imagina, que humilhação! Se fosse comigo, eu processava, porque eles não podem falar essas coisas. Pensa bem, a pessoa já está numa situação constrangedora ali, de ter que pedir pra se afastar do trabalho, não sabe se vai dar certo, se vão conceder (o auxílio), e aí eles (médicos peritos) falam isso pra gente? Quem iria querer passar por uma situação constrangedora dessas se não estivesse precisando realmente? A minha mãe falou que eles (médicos peritos) devem pensar o mesmo de mim, que eu sou jovem e não quero trabalhar. Eu disse pra ela: então, eles que digam isso pra ver se eu não processo! Tem gente que ouve e fica quieta, mas comigo não, eu processo. Eu inclusive estou processando a Previdência já, porque eu pedi auxílio reclusão pro meu filho. Eu sou separada e meu ex-marido está preso agora, está devendo pra justiça. Mas, ele contribuiu anos com a Previdência, trabalhava com carteira assinada. Aí eu vim aqui nessa agência mesmo e fui muito mal atendida por um funcionário, ele disse que meu filho não tinha direito. E eu disse: o que? O meu filho é menor de idade, tem dois anos e o pai dele está recluso, mas contribuiu com a Previdência, então ele tem

direito, sim! Quer dizer que a gente paga do nosso salário e o Estado não nos ajuda quando a gente precisa? Mas eu não deixei passar. Procurei um advogado e estou processando a Previdência. Aí, eu precisei de um documento e acredita que eles cobraram para emitir? Eu paguei aquela guia de recolhimento no Banco do Brasil, peguei o comprovante e levei no meu advogado. Ele disse que não poderiam ter cobrado. Imagina! É o Estado que tem obrigação de pagar! Eu já pago a Previdência por mês! Imagina quanto eles não arrecadam! Quantas pessoas trabalham com carteira assinada no país! Fora os que pagam por conta própria (refere-se aos trabalhadores autônomos). Eu disse pra minha mãe que agora eu sei o que as pessoas de mais idade passam. Trabalham a vida toda e quando precisam da Previdência não recebem ajuda, e eles pagaram para isso...

Estas duas narrativas contrastam sobremaneira não apenas na evidente divergência em relação às concepções sobre o "Estado" e o papel deste, mas, igualmente, no que tange às concepções sobre direitos e cidadania. Para Paula, a humilhação e o constrangimento no encontro com o "Estado" não se deve ao fato de ter que "pedir auxílio" a este, como o é para a jovem bancária. A situação se torna constrangedora e humilhante pela necessidade de ter que pedir por algo que é considerado por ela como um direito – o auxílio, ao qual o "Estado" deve obrigatoriamente conceder, uma vez que o trabalhador contribui mensalmente com uma parcela de seu salário para receber esta "ajuda" (previdenciária) quando necessitar dela, o que nem sempre ocorreria, segundo Paula. Há um contraste, igualmente, entre o "pedir" e o "exigir" auxílio. É interessante destacar que, enquanto esta faz referência explícita à um "Estado" que tem obrigações para com aqueles que pagam a Previdência, na primeira narrativa este "Estado" não é mencionado, mas surge nas entrelinhas do argumento para um ato que não é considerado certo – solicitar auxílio para afastamento do trabalho, ainda que por motivos de doença.

Da mesma forma, enquanto para Paula a contribuição previdenciária é tratada em termos de arrecadação – *quantas pessoas trabalham com carteira assinada no país* e, portanto, contribuem com a Previdência Social? No primeiro caso, ela é analisada através da lógica da equidade e de uma avaliação moral que não considera *certo* afastar-se do trabalho enquanto outras pessoas estão contribuindo com o montante recebido por conta do afastamento. No caso de Paula, o processo judicial, ao qual ela tantas vezes faz referência, se constitui em um recurso para resolução de diferentes conflitos no qual o Estado é uma das partes e pode se

tornar réu, seja para fazer com que este reverta, efetivamente, a sua contribuição mensal, pois o seguro (denominado auxílio) é um direito do trabalhador; seja para fazer com que o "Estado" reconheça que seu ex-marido, apesar de estar *devendo para justiça* trabalhou com carteira assinada e, portanto, pagou a Previdência mensalmente, o que assegura o auxílio reclusão para seu filho menor de idade. O processo judicial também é visto como um recurso de defesa contra possíveis julgamentos morais por parte dos médicos peritos. Neste sentido, a possibilidade de acessar o judiciário contra o Estado também empodera o cidadão. Não por acaso ao falar do processo Paula o faz em primeira pessoa, e o processo, antes substantivo (como ação judicial), torna-se verbo (processar). Aqui, o ato de processar pode ser real: eu estou processando a Previdência Social, ou potencial: eu posso processar o médico perito.

Estas duas narrativas também remetem à proposta apresentada na introdução deste capítulo – sobre a importância de se destacar, para além dos processos de formação do Estado, como este "Estado" é imaginado e construído pelas pessoas. "Estado" este que se revelaria na vivência cotidiana com a burocracia estatal, como enfatizou Gupta (1995), seja no momento em que se necessita pagar pela emissão de documentos, por exemplo, seja no momento em que se necessita pedir ou (exigir) auxílio. Assim, este encontro com o "Estado" se revela de diferentes formas, e também engendra diferentes conflitos.

3. Sobre moralidades e legitimidade

“Un Perito debe decir siempre la verdad, para ello es necesario primero saber encontrarla y luego querer decirla. Lo primero es un problema científico y lo segundo es un problema moral”.

Nerio Rojas³⁰

Diferentes definições sobre perícia e atribuições do perito perpassam os campos da Medicina e do Direito. Um ponto de confluência, no entanto, situa-se exatamente nesta *busca pela verdade*. No entanto, este capítulo não versará sobre os usos que o judiciário faz dos saberes e práticas dos experts, ou de como a ciência adentra os tribunais por possuir a legitimidade de dizer a verdade; tampouco tem a intenção de esmiuçar o amplo sentido do conceito de perícia, que abarca, inclusive, o campo da Medicina Legal. Ao tratar de perícia médica previdenciária, o foco, aqui, será direcionado para este *problema moral* de dizer sempre a verdade e da necessidade da prova, e de como esta se tornou obrigatória para concessão de direitos. Este capítulo trata, pois, de moralidades e legitimidade, elementos estes que permeiam a perícia médica do INSS.

3.1 A importância da prova em contextos de desconfiança

Um médica perita com quem conversei a respeito das etapas do próprio exame pericial destacou a importância da prova, e mesmo o papel (ou influência) que a desconfiança exerceria na avaliação:

O perito sempre é desconfiado, ele parte do pressuposto de que tem que haver uma prova, porque se não precisasse isso, bastava apresentar o atestado do médico e teria o benefício. A cidadania

³⁰ Psiquiatra, médico legista argentino (1890-1971).

brasileira se organizou para dizer que nós temos que cobrar daquela pessoa que ela prove que ela faz jus àquele benefício, porque é o dinheiro de todo mundo que sai dali. A relação entre perito e segurado é uma relação de conflito direta, ela já começa sendo uma relação de conflito, porque o perito só pode trabalhar com prova, ele não pode trabalhar com o abstrato. Mas, eu considero a anamnese, que é a parte da perícia onde tem a entrevista, onde tem a fala do segurado, onde ele vai relatar tudo o que aconteceu, extremamente importante, porque nesse momento o segurado vai dar as informações dele. Depois, a análise da documentação objetiva que ele trouxe, e o conhecimento que eu tenho daquela doença e da legislação previdenciária. Uma pessoa que tem uma deficiência, que foi avaliada pelo Ministério do Trabalho e Emprego como deficiente, que foi empregada numa vaga para deficiente. Ela trabalha quatro meses e vai até o INSS solicitar um benefício porque é deficiente, essa pessoa, tecnicamente, ela não pode ser considerada incapaz ou que cumpra critérios para um benefício por incapacidade. Então é isso, é a anamnese, a história, escutar o segurado, a análise de toda a documentação, toda a prova que ele trouxe, a solicitação de algumas mais, se preciso, o exame físico que é essencial, e o conhecimento de legislação e medicina, esses são os critérios. Porque a concessão nada mais é que a retirada de um seguro, e para retirar um seguro tem que ter prova, e uma das provas é ter acompanhamento médico, é tratar a sua doença, e no tratamento também é passível o indeferimento. A apresentação de documentos é ponto crucial, não se consegue fazer uma conclusão sem a apresentação de documentos, ou então a conclusão vai ser sempre pelo indeferimento, pela negativa. Então, o perito sempre vai pedir a objetividade da prova, e o que acontece é que muitas vezes o segurado não tem, ou ela é insuficiente, ou ela é falsa ou ela é equivocada. E a representação que sempre se tem do médico perito é a de que ele é uma pessoa que vai barrar o acesso à um direito a um segurado que imagina que tenha sempre.

Para além da importância dos documentos na constituição daquilo que as pessoas entendem como sendo a prova de sua incapacidade, que será analisada com maiores pormenores no capítulo seguinte, chama a atenção na fala desta médica o fato de que a produção da prova da incapacidade pode ser decisiva na avaliação do perito, porque as provas produzidas ou os documentos levados é que garantiriam a conclusão final. Para ela, no entanto, muitas vezes esta “objetividade da prova” (os documentos médicos) seria insuficiente ou falsa. E esse discurso da desconfiança em relação à falsificação (e à fraude) merece destaque aqui.

Maria da Penha Melo e Ada Assunção (2003), ao analisarem as características do ato médico pericial da Previdência, também destacaram o envolvimento da desconfiança no processo de decisão. Segundo elas, “acreditar ou desconfiar do segurado é palco para o

conflito do perito com as suas crenças e saberes, originando polêmicas sociais fortes sobre o papel da Previdência em geral, e o da medicina, em particular, na proteção da saúde e da vida” (Melo e Assunção, 2003:119).

Didier Fassin, juntamente com Richard Rechtman (2009), efetuaram uma análise sobre o que designam como o *império do trauma* na França, no qual a comprovação deste teria se tornado uma das exigências para concessão de asilo aos candidatos ao status de refugiado no país. O trauma sofrido, como consequência psicológica da violência e da tortura no país de origem, acabou se constituindo como parte importante (e decisiva) da prova que as instituições francesas demandavam dos solicitantes. Neste sentido, além das cicatrizes no corpo era preciso comprovar, através de atestados médicos, os efeitos psicológicos da violência. Segundo Fassin e Rechtman (2009), o aumento nas solicitações de asilo na França teria contribuído, em igual medida, para o aumento da suspeita em relação aos solicitantes, onde o trauma e sua comprovação teriam se tornado parte de um *teste de verdade*. Da mesma forma, o atestado médico poderia ser visto como paradoxalmente contribuindo para o crescimento da suspeita, reduzindo, igualmente, a legitimidade da causa. Neste sentido, a necessidade de um parecer médico e de atestados também serviria para lembrar o solicitante que sua palavra deixou ter valor e que sua verdade não será levada em consideração na decisão de concessão ou recusa de asilo. Para os autores, o estabelecimento do trauma como parte de um *regime de verdade* diria muito mais sobre moralidades do que sobre clínica e diagnóstico, no qual o *expert da psique* emergiria como o especialista que pode confirmar ou invalidar um pedido de asilo.

Ainda seguindo o contexto francês, os trabalhos do sociólogo Vincent Dubois (2010; 2013), cujo foco analítico são programas estatais de assistência social, também oferecem caminhos para se pensar a questão da suspeita no que tange à concessão de benefícios, e ao teste de verdade, ao qual se referem Fassin e Rechtman (2009). Segundo Dubois, o aumento do controle no repasse de benefícios, como seguro desemprego e outros destinados à mães solteiras, por exemplo, não estaria relacionado apenas ao aumento nas solicitações, mas também à múltiplas e profundas mudanças ocorridas no *welfare state* desde a década de oitenta na França. O aumento de racionalidades administrativas, centradas no monitoramento das despesas, teria levado à um aumento nas verificações internas, ou seja, nas próprias instituições, e externas, entre os destinatários dos benefícios, cujo objetivo seria detectar fraudes e casos de abusos.

A prevalência de uma visão financeira sobre o bem-estar social teria como consequência o corte de despesas em todos os meios possíveis, incluindo redução no número de beneficiários através do aumento no rigor dos critérios para concessão. Dubois afirma, neste sentido, que os desempregados e outros que recebessem benefícios assistenciais do Estado, passaram a ser cada vez mais monitorados pelo temor da fraude. Este monitoramento ocorreria através de visitas e entrevistas que os agentes estatais realizam nas casas das pessoas que recebem auxílio, a fim de verificar se realmente se encaixam nas exigências do Estado para concessão e se esta condição foi alterada. Se nos casos analisados por Fassin e Rechtman (2009) os testes de verdade ocorreriam através dos laudos psiquiátricos assinados por experts da psique, na Previdência Social através da perícia médica e do parecer dos médicos peritos, nos casos trazidos por Dubois eles ocorreriam através dessas entrevistas individuais efetuadas por funcionários que se deslocam do welfare office para realizar esta fiscalização. Ainda segundo Dubois, de um instrumento de controle burocrático, a entrevista teria se tornado um instrumento de controle social no "governo do pobre". Não por acaso elas apresentariam uma forte dimensão moral, sendo destinadas ao "mau pobre", ou seja, àquele que prefere receber benefícios do Estado ao invés de procurar um emprego.

Ainda que no contexto brasileiro de Seguridade Social o seguro desemprego seja um direito do trabalhador que possui carteira assinada, e não um repasse de verba ligado à políticas de assistência social como na França, torna-se relevante analisar comparativamente estas políticas de controle na concessão de benefícios, sejam assistenciais ou previdenciários. A fiscalização através de entrevistas, os laudos psiquiátricos para refugiados na França, e a perícia médica como critério de acesso a determinados benefícios no Brasil constituem-se em instrumentos que não apenas visam evitar fraudes. Mas, juntamente com os documentos, emergem em contextos onde a palavra, por si só, não possui valor de prova e autenticidade. Mariza Peirano (2009), ao tratar da importância dos documentos, destacou que

No mundo moderno, documentos são objetos indispensáveis, sem os quais não conseguimos demonstrar que somos quem dizemos que somos. Precisamos de provas materiais que atestem a veracidade da nossa autoidentificação, já que, por nós próprios, esse reconhecimento é inviável. Nossa palavra não é suficiente (Peirano, 2009:63).

Apesar dos documentos constituírem a prova, por parte das pessoas, e embasarem a veracidade da solicitação, eles podem não ser utilizados e tão pouco embasar a decisão de concessão ou negação de benefícios por parte dos médicos peritos. Estas decisões também se amparam e reproduzem uma visão institucional pautada na desconfiança que teme condutas

ilícitas e os atos considerados de “má-fé” contra os recursos públicos. Neste sentido, os médicos peritos se tornam, então, não apenas especialistas na avaliação de incapacidade laborativa ou de deficiência, mas também especialistas em detectar e combater fraudes contra a instituição que representam. Isto porque o temor da concessão indevida, através de atos fraudulentos, paira sobre a Previdência e o INSS.

No entanto, ainda que a dimensão da suspeita seja um elemento considerado importante no combate à possíveis fraudes, o pressuposto da desconfiança e da fiscalização pode não ser compartilhado ou definir o papel do perito, como comentou um dos médicos peritos entrevistados:

A desconfiança te oblitera, diminui o teu campo de visão. A gente tem que entrar numa perícia totalmente ingênuo. A diferença do bom perito e do mau perito é que o bom perito ele está aberto às experiências, o mau perito parte do pressuposto. Às vezes, a gente vê que a pessoa está mentindo, mas tem que tratar com respeito, nós não estamos ali para confrontar, contrargumentar. Boa parte das agressões que acontecem na perícia o perito é parte integrante, ele não pode provocar. Por isso, na minha opinião, ele não pode ser um denunciante, ele não pode ser fiscal, ele é perito. Nós somos instrumento de aferição, nós temos é que confiar nos nossos instrumentos e verificar, em relação à incapacidade, se tem nexos ou se não tem. Se o perito percebe alguma irregularidade ele tem que comunicar o seu superior. E o superior é que vai acionar os mecanismos da Previdência, que são a ouvidoria, a Polícia Federal e o Ministério Público. Nós não podemos exceder o papel de perito, nós temos que saber os limites da atuação.

Enquanto um “instrumento de aferição”, como destacou um dos médicos entrevistados no trecho acima, o papel do perito seria o de estabelecer o nexo relacionado à incapacidade para o exercício de determinadas atividades. Da mesma forma, ele pode lidar com situações que não se configuram como fraudes, mas onde se “exageram sintomas para conseguir o benefício”, como me disse um destes médicos. Este pode ser um caso que envolva “simulação”:

O sujeito que simula ele é o que mais dá trabalho na perícia, porque ele tem exagero de sintomas, ele quer que o perito olhe papéis. E a área mais complexa é a da psiquiatria. Uma vez eu fui convidado para participar de uma reavaliação de benefícios de longa duração, ou seja, daqueles benefícios que haviam sido concedidos e a pessoa recebia há bastante tempo, isso foi no interior de São Paulo, e nós analisamos alguns casos. E nós fomos chamando as pessoas pelo

nome e chegou a vez de um senhor. Ele entrou, estava bem arrumado, bem bronzado, usando um bom relógio, um bom sapato. O doente de verdade ele tem cara de doente, tem aspecto de doente, tem estampado o estigma da doença, a gente vê que aquela pessoa carrega as marcas da doença. E ele chegou lá, pedi a identidade ele me entregou. Ele trabalhava no setor administrativo em uma prefeitura. E eu perguntei: o que o senhor tem? E ele: “não sei” (o motivo do auxílio-doença era transtorno depressivo). E eu perguntava: Mas o que o senhor tem? E ele: não sei...pegava o casaquinho que tava usando no dia e tentava matar os mosquitos da sala. O senhor veio com alguém? Sim, uma mulher me trouxe. E quem é ela? Não sei, não conheço. Mas o senhor costuma sair com quem não conhece? Ela foi na minha casa e me disse que eu tinha que vir aqui com ela. E o senhor mora com quem? Deixaram o senhor sair com uma estranha? Não, eu saí escondido. Quantos anos o senhor tem? Não sei. Qual o seu nome? Não sei. Data de nascimento. Ficou nesse não sei, não conheço. Mas quando eu chamei ele pelo nome ele levantou e foi até a sala. E eu falei: então o senhor não sabe quem é nem porque veio. Cheguei na sala de espera da perícia, a sala cheia. Cheguei e falei: por favor, silêncio. Esse cidadão aqui não sabe quem é e disse que veio com uma pessoa que ele não conhece, quem trouxe esse senhor? Aí levantou uma senhora, bem vestida assim, chegou e eu disse: a senhora pode entrar aqui, por favor. Quando ela entrou eu perguntei: o que a senhora é deste senhor? E ela: sou esposa dele. E eu disse pra ela: olha, ele chegou aqui e disse que não sabia nada a respeito dele. E ela tentou contar uma história, disse que ele era nervoso, se contradizia. Que remédios ele toma? Ela disse que não sabia.

Assim que eles saíram da sala eu olhei pros colegas e perguntei: qual de vocês quer seguir esse senhor na rua? Um dos médicos se ofereceu. Então, tirou o jaleco, foi atrás deles e viu que o senhor se dirigiu a um estacionamento perto da agência da Previdência, tirou um dinheiro do bolso, pagou o estacionamento foi até o carro, parece que tinha umas pessoas esperando por ele, e saiu guiando. Quando esse médico voltou, eu pedi pra ele não relatar de imediato o que tinha visto. E perguntei para outros: o que vocês acharam desse caso? Ah, ele está muito doente, um deles disse. E eu: quer dizer então que vocês dariam o benefício para um simulador e negariam para uma pessoa realmente incapacitada. O verdadeiro doente, o verdadeiro incapacitado, às vezes fica devendo para o simulador em termos de teatralidade.

Situações como esta seriam comuns, segundo o médico que a narrou. Em algum momento de sua trajetória de análise pericial, o perito precisaria lidar com casos de simulação e “teatralidade”. A confusão entre “simulação e realidade”, ou “teatralidade e verdade”, poderia induzir os médicos a conceder benefícios indevidamente e a indeferir de forma equivocada. A descoberta da simulação não se daria apenas em relação ao discurso, que pode

ser avaliado contraditório, mas também ao fato de se verificar alguns atributos que poderiam revelar o simulador ou uma situação contraditória. Isto porque o verdadeiro doente carregaria “as marcas da doença”, ele não se apresentaria de uma forma que pudesse denotar o contrário, como estar “bem vestido, usando um bom relógio e um bom sapato”. E estes atributos podem ser registrados no laudo como argumento, não apenas clínico, mas também moral, para justificar o indeferimento de benefícios. No campo destinado às considerações sobre o exame físico no laudo padronizado, o médico perito pode inserir avaliações do tipo “vestes e higiene adequados”, “vestes adequadas para a ocasião”, “bom estado geral”, “corado”, “abdômen levemente globalizado”, “apresenta calosidades palmares”, “resíduos subungueais que indicam atividade manual recente”. Nestes casos, o conteúdo (de cunho moral) do laudo também acaba indicando as conclusões e decisões do perito em relação ao pedido do “periciado”.

Além disso, este tipo de observação nos laudos sugere que os médicos acabariam conduzindo a perícia muito mais a partir de indícios do que de evidências. Para além de uma “medicina baseada em evidências”, suas avaliações estariam pautadas num certo tipo de saber denominado “indiciário”, cujo o desenvolvimento do paradigma foi analisado por Carlo Ginzburg (2007). Segundo este autor, a própria Medicina estaria incluída nas chamadas “disciplinas indiciárias”, uma vez que também partiria de elementos considerados mínimos em suas análises. No contexto da perícia, caso os elementos não se apresentem como evidentes, determinadas pistas podem auxiliar nessa busca pela “verdade” – “se a realidade é opaca, existem zonas privilegiadas – sinais, indícios – que permitem decifrá-la” (Ginzburg, 2007:177). Em se tratando de perícia médica para fins de concessão de benefícios, a determinação de incapacidade (e mesmo de simulação ou fraude) passa pela observação de detalhes que poderiam passar despercebidos aos olhos de um leigo, mas não de um perito médico, como os “resíduos subungueais” ou “resíduos embaixo das unhas”, que representariam o indício da realização de “atividade manual recente” e, portanto, de capacidade para o trabalho. Da mesma forma, posturas, gestos, roupas, maneira de falar, também se constituem em elementos considerados pertinentes pelo médico perito no momento da avaliação. E é por isso que a lógica de investigação da perícia se diferencia da lógica de investigação operada por um médico durante uma consulta médica, que buscaria a doença ou a determinação de um diagnóstico. No caso da avaliação pericial, a investigação busca determinar a existência de determinada incapacidade, incluindo casos de simulação ou

fraude (ou elementos que os indiquem), como uma resposta ao Estado, que demanda esta avaliação como parte dos quesitos para liberação de benefícios.

3.2 Categorias de acusação (e defesa) moral

Nestes embates, algumas categorias de acusação (e também de defesa) moral também acabam sendo acionadas nos discursos e conflitos em torno da perícia médica do INSS. A “mentira” é uma delas. Para muitas pessoas com quem conversei durante o trabalho de campo, os médicos peritos desconfiariam de que elas estariam mentindo para receber benefícios apenas porque não desejariam trabalhar. A acusação por parte das pessoas seria a de que os médicos, ao indeferirem os pedidos, o fariam por suspeição de mentira.

Em uma situação que acompanhei na sala de espera para a realização do exame, um grupo de quatro mulheres conversava a respeito da incompreensão sobre o que os médicos desejavam e levavam em consideração durante a perícia. Uma delas aconselhou: *eu não sei o que eles querem, se a gente fala a verdade eles não acreditam, sabe o que eu acho? Que a gente deve mentir mesmo.*

No momento do relato dos casos na defensoria, a (desconfiança em relação à) mentira quase sempre surgia como elemento que parecia justificar o indeferimento administrativo, considerado injusto, e a busca pela reparação na justiça. A defesa contra a suspeita e suposta acusação de mentira, também eram frisados:

– *Eu trouxe tudo aqui para provar porque eu não gosto de mentira. Eu sou honesta;*

– *O médico de certo achou que eu estava mentindo, porque o pobre sempre leva fama de mentir;*

– *Eu não tenho porque mentir sobre uma coisa séria. Eu trouxe todos os atestados para mostrar;*

– *Eu estava bem naquele dia da perícia, por que eu iria mentir?*

– *O médico viu que eu não estava mentindo;*

– Tem tem gente que mente, inventa e recebe o benefício. E tem muitas pessoas que falam a verdade e não recebem;

– Eu sei que muitas pessoas mentem para receber, na televisão mesmo mostraram esses casos. Tem casos de pessoas que foram de muleta fazer a perícia, vão mancando. Depois saem de lá, passa uma, duas quadras, e voltam a caminhar normal. Tem muita gente que gosta de levar vantagem, mas não é todo mundo.

Estas foram algumas das frases que escutei em campo e que aparecerão ao longo de toda a tese. Além da mentira, outras categorias e outros termos também eram acionados e associados a ela, como “inventar”, “enganar”, “levar vantagem”, “passar a perna”, “fazer falcattruas”³¹. Neste sentido, é importante que se trate a dimensão da mentira (e seus correlatos) enquanto uma categoria nativa, tal como propõe Luiz Figueira (2007) em suas análises sobre a lógica de construção da verdade no Tribunal de Júri. Ao tratar do que designa como *mentira ritual*, de como a mentira operaria no ritual judiciário como uma técnica de defesa utilizada por réus e seus advogados, ele destacou que:

Ao tratar aqui da “verdade” e da “mentira” enquanto categorias nativas, não estou tentando estabelecer uma interpretação maniqueísta do tipo: os réus e os advogados são mentirosos e os promotores de justiça não são mentirosos. A “mentira” é compreendida, no contexto do ritual judiciário, como uma estratégia que está à disposição dos diversos atores no âmbito das disputas argumentativas (Figueira, 2007, p. 75).

Neste sentido, enquanto uma categoria (nativa) de acusação, a mentira não está restrita apenas às narrativas das pessoas em suas justificativas para o indeferimento de benefícios. Em conversa com uma médica perita sobre as reclamações ao fato de os médicos não olharem os documentos levados, ela me disse:

Se a pessoa fala que o médico perito não leu os documentos, ela está mentindo. Há um tempo atrás eu diria: não é verdade, mas hoje eu digo: é mentira. Quando falam isso eu sempre costumo ler a perícia anterior, listo os documentos e pergunto: quais os documentos que médico não leu? O senhor tem mais alguma coisa? Então isso não tem fundamento porque o médico perito vai responder por aquilo que

³¹ Esta expressão foi utilizada para nomear uma das operações realizadas pela Polícia Federal envolvendo fraudes contra a Previdência Social. A “operação falcattrua”, realizada em algumas cidades do estado de Santa Catarina, tornou explícito um esquema de fraude que seria realizado por uma quadrilha que utilizava indevidamente nomes de segurados para obtenção de benefícios. Segundo a Polícia Federal, “o nome da operação vincula-se ao fato dos integrantes da quadrilha utilizarem a expressão “falcattrua” ao se referirem a preparação dos golpes”. Operação Falcattrua desmantela quadrilha que fraudava a Previdência Social. Disponível em: <http://www.pf.gov.br/agencia/noticias/2012/julho/operacao-falcattrua-desmantela-quadrilha-que-fraudava-a-previdencia-social>.

ele está dizendo, a Controladoria Geral da União ela faz auditoria nos nossos laudos, existe uma responsabilidade técnica, o médico perito tem que subsidiar.

A *responsabilidade técnica* e o controle estatal em relação ao conteúdo e embasamento do laudo pericial se constituem, na fala dessa médica, como resposta à afirmação, que seria falsa, de que eles não olhariam os documentos médicos. A acusação de mentira, aqui, fundamenta a defesa em relação ao fato de supostamente não lerem ou analisarem as provas levadas pelas pessoas.

Ainda quando tinha autorização do INSS para realizar o trabalho de campo em uma de suas agências, e logo que esta autorização foi concedida, a Gerente desta, à época, ficou encarregada de me apresentar aos funcionários presentes. Quando chegamos à sala dos médicos, a Gerente logo disse: *essa menina é antropóloga, ela vai fazer uma pesquisa aqui, vai ficar na sala de espera da perícia.* Ao me cumprimentar, um deles disse: *que interessante.* Então, se dirigindo não mais a mim, mas à Gerente, falou: *eu acho que ela deveria ficar nas salas durante a perícia, porque assim poderia ver que o que falam por aí é mentira.* Neste sentido, a minha presença, ali, poderia ser usada para desconstruir “o que dizem por aí” a respeito da perícia, uma vez que poderia “ver” ou constatar que se tratava de mentira e boatos.

Presenciei outra situação em que a mentira foi acionada como argumento de defesa, desta vez contra uma acusação de assédio. No segundo Congresso Nacional de Médicos Peritos Previdenciários, realizado na cidade de Bento Gonçalves/RS, eu aguardava o início da exposição de uma juíza federal, convidada para compor a mesa que tinha como título *A perícia em julgamento*, enquanto dois médicos sentados ao meu lado conversavam a respeito de alguns casos de seu cotidiano de trabalho. Um deles, então, em tom de indignação disse: *eu acho que não existe essa de coitado, coitados somos nós! Imagina que eu estou respondendo a processos por causa disso. Um senhor disse que eu chamei ele de vagabundo, eu nunca disse isso, jamais diria, era mentira! Outro dia uma segurada chegou na minha frente, ela não levou documentação, não tinha nada consistente. Então, eu pedi para ela levantar um pouco a blusa, encostei nas costas dela, nas costas! Mais nada, e ela disse que iria me processar por assédio sexual! Eu acho que deveríamos gravar as perícias, deveriam instalar câmeras, porque eu não aguento mais passar por essas situações em que os segurados falam coisas assim, inventam coisas que nunca aconteceram.*

Casos de simulação, ocorrências de fraudes contra a Previdência, que serão abordados no capítulo seguinte, também são elementos importantes no discurso dos médicos. No

entanto, essas situações são narradas e encaradas como parte do cotidiano de trabalho do perito. As controvérsias surgiriam por conta do desconhecimento dos “segurados” em relação às demais etapas administrativas analisadas no processo, bem como da própria atividade médica-pericial e do papel do médico perito na instituição, tal como destaca um deles:

A gente lida com pessoas que ou estão simulando ou estão forçando a barra, e o perito deve lidar com isso sem se sentir ofendido ou ludibriado. As pessoas vão relatar o que querem para obter benefícios, ninguém veio aqui para receber uma resposta contrária. Então esse é um dos pontos fundamentais. O compromisso do perito não é com o paciente. No consultório o nosso principal compromisso é com a saúde do paciente. Aqui não, o principal compromisso é com a verdade. Se a verdade for desinteressante para o paciente não faz a mínima diferença. E as vezes isso traz problema para o perito. A previdência não tem essa preocupação de não conceder como muitas pessoas imaginam, pelo contrário, é um órgão extremamente concessor, político, tem muitas ingerências políticas. O negócio do INSS é conceder benefício, não existe nenhuma restrição, e o perito talvez seja um dos poucos profissionais cuja função é ser um tipo de porteiro, que avalia quem tem direito e quem não tem, ele seleciona. E é uma atividade que é vista com certa antipatia pelos usuários, porque ninguém gosta de ser periciado, as pessoas gostariam de que valesse o que ela quer e fala, mas não é assim, não que a gente desconfie de que as pessoas sejam desonestas, de forma alguma, é que a própria auto avaliação de saúde, doença e incapacidade ela é falha, eu posso achar que estou incapacitado e pode haver alguma discordância, também o contrário, as vezes eu posso achar que estou apto e não estou, alguém vai me examinar e ver que não estou. Então, a auto avaliação sobre saúde, doença, capacidade e incapacidade ela é falha, mesmo em países como a Finlândia, onde a honestidade é o principal valor, tem que ter perícia, até porque tem datas, tem que ver se cumpriu carência, não é só aquela fotografia do momento, tem que inserir a pessoa dentro do histórico previdenciário dela. Se não cumpriu carência, mesmo incapaz, não vai ter direito, e a pessoa as vezes não sabe disso.

A analogia com a porta e o porteiro, daquele que seleciona e permite ou não o acesso (aos benefícios, ao direito) é bastante significativa, tal como o guarda Diante da Lei de Kafka. Pois, ao contrário do que do que muitas pessoas supõem, “o INSS seria um órgão extremamente concessor, não existiria nenhuma restrição”. Coube ao perito a tarefa de realizar a triagem, operar o controle em relação às concessões (indevidas) e atuar como vigilante do sistema, retomando o capítulo anterior. Como destacou o médico, a desconfiança em relação ao pedido de auxílio não ocorreria por uma presunção de desonestidade das pessoas, mas, sendo a busca pela verdade o compromisso do perito, ele não poderia confiar

apenas no que os “usuários” dizem a respeito de sua suposta incapacidade, porque a auto-avaliação pode ser falha. Mesmo em um país como a Finlândia, onde segundo o médico a honestidade seria um valor fundamental, a perícia também seria exigida. “Verdade” e “mentira”, aqui, não seriam categorias definidoras de cada um dos lados da relação – entre médicos peritos e segurados, mas a busca pela primeira seria o objetivo fundamental do perito, que precisa responder pela existência da incapacidade, ao passo que a última seria um atributo de acusação das pessoas em relação a presunção de desconfiança do médico perito de Estado.

Também é importante que se destaque nesta sessão a categoria “encosto” e o adjetivo “encostado”, denominação que recebe o beneficiário do auxílio-doença. Entre as definições³² de *encostado* está a de alguém que não trabalha e vive à custa de outrem, neste caso do Estado, que administra o seguro. Por outro lado, o “encostado” que recebe auxílio do INSS pode ser um “amparado”, aquele que recebeu apoio do seguro estatal no momento que em precisou ficar afastado do trabalho por uma situação temporária de incapacidade. Apesar da imprecisão conceitual ou da ambivalência desta categoria, a ela não se atribui o valor de um “insulto moral”, nos termos de Luis Roberto Cardoso de Oliveira (2008). Nos momentos em que ouvi esta expressão durante o trabalho de campo, não havia constrangimento ou vergonha por parte das pessoas ao se definirem como “encostadas”. No entanto, tal como a referência ao “INPS”, ela geralmente partia dos mais velhos ao explicitarem sua condição: *estou esperando a resposta do INPS para ver se vou ficar encostado; sou encostado do INSS; estou encostado no momento, recebo auxílio-doença; meu filho é encostado do INSS; preciso me encostar pelo INSS*. E esta condição ou estado de “encostado” (ou mesmo o desejo de sê-lo) não se associava a outra, esta sim muito mais recorrente nas falas – a da “humilhação”. Em diversos casos que acompanhei as pessoas faziam referência ao fato de sentirem-se humilhados após a realização do exame³³. Como o de uma senhora, que teve o pedido de benefício assistencial negado: “eu disse para o médico que eu tomava remédio para pressão, falei que tinha diabetes, mas não adiantou. Eu me senti humilhada, até passei mal depois que saí da sala, dos nervos”.

Não raro na defensoria, durante o relato do caso e do exame em si, as pessoas choravam e diziam sentir-se humilhadas ante ao que poderia ser classificado como certa

³² Segundo as definições atribuídas pelo Dicionário Aurélio: *encostado* – adjetivo: aquele que não gosta de trabalhar, que não se esforça e é preguiçoso. Como substantivo: aquele que vive à custa de outrem, agregado.

³³ Maria da Penha Melo (2014b) também destacou a recorrência da palavra “humilhação” em suas análises sobre as reclamações envolvendo a perícia médica e dirigidas à Ouvidoria da Previdência Social.

“frieza” institucional, ou a uma falta de sensibilidade, que caracterizaria a burocracia e outras tecnologias (ou práticas) de governo, como a própria perícia médica. E isto não apenas no momento do atendimento, mas também através das avaliações sobre o direito ao recebimento ou não de benefícios. Tal como o relato que segue abaixo, de uma senhora, costureira e líder comunitária, que buscou a defensoria por não ter, segundo ela, reconhecido seu direito ao auxílio-doença, ao qual teria precisado somente após vinte e nove anos de contribuição:

“Eu acho uma humilhação contribuir (com a Previdência) uma vida toda e na hora que a gente precisa mesmo não conseguir (o benefício). Eu acho que a pessoa não precisa mendigar, barganhar o que é seu. No dia da perícia o médico perito olhou os meus exames e perguntou por que eu estava lá. E eu disse: olha, doutor, quisera eu não estar aqui hoje (eu disse bem assim para ele). Mas devido à incapacidade que estou apresentando, eu precisei vir. Aí ele fez o exame, rápido assim, e negou. Ele não me tratou mal, ouviu o que eu disse, mas negou. Eu acho que o Estado não tem direito de fazer isso, negar o que é da pessoa por direito. Tem gente que contribui um ano, que eu acho que é esse o mínimo, e já se encosta e até se aposentam automaticamente como inválidos, isso sim é injusto. Eu to pedindo o que é meu, só isso. Trabalhei a vida toda como costureira, nunca precisei de nenhum benefício do Estado em todos esses anos (...) Eu fui no INSS há muitos anos atrás para pegar o auxílio-maternidade, depois nunca mais. Auxílio-doença eu preciso só agora, depois de vinte e nove anos de contribuição”.

Tal como os casos apresentados ao longo da tese, onde o “Estado” emerge e se constitui durante as narrativas sobre a interação com agentes, as instituições e a burocracia, aqui ele também é evocado para se destacar não o tipo de atendimento que seria característico de suas instituições, mas o quanto este “Estado” pode, ao operar em uma lógica de negação de benefícios, barrar o acesso ao que seria considerado como um direito. Na fala desta senhora, há uma ênfase no tempo de contribuição à Previdência, nos (muitos) anos de pagamento que deveriam garantir o acesso aos benefícios. A noção de tempo nesta narrativa está associada, da mesma forma, ao tempo transcorrido desde a filiação ao regime previdenciário e a necessidade do auxílio-doença, uma vez que ela teria trabalhado uma “vida toda” sem ter precisado, o que veio a ocorrer somente após “vinte e nove anos de contribuição”. Para ela, no entanto, não haveria uma valorização, por parte do Estado, deste longo período de contribuição, tendo em vista que quem contribuiu pelo tempo mínimo – um ano, também poderia receber (se “encostar” e até se “aposentar como inválido”), frustrando a expectativa daqueles que, “depois de anos”, necessitariam eventualmente de “benefícios do Estado” e não

receberiam. Aqui, a valorização do “tempo de contribuição” constitui (ou deveria constituir) o mérito do pedido.

No caso relatado por esta senhora, a humilhação não teria partido do tratamento dispensado pelo médico, que teria lido seus documentos e escutado o que ela tinha a dizer a respeito de sua incapacidade, mas ao fato de precisar “barganhar” com o Estado e “mendigar” a este o que seria seu por direito – os benefícios da previdência, a qual ela teria pagado para receber.

Quanto a esta evocação do “Estado” nos relatos, Leticia Ferreira (2011), em sua etnografia sobre o processo de construção dos casos de desaparecimento em uma delegacia no Rio de Janeiro, destacou que:

tanto quanto “a burocracia”, “o Estado” seria um construto retórico evocado por cidadãos diante de desapontamentos, frustrações e humilhações experimentadas em encontros com servidores públicos em repartições variadas como, por exemplo, delegacias de polícia (...) Nessas queixas, “a burocracia” e “o Estado” figuram como entidades logicamente opostas à agência individual dos cidadãos, dotadas de força e poder tais que causam, por si sós, toda a opressão e brutalidade que possa ter recaído (ou vir a recair) sobre aquele que vai a uma repartição pública solicitar serviços, receber benefícios ou cumprir determinações legais. Impotentes, cidadãos seriam acachapados pelo poder mecânico e impessoal dessas entidades (Ferreira, 2011:113)

Em uma determinada situação, também na defensoria, uma outra senhora, que trabalhava como faxineira e teve o pedido de auxílio-doença negado, disse durante o atendimento: “o médico me examinou e depois falou bem assim: tem muitas pessoas com essa mesma doença que senhora tem e que trabalham, a senhora pode trabalhar normalmente. Ele não poderia falar isso, quer dizer que depois de velha eu virei mentirosa? Eles pensam que a gente não quer trabalhar”. O argumento moral da valorização do trabalho e da necessidade do benefício também aparecem em diversas narrativas que escutei em campo. A descrição que segue abaixo é significativa quanto à esta suposta preferência ao recebimento de benefícios do que ao trabalho:

Pela manhã, o setor de atendimento na Defensoria Pública da União sempre é mais movimentado. Seguindo o que as estagiárias do curso de Ciências Sociais diziam a respeito do movimento: “de manhã, perto do meio-dia, se for um dia ensolarado, vai estar cheio”. O dia estava assim, tal como elas descreveram... e o espaço destinado à espera (que não chega a ser uma sala)

estava lotado. Sigo acompanhando o trabalho delas, que realizam a primeira fase do atendimento através do preenchimento de um formulário socioeconômico. O encaminhamento ao atendimento jurídico ocorre logo em seguida. Em busca de casos previdenciários, como são classificados na DPU, eu encontro diversos outros casos, como o de uma mulher que, em nome de seu marido, gostaria de receber uma quantia relativa ao Programa de Integração Social (PIS), tendo em vista que seu marido já estava aposentado. Segundo ela, apenas um defensor público federal poderia auxiliar. No entanto, ela se recusou a informar sua renda familiar e, irritada, disse: “por que vocês querem saber?” “Para ver se a senhora tem direito à atendimento jurídico gratuito. O defensor só pode dar prosseguimento ao seu processo se a senhora tiver renda familiar de até três salários mínimos”, disse pacientemente a estagiária. Eu não vou dar essa informação, prefiro que o dinheiro fique com a Caixa (banco federal), então. Nunca vi tanta complicação! levanta-se e sai, sem se despedir. “Esses casos são comuns”, diz a estagiária, sem demonstrar espanto. “Muita gente tem renda superior ao exigido e não querem informar. Mas, ao mesmo tempo, querem atendimento gratuito, e podem pagar um advogado. Dependendo do caso, o Defensor consegue deduzir alguns gastos se a renda ultrapassa os três salários mínimos, mas, muitas vezes, essas pessoas não conseguem justificar”. A próxima senha é acionada. Uma mulher se aproxima e ajeita a saia longa na cadeira. “Carteira de Identidade, por favor. Dona Regina, a senhora já tem cadastro aqui conosco e um processo arquivado. Acabo de ver. A senhora gostaria de abrir outro?”, pergunta a estagiária. “Sim, na verdade eu só quero o reajuste da minha aposentadoria, que não estão pagando. Eu sou aposentada por invalidez”. Enquanto a estagiária segue no cadastro de dona Regina, eu pergunto: “por que motivo a senhora foi aposentada por invalidez?” “Eu tenho reumatismo, e isso está atrofiando meus músculos. Olha aqui a minha mão, consegue ver que tem uns dedos meio tortos?” Sim...eu digo. Pois é, eu fui aposentada por causa disso... O primeiro atendimento que a senhora realizou aqui na DPU foi pelo pedido de aposentadoria ao INSS? Na verdade, meu processo aqui foi para pedir auxílio-doença, que o médico perito tinha negado quando eu fiz o exame. Aí, abriram meu processo e no dia da audiência o juiz pediu pra eu ser avaliada por uma junta médica, é assim que se diz? E eles acharam melhor me aposentar. Foi um choque quando eu recebi a notícia, quando disseram que eu seria aposentada.

Acharam que eu ficaria feliz! Mas não...No que a senhora trabalhava? Eu trabalhei anos numa lavanderia. Dá uma pausa e, chorado, pede desculpa pela interrupção. Eu queria continuar trabalhando, eu sou nova, mas como vou trabalhar com as mãos assim? Eu só queria receber auxílio-doença e voltar a trabalhar. Eu não queria ter me aposentado agora...é muito difícil aceitar essa condição de inválida, sabe?

Ser ou estar inválido, e receber esta classificação, não se constitui em algo desejável ou visto como positivo. Perder o valor enquanto força de trabalho e atividade, temporária ou permanentemente, seria um peso negativo que superaria o valor do benefício e o simples recebimento deste. Por isto, muitas pessoas enfatizavam, da mesma forma, que não entendiam a desconfiança do médico perito, tendo em vista que prefeririam estar trabalhando a receber um auxílio, cujo valor acabaria sendo de um salário mínimo para muitos que solicitam, proporcional ao valor da contribuição. Também na defensoria, um senhor relatou que “não estaria ali se realmente não precisasse, pois (afinal) quem iria preferir receber um auxílio ao salário todo?”. Em outro caso semelhante, um senhor que trabalhava como operador de estoque e precisou fazer uma cirurgia de hérnia de disco destacou que “receberia muito mais trabalhando do que recebendo este auxílio para ficar em casa”. Neste sentido, a remuneração pelo trabalho seria, em muitos casos, superior ao valor do auxílio-doença. No caso de dona Regina, ao contrário do que se poderia supor, o resultado da avaliação da junta médica e a sentença do juiz determinando que o INSS lhe aposentasse por invalidez não a deixaram feliz, mas em choque. Ela apenas queria receber auxílio-doença e voltar ao trabalho após sua recuperação, e não ser afastada definitivamente deste por invalidez, pois “aceitar a condição de inválida é difícil...”

Para além destes embates morais, a diferença de atuação do perito médico e do médico que presta assistência ou tratamento também se apresenta como um ponto de conflito, como se verá a seguir.

3.3 Médico perito *versus* Médico Assistente

Em abril de 2013 e março de 2015 eu acompanhei o 4º e o 5º Congresso Brasileiro de Perícia Médica Previdenciária, organizado e promovido pela Associação Nacional de Médicos Peritos Previdenciários (ANMP) em Recife/PE e Bento Gonçalves/RS, respectivamente. Para

além das discussões de cunho estritamente técnico, em ambos os Congressos a questão da judicialização dos benefícios previdenciários, de que tratará o próximo capítulo, se constituiu em tema de discussão. O 4º Congresso, no entanto, apresentou os dilemas da atividade profissional dos médicos peritos representados de forma paradigmática na palestra de encerramento. Tratava-se da apresentação dos resultados de um estudo coordenado por um psicólogo, Wanderley Codo, professor da Universidade de Brasília (UnB), contratado pela ANMP para realizar um estudo sobre a saúde mental dos médicos. O título da palestra, *Julgar e Cuidar (saúde mental e trabalho do médico perito)*, palestra esta que remetia ao lançamento de um livro homônimo, também é sugestivo das tensões e dos conflitos entre ser médico (aquele que “cuida”) e perito (aquele que julga e avalia).

Na apresentação dos dados ele abordou a diferença entre a atuação do perito e do médico assistente. Tal como destacou, a relação estabelecida entre um médico com seu paciente no consultório, no caso o médico assistente, seria oposta à do médico perito com os trabalhadores que solicitam benefícios. Esta diferenciação se tornou interessante para pensar nas moralidades e sensibilidades que operam nos interstícios legais e que estão envolvidas na concessão ou não de benefícios. O médico perito teria por competência avaliar e julgar o mérito da solicitação de afastamento do trabalho e conceder (ou não) benefícios, e a relação que ele manteria com o trabalhador segurado da previdência, e demais solicitantes de benefícios do Estado, seria baseada na desconfiança. Uma “boa” perícia médica seria aquela em que o médico perito desconfia do trabalhador. Segundo ele, a hipótese de trabalho do médico perito seria: “este trabalhador não possui a incapacidade que ele diz ter”. Por outro lado, a relação entre médico e paciente teria como premissa a confiança, o médico sentiria compaixão pela dor de seu paciente, ao passo que o médico perito não pode ter compaixão ou empatia pelo sofrimento do segurado porque correria o risco de “comprometer a veracidade da perícia”: “*se eu chegar num médico e disser que tenho dor de barriga, o médico não vai perguntar: mas será mesmo que você está com dor de barriga? Ele nunca desconfia do meu sintoma, mas o perito tem obrigação de desconfiar desse sintoma, ele coloca esse sintoma sob Júdice. E isso é uma postura de investigação*”, disse o psicólogo durante sua exposição.

Seguindo o que sugeriu este profissional, parece existir, então, duas lógicas e éticas distintas a guiar a prática dos médicos assistentes e dos médicos peritos: uma ética profissional da desconfiança e do julgamento, que deve pautar a prática da perícia, e uma ética profissional baseada no cuidado e na confiança mútua, que deveria pautar a prática dos médicos com seus pacientes. A postura do médico assistente diante de seu paciente seria a

busca pelo tratamento, e a do médico perito diante daquele que solicita determinados benefícios estatais seria uma “postura de investigação”. O desafio seria o de como equilibrar uma formação que apresentaria princípios “assistencialistas e humanistas” com a “frieza e rigidez” que caracterizariam as normas institucionais.

No entanto, e apesar da diferença de atuação em relação à chamada medicina assistencial, os médicos peritos vivenciariam em seu cotidiano o dilema entre controlar o acesso aos benefícios ante a vulnerabilidade da “população requerente”, como destacou Maria da Penha Melo (2003, 2014a, 2014b). Segundo ela,

O compromisso com o paciente, ou pessoa em sofrimento, típico da medicina, é deslocado em decorrência da necessidade de controle do acesso ao benefício. Entre a beneficência para com o demandante e o interesse coletivo de preservar recursos pela observância estrita do regramento previdenciário, há um espaço discricionário preenchido pela atividade médica, o espaço de arriscar-se, de tensionamento e, por vezes, de disfunções (Melo, 2014b).

Os laços que unem o médico a seu paciente diferem-se do tipo de relação que é estabelecida entre o médico perito e as pessoas que precisam passar pela avaliação pericial como uma exigência estatal para liberação de auxílio-doença ou outros benefícios da seguridade social. Neste último caso, não se trataria da realização de anamnese entre um médico e seu paciente num consultório, mas entre perito e periciado no interior de uma instituição pública. Ainda que ambos possam lidar com o sofrimento, com a dor, não caberia ao médico (tornado) perito oferecer ou explicitar solidariedade, ou se compadecer da condição daqueles que passam pelo exame pericial, porque, uma vez estabelecido contrato com o Estado, é a ele a quem deve oferecer respostas. Neste sentido, os médicos peritos, investidos de poder e autoridade como “servidores públicos”, não podem demonstrar compaixão pela dor daquele que não é seu paciente, mas tão somente um “periciado” ou “requerente” de benefícios estatais.

No livro intitulado *Julgar e Cuidar (saúde mental e trabalho do médico perito)*, apresentado de forma resumida na palestra de encerramento do 4º Congresso dos médicos peritos previdenciários, também há outra definição bastante significativa sobre o trabalho que os peritos realizariam:

Cada profissão, cada emprego, cada trabalho desenha um horizonte, quase que uma sina que o trabalhador tem que cumprir, a do perito é a de ser um Deus e, por vezes, se sentir impotente; um rei sem majestade, dono do destino dos homens e que tem seu poder surrupiado pela mesquinha burocracia (Codo, 2013:27).

Esta visão do perito como *Deus ou rei (sem majestade), dono do destino dos homens*, revela determinados atributos de uma identidade profissional compartilhada e reconhecida pelas pessoas que precisam passar pela avaliação pericial: o perito julga e suas decisões têm desdobramentos e implicações sobre a vida daqueles que precisam passar pela perícia. No entanto, esse *judgar* entre em disputa com outro campo, o do judiciário, sobre “quem tem o direito de dizer o Direito”, como destacou Bourdieu (1989), ou a legitimidade para decidir, deferir ou indeferir benefícios. Esta disputa também está no cerne do debate sobre judicialização, bem como das moralidades (e legalidades) envolvidas na concessão ou não dos benefícios previdenciários.

Essa pretensa relação de colaboração entre campos como a Medicina e o Direito, na busca pela verdade dos fatos ou na composição da prova através da opinião dos especialistas foi sendo desconstruída no decorrer do trabalho de campo; sobretudo através dos dois Congressos de médicos peritos que pude acompanhar, eventos estes que foram reveladores de toda a tensão que permeia o relacionamento entre Lei e Ciência no que tange ao veredicto final. Quando o INSS se torna réu em processos judiciais que envolvem benefícios por incapacidade, o judiciário (representado aqui por juízes, procuradores, defensores públicos federais, advogados, também processos, provas, leis) e a Ciência (representada pelo perito médico do INSS, pelo perito judicial, o médico assistente, os laudos periciais e os atestados médicos) entram em disputa de competências e legitimidade como se verá adiante e no capítulo sobre a judicialização dos benefícios.

Isto envolve a construção da incapacidade enquanto um fato numa relação que engendraria um ambiente de desconfiança (mútua, conforme sugerem alguns médicos). No entanto, conforme já destacado, estas provas (exames clínicos, receituários, etc.) podem ser levadas ou não em consideração na decisão final e na produção do laudo pericial que responderá quanto à existência ou não de incapacidade para o trabalho ou da deficiência.

Em uma audiência pública realizada no Senado Federal em setembro 2013, que teve como pauta a perícia médica do INSS, o representante da Nova Central Sindical dos Trabalhadores (NCST), apresentou trechos de uma carta assinada por diversas centrais sindicais e entregue ao Ministro da Previdência, tendo como temática a campanha pela humanização da perícia médica previdenciária. Segundo Ele,

É importante destacarmos que, com frequência, o laudo e a decisão conclusiva do perito não levam em conta os laudos e atestados médicos expedidos pelos médicos assistentes especialistas, bem como

os exames realizados entregues pelo trabalhador no ato da perícia, inclusive os fornecidos pelo SUS (...) Ao não aceitar um laudo de outro médico especialista, com exames pertinentes, que declaram a incapacitação para o trabalho, há a evidente necessidade de uma justificativa fundamentada tecnicamente, no processo, por parte do perito, o que normalmente não ocorre (...) Nós temos um problema sério. No ato da perícia, de repente, o trabalhador com um problema sério de ortopedia está sendo ali assistido por um médico ginecologista, por exemplo. Esse é um dado que assusta e a gente pergunta até para os Senadores aqui presentes: seria possível essa assistência ser adequada? Eles teriam, nessa hora, a capacidade para poder de fato deferir ou indeferir? Então, esse é um ponto.

Quanto a este questionamento, os médicos alegam que, sendo sua especialidade a Medicina Legal, não precisam ser especialistas em cardiologia, por exemplo, para avaliar cardiopatias que podem incapacitar para o trabalho. Neste sentido, o médico perito previdenciário possuiria um olhar clínico sobre a incapacidade, um olhar que seria, ao mesmo tempo, um saber (Foucault, 1977)³⁴ – um saber (também indiciário) relacionado a falta de capacidade, física ou mental, para exercer uma determinada atividade. Este “olhar informado”, que reconhece situações incapacitantes, também seria um olhar normatizado: “*nós temos que conceder dentro da lei, e não foi o perito que criou a lei. As pessoas acham que a decisão está toda nas nossas mãos*”, me disse um dos médicos durante entrevista.

Em relação a atuação profissional diferenciada entre perito e assistente, o Conselho Federal de Medicina (CFM) considera não haver conflito ético em relação à divergência de entendimento entre tais médicos, mas determina que o médico assistente não realize perícia em seu próprio paciente. Neste sentido, o médico assistente não está autorizado a avaliar a condição clínica de seu paciente em termos de capacidade ou incapacidade para o trabalho, competência esta apenas dos peritos médicos previdenciários. Porém, tive contato com muitos atestados durante o trabalho de campo na DPU em que os médicos assistentes emitiam pareceres quanto a isto, como: *atesto que a paciente em questão encontra-se em atendimento nesta unidade de saúde e está incapacitada de realizar suas atividades laborativas cotidianas*. Ou, em outros casos, o médico assistente efetua o encaminhamento para o médico perito através do atestado: *para fins de perícia médica do INSS – o (a) paciente encontra-se incapacitado (a) para o trabalho*. No que tange à produção de documentos torna-se interessante trazer o questionamento de Bourdieu (1996): quem atesta a validade do atestado

³⁴ Na clínica, trata-se de uma estrutura muito mais sutil e complexa, em que a integração da experiência se faz em um olhar que é, ao mesmo tempo, saber (Foucault, 1977:92).

(neste caso, médico)? Através do processo em que emergiu a figura do médico perito, cuja decisão se torna um ato de Estado, o laudo oficial do agente estatal perito médico do INSS tem proeminência (e legitimidade) sobre os atestados assinados pelos médicos assistentes. Nesta divisão, que envolve disputa de legitimidade, o médico assistente deve atuar como o profissional responsável por atestar o diagnóstico de doenças e seu tratamento, e o médico perito deve avaliar (e se pronunciar sobre, através de um laudo) o quanto estas doenças podem (ou não) ser incapacitantes para o exercício de determinadas atividades. E, em se tratando do benefício assistencial, se a deficiência diagnosticada pode gerar “impedimentos de longo prazo”.

Durante entrevista com um médico perito a respeito da diferença de atuação em relação a do médico assistente, ele me disse:

Perícia médica não pode ser confundida com medicina assistencial, as relações médico perito/periciado são muito diversas das relações médico-paciente. Esta se fundamenta na confiança mútua, na empatia, na busca do diagnóstico, do tratamento, do alívio. A relação médico-pericial fundamenta-se na desconfiança mútua, no compromisso com a verdade, com o parecer justo. O que o médico assistente tem de compromisso é com a saúde da pessoa, e o que o perito tem como interesse é a verdade dos fatos. Tem pessoas que, por mais absurdo que pareça comemoram o fato de estarem doentes, porque acham que têm direito de receber benefícios.

É interessante destacar nesta fala a referência à busca (ou interesse) pela “verdade dos fatos”, que seria o compromisso do perito em oposição ao do médico assistente. Roberto Kant de Lima (1989), em suas análises sobre a cultura jurídica brasileira destacou o quanto esta seguiria a tradição da *civil law tradition*, que tornariam possível a apuração da “verdade dos fatos”, em oposição à tradição anglo-americana, baseada na *common law tradition*, onde a tradução de tal expressão sequer seria possível, pois verdade e fato estão de tal forma associados que se algo é considerado verdadeiro, logo, seria visto como um fato. No caso da perícia médica, fato e verdade são tratados como elementos apartados até o momento da avaliação do perito, que deverá e se pronunciar sobre a existência de uma verdade (incapacidade) por trás de um fato que foi atestado por outro profissional (doença). E, aqui, é importante que se destaque que as pessoas que buscam benefícios também participam deste processo de produção da “verdade dos fatos” ao definirem incapacidade ou impedimentos, reunirem documentos e reivindicarem a análise dos mesmos pelo médico perito, como mostrarão os dois últimos capítulos. No entanto, nestes embates entre profissionais, acabam

sendo inseridos na disputa elementos ou categorias que buscam delimitar (e especializar) ainda mais o campo de atuação do perito, como a definição e busca do “nexo causal”. Em uma das conversas que tive com o médico perito da Defensoria Pública da União, ele destacou:

As pessoas chegam com um atestado aqui na DPU e querem o benefício, não adianta. Em alguns casos a perícia confirma o atestado do médico assistente, mas a gente não trabalha baseado apenas em atestados e outras coisas. A gente faz perícia baseado no que nós chamamos denexo causal. No quanto aquilo pode influenciar na atividade que a pessoa realiza.

Ainda na DPU, escutei alguns questionamentos sobre a legitimidade do médico perito em avaliar a existência ou não de incapacidade: *como que um médico que me viu por dois minutos vai saber mais que um que me trata há anos!* Sobre a divergência entre o atestado fornecido pelo médico assistente e o laudo produzido pelo médico perito, uma mulher sentada próximo a mim na sala de espera do exame pericial, após perguntar qual era a minha senha, comentou que: *o meu médico perguntou se eu tava afastada, recebendo benefício, eu disse pra ele que não, e ele não conseguiu acreditar. Eu vi uma reportagem, não sei se é verdade, que eles têm metas pra cumprir no INSS, recebem gratificação no salário, que eles precisam negar. E depois não sabem por que são agredidos. Tá vendo aqueles guardas ali? (Aponta para dois homens que prestam serviço de segurança) é por causa disso. A primeira vez que eu vim aqui, não sei o que aconteceu, mas tinha um policial em cada porta das salas das perícias e todas as portas estavam abertas. Devem ter sido agredidos. Eles deixam as pessoas no limite mesmo³⁵.*

³⁵ Segundo dados da ANMP, no ano de 2013 a perícia médica previdenciária registrou 32 casos de agressões contra médicos peritos em todo o Brasil. Logo no início de 2014 dois casos de agressões considerados graves foram encaminhados à ANMP. Em um deles, registrado em Vitória/ES, uma mulher teria arremessado uma cadeira contra o médico perito. De acordo com o então presidente da Associação, ameaças de morte, agressões físicas e verbais fazem parte da rotina de trabalho do perito. Também há um caso de assassinato registrado no norte do país. Este caso se tornou emblemático na reivindicação dos médicos por maior segurança nas Agências da Previdência Social, e houve a instalação de detectores de metal na porta de entrada destas. Na sala de espera para realização da perícia, há dois “guardas” que prestam serviços de segurança terceirizada. Também há avisos espalhados por toda a agência: *de acordo com o artigo 331 do código penal brasileiro é crime desacatar ou agredir funcionários públicos no exercício de suas funções.*

3.4 “Perícia médica como fator de justiça social”

Ao acionar uma retórica moral da desconfiança os médicos peritos assumem uma postura de comprometimento não apenas com a instituição para o qual prestam serviço, como agentes do Estado, mas também com o que consideram como a promoção da justiça social. O tema do 4º Congresso de Médicos Peritos Previdenciários trouxe, inclusive, essa dimensão no título: *Perícia Médica Previdenciária: Agente de Justiça Social*. O excerto retirado de uma publicação do Conselho Federal de Medicina (CFM) intitulado *Perícia Médica*, também é significativo quanto a isto: *É preciso deixar claro que na prova pericial há uma esperança muito grande de contribuição à justiça social. Entender que a perícia não é apenas um amontoado de regras técnicas, mas um ato político em favor da cidadania* (França, 2007).

Nas palavras do médico Paulo Gonzaga (2006), que publicou um livro sobre perícia médica previdenciária,

Atrás dos postulantes existe toda uma população que contribui para o sistema, pelo que o referido sistema deve fazer justiça social, dentro do contexto de um seguro social e não sob o ponto de vista de Assistência Social (...). Assim, não cabe ao médico perito ser dadivoso e conceder o que não seja de direito legal, pois tais numerários não lhe pertencem, mas pertencem à toda sociedade, assim como igualmente não podem negar o que é de direito do segurado cliente da Previdência Social (Gonzaga, 2006:316).

Esse discurso da “administração dos recursos”, associado à justiça social, é bastante recorrente no argumento dos médicos no que diz respeito à importância da perícia médica e ao papel que médicos peritos estatais teriam no ordenamento, distribuição e repasse dos “numerários que pertencem à toda sociedade”, sob a forma de benefícios, oriundos da arrecadação da seguridade social, o que também foi enfatizado por uma médica perita durante entrevista:

O médico perito está ali como um representante da instituição, que nada mais é do que a depositária, a grande seguradora brasileira. No cargo de médico perito eu tenho o ônus e o bônus de ser uma ordenadora de despesa de um dinheiro que não é meu, de um dinheiro que é da seguridade brasileira e onde eu tenho que aplicar o melhor da legislação para aquele caso. Então, eu acho que se faz justiça social quando tu proteges o patrimônio não concedendo indevidamente, e não conceder indevidamente é muitas vezes indeferir pra aquela pessoa que no senso comum todos acham que mereceria, mas ela não é contribuinte, ela não tem doença isenta de carência, ela

não cumpre as exigências, a doença não é incapacitante pra atividade que ela exerce, que não é uma atividade laboral fixa. No meu entender é proteger o patrimônio da Previdência e reconhecer quando é de direito é de direito.

O compromisso do perito seria com o INSS, e com a população em geral, porque a previdência social é pública, a arrecadação é pública e eles se percebem, então, como guardiões desses bens que também são públicos. O papel da perícia médica previdenciária seria, portanto, a gestão (correta) do dinheiro disponibilizado pela seguridade para o pagamento de benefícios, onde o médico perito teria a responsabilidade de zelar pelo patrimônio e ser o “ordenador das despesas”, segundo a fala da médica.

No 5º Congresso Brasileiro de Perícia Médica Previdenciária o argumento moral da “perícia médica como fator de justiça social” também foi retomado. Uma das médicas peritas convidadas para compor a mesa que tratava da questão do ato médico ao encerrar sua fala destacou:

Eu acredito que a perícia médica previdenciária é, sim, um fator de justiça social, em qualquer caso, de deferimento ou indeferimento de benefícios. Porque quando nós deferimos um benefício para um indivíduo, nós estamos fazendo a justiça social pra ele, mas quando nós indeferimos um benefício indevido, nós também estamos fazendo justiça social pra todos os que financiam o sistema. Porque como bem disse a Margaret Thatcher, o governo não tem dinheiro, somos nós que financiamos o governo. Então, quando nós não concedemos um benefício indevido, nós estamos fazendo justiça a quem financia isso, que somos nós, que pagamos impostos. Para que a justiça social seja devidamente feita é preciso que o benefício por incapacidade seja muito bem avaliado e não concedido de forma indevida.

Novamente, aqui, ao “fazer justiça social”, seja manifestando-se a favor ou contra a concessão de benefícios, os médicos levariam em consideração não apenas a contribuição individual dos trabalhadores à previdência, mas de todos os que “financiam o sistema”, como disse a médica no trecho acima destacado. E é interessante destacar nestes argumentos e definições sobre justiça social que eles não incluem ou se referem ao papel da perícia para concessão do benefício assistencial. A retórica moral da “justiça social” acaba sendo acionada como meio de demonstrar certa racionalização na distribuição de benefícios administrados e concedidos pelo Estado. Porém, mesmo nos casos onde a avaliação é realizada para concessão (ou não) do BPC, a perícia médica pretende selecionar os realmente “necessitados” desta assistência do Estado. Seria um meio de controle em relação ao repasse de benefícios, mas

também um filtro de seleção importante em relação aos “pobres considerados deficientes” que apresentem “impedimentos de longo prazo de natureza física, intelectual ou sensorial”, tal como destacado na lei que regulamenta o benefício. O caráter de “defesa da proteção do Estado e seus cidadãos” que teria a perícia, para além dos segurados inscritos na Previdência, foi enfatizado por uma médica perita durante uma audiência pública realizada no Senado Federal em 2013, que tinha como pauta a perícia médica do INSS:

A atividade médica pericial é uma atividade de Estado. Essa atividade tem que fazer parte de qualquer programa de governo, porque é uma defesa do Estado, é uma defesa da proteção dos seus cidadãos. Busca a Previdência Social muito mais que seus segurados inscritos, busca a cidadania, o Benefício de Prestação Continuada, vários outros benefícios que não são divulgados passam pela mão do perito. (Desde o fim da terceirização da perícia médica) esses servidores têm sido acoados, hostilizados e publicamente demonizados, seja pela instituição, seja pela sociedade. A nós cabe o reconhecimento de direitos (...) A perícia médica não é o problema. A perícia médica é a solução da Previdência. Mais que isso: é a solução do Estado para garantir a seguridade dos seus cidadãos. O cidadão tem que ter a proteção desse Estado.

Por outro lado, o recurso ao argumento moral de que o perito e a perícia são agentes de justiça social e de cidadania pode se constituir, igualmente, em tentativas de aproximação e humanização de uma atividade técnico/científica que se desenvolveu sob o registro da suspeição e da desconfiança mútua, o que associações como a ANMP, em parceria com o CFM, tentam mitigar. Em 2013, esta associação produziu um vídeo que apresentava a seguinte narrativa:

“A perícia médica previdenciária presta o melhor atendimento possível para você segurado, são inúmeros trabalhos realizados para milhares de pessoas, pois sabemos da importância do trabalhador brasileiro, e fazemos isso para que você possa aproveitar o que a vida tem de melhor. Perícia médica previdenciária: agente de justiça social” (Vídeo divulgação, ANMP, 2013).

A ênfase no reconhecimento da importância do “trabalhador brasileiro” (aqui se referindo apenas aos segurados, contribuintes), e na realização do melhor atendimento possível para que este possa “aproveitar o que a vida tem de melhor”, tem a intenção de desconstruir a imagem oposta comumente associada ao perito e sua atividade. Apresentada desta forma, a perícia médica atuaria no sentido de viabilizar esse aproveitamento do que a vida tem de melhor, e não de oferecer entraves ao exercício de um direito, por exemplo.

Neste sentido, Cidadania, Estado e justiça social passam a ser acionados como recursos argumentativos para se destacar a importância e a responsabilidade da atividade de perito médico previdenciário – ele não seria apenas um agente de Estado, mas um agente de

cidadania e de justiça social. Com isto, a perícia se torna, também, um ato político. Foucault (1977), ao tratar da “Medicina das epidemias” em oposição à “Medicina das espécies”, destaca exatamente o vínculo com o Estado como um fator que diferenciaria uma em relação à outra. Enquanto esta última teria sua atenção voltada ao indivíduo doente e suas qualidades singulares, a primeira, ao tratar das epidemias enquanto fenômeno coletivo, precisaria estar “ligada ao Estado para que, de comum acordo com ele, fosse capaz de praticar uma política constante, geral, mas diferenciada de assistência”. No entanto,

no final das contas, quando se trata das figuras terciárias, que devem distribuir a doença, a experiência médica e o controle do médico nas estruturas sociais, a patologia das epidemias e a das espécies se encontram diante das mesmas exigências: a definição de um **estatuto político** da medicina e a constituição, ao nível de um estado, de uma **consciência médica**, encarregada de uma tarefa constante de informação, controle, e coação; exigências que compreendem objetos tanto relativos à polícia, quanto propriamente da competência da medicina (Foucault, 1977:28. Grifos meus).

Este estatuto político também se apresenta um elemento importante da perícia médica estatal. Essa “consciência médica, a nível de um estado”, tal como destaca Foucault, tornou-se possível por este estatuto, político e moral, que delega à esta prática o papel de responsabilidade sobre a “distribuição dos recursos”, “ordenamento das despesas” e, com isto, a “promoção da justiça social”. Aqui, o sentido de justiça social, associado, sobretudo, à ideia de um “cidadão contributivo”, “cliente da Previdência Social”, não diz respeito a uma (re)distribuição igualitária de recursos, mas ao reconhecimento daqueles que devem ser os verdadeiros beneficiários das políticas de seguridade. Neste sentido, a perícia médica seria representativa de certa noção de justiça social e cidadania – uma justiça social de caráter neoliberal.

No entanto, a perícia, caracterizada como um ato (político) de Estado, deve ser vista, antes, como um ato (privativo do) médico. Eis uma reivindicação que se tornou, igualmente, alvo de disputa: a quem compete a realização da perícia, a verificação e definição do que seria uma situação de incapacidade.

3.5 Perícia Médica como *ato privativo do Médico*

A competência da avaliação pericial como exclusiva dos médicos foi regulamentada através de uma lei, sancionada em 2013, que dispõe sobre o exercício da Medicina. Dentre as atividades elencadas como privativas dos médicos, esta lei, conhecida como Lei do Ato Médico, em seu artigo 4º destaca:

– a realização de perícia médica e exames médico-legais, excetuados os exames laboratoriais de análises clínicas, toxicológicas, genéticas e de biologia molecular;

A Lei do Ato Médico gerou diversas controvérsias e foi alvo de debate público mesmo antes de sua aprovação, ainda na fase de projeto. Desde 2002, quando a proposta que definia este ato foi apresentada por um senador, também médico, ao Congresso Nacional, outros profissionais de áreas como Enfermagem, Serviço Social, Odontologia, Psicologia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Biomedicina, Nutrição, Educação Física, Fonoaudiologia, Farmácia e Biologia contestaram e se manifestaram contra ela. Dentre as diversas manifestações ocorridas no período, do projeto à aprovação, os Conselhos Regionais que regulamentam o exercício dos profissionais destes campos elaboraram uma *carta aberta à sociedade*, e cartilhas informativas onde destacavam que a proposta limitaria sua atuação ao delegar aos médicos exclusividade em diversas atividades que poderiam estar vinculadas à outras *áreas da saúde*, como o próprio tratamento de doenças. O conteúdo do material informativo destacava, entre outros pontos, que: *muitos são os enfoques que permitem que se veja o doente de uma forma totalizadora e abrangente. Não há só uma doença para ser tratada; há um doente, uma família, uma história de vida; há condições de vida que exigem muitas leituras e muitos profissionais atuando.*³⁶ Neste sentido, reivindicou-se uma concepção holística e multidisciplinar de conceitos como saúde e doença, que não poderiam ser vistos somente através da perspectiva da Medicina. A crítica foi direcionada, da mesma forma, ao teor corporativista e hierarquizante do projeto, que outorgaria aos médicos supremacia diante das demais profissões.

A Lei do Ato Médico também foi tema de discussão no 5º Congresso Brasileiro de Perícia Médica Previdenciária, e trouxe à tona não apenas os conflitos gerados entre a

³⁶ Cartilha *Não ao Projeto de Lei do Ato Médico. Saiba Porquê*. Produzida sob coordenação do Conselho Federal de Psicologia (CFP).

Medicina e os demais campos da saúde, mas também entre a Medicina e o Direito, como destacado há algumas páginas atrás. Apesar de ser um congresso de médicos peritos da Previdência, a presença de profissionais do campo judiciário entre os convidados para compor as mesas que tratavam da judicialização dos benefícios evidenciou uma tentativa de diálogo, sendo esta presença também superior à do 4º Congresso, ocorrido dois anos antes.

A fala de uma médica perita sobre a perícia como ato privativo de médicos deu ênfase a outros elementos de disputa, como a produção do laudo pericial. Não apenas a produção do laudo, mas seu entendimento por parte dos profissionais do Direito desencadeou um debate acalorado durante toda a manhã do dia de encerramento do evento, isto porque a fala seguinte a desta médica foi a de uma advogada, especialista em Direito Previdenciário, que compõe o Conselho de Recursos da Previdência Social (CRPS) – órgão que tem por competência analisar administrativamente pedidos que contestem as decisões do INSS no que tange ao indeferimento de benefícios antes que estes sejam judicializados, como se verá com maiores pormenores no último capítulo.

A fala da médica será reproduzida quase na íntegra, e trata, entre outros pontos, da tradução do laudo pericial para os profissionais do Direito:

Eu quero dizer que o tema de hoje é espinhoso... De médico e louco todo mundo têm um pouco, de médico perito eu acho que as pessoas têm um pouco mais. Porque a perícia pra ser útil, pra ter efeito, ela precisa traduzir a Medicina para leigos. Os operadores do direito precisam entender o nosso laudo, os nossos argumentos, e com isso também decidir. A questão é que quando nós falamos em uma linguagem simples, acessível para o leigo em Medicina, parece que há uma confusão entre o que nós sabemos em Medicina e o que todo mundo sabe de Medicina. Então eu acho que é por isso que todo mundo se acha no direito em dar palpite em laudo médico, no laudo médico pericial. Por outro lado, se a gente ficar exibindo conhecimentos médicos, o nosso laudo vai ser hermético, ninguém vai entender e ele não vai se prestar ao objetivo dele. Então, quando nós fazemos o laudo, nós sempre pensamos, eu pelo menos sempre penso, nos operadores do direito, nos leigos em Medicina que não vão compreender se eu usar muito termo técnico, se eu ficar fazendo laudo só pra outro médico. Então, eu acho que com isso as pessoas acham que o laudo pericial é uma coisa fácil e que qualquer um pode dar palpite em Medicina (...). O “o ato médico é a verificação do nexo de causalidade de um quadro clínico, de uma atividade laborativa ou não, e ainda a verificação de um dano físico ou psíquico, bem como a valoração dos danos à saúde”, tudo isso envolve conhecimentos médicos. Tanto que no código de ética médica nós temos alguns itens que regem a nossa atuação como médicos peritos. Na lei 12.842, a lei

do ato médico, que levou mais de uma década pra ser aprovada, e que foi muito contestada por nós na época, porque nós achávamos que ela não era boa, mas se ela foi boa pra alguém, foi pros peritos e cirurgiões, no meu entendimento. Por que? Porque essa lei diz que perícia médica é ato privativo do médico. Em compensação, a lei que rege a profissão de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional ela fala o que, no artigo quinto, não se fala em diagnóstico e nem perícia. Então existe fisioterapeuta fazendo perícia? Acho que não tem mais, mas já teve, eu fui assistente técnica numa perícia que foi feita por fisioterapeuta. Outro dia encontrei uma fisioterapeuta na academia, uma pessoa que eu conheço, e ela estava toda alegre falando que tinha concluído um curso de perícias, e ela ia começar a fazer perícia médica. Aí eu disse: não, tem a lei do ato médico, defini que perícia médica é ato privativo de médico. Então, ela disse: no nosso conselho, CREFITO, que nós temos uma resolução que diz que fisioterapeuta pode fazer perícia (...) Mas, perícia médica, que envolva verificação de dano, de nexos, de erro médico, tudo que envolve diagnóstico e doença é prerrogativa exclusiva de médicos peritos e nós temos esse entendimento. Então, está tudo pacificado, a lei diz que é ato privativo nosso, e o nosso conselho baixou uma resolução mostrando como é que isso tem que ser feito. Eu acho que a gente não precisa brigar muito, só mostrar tudo isso.

A produção do laudo, sua linguagem técnica e a necessidade de facilitar o entendimento desta para *operadores do Direito* é recorrente nesta fala. O dilema do médico perito seria o de como traduzir a Medicina para leigos, tornado essa linguagem acessível, sem perder sua qualidade técnica e científica. Pois, essa facilitação poderia incorrer em uma visão errônea do laudo por parte de profissionais alheios ao campo da Medicina, banalizando seu conteúdo ao senso comum. A questão da legitimidade dos médicos para realizar perícias e produzir laudos também recebeu ênfase, tendo como embasamento a lei do ato médico. Um dos pontos que merece destaque refere-se à ausência de médicos peritos no CRPS, e o questionamento sobre a competência que os conselheiros, oriundos do campo do Direito, portanto leigos em relação aos saberes médicos, teriam para avaliar laudos periciais cujo os pareceres seriam contrários em relação à constatação de incapacidade ou deficiência.

(...) Nesta casa, na nossa casa, que é o INSS, a gente tem se deparado com situações esdrúxulas, tiraram os médicos assistentes técnicos das juntas de recurso, das instâncias recursais, e mesmo assim esses conselheiros são orientados a consultar no Google a respeito das doenças, para poderem modificar pareceres, e o assunto discutido no Conselho era de conhecimento médico. Eu acho que a ignorância é mãe do sangue frio. O conhecimento é uma ilha cercada de ignorância por todos os lados. Quanto maior nosso conhecimento

maior a superfície de contato, então quanto mais nós sabemos, mais nós sabemos que ignoramos. E quem não tem o conhecimento, pelo menos na área, pode achar que todo resto é muito simples. Nós ficamos então à mercê das pessoas terem consciência ou não terem consciência da sua ignorância naquele setor. E não é vergonha ser ignorante, eu reconheço que sou completamente ignorante na maioria das coisas que eu ouço falar, eu não vou me colocar no direito de fazer defesa. Aliás, eu fui fazer minha defesa num juizado especial e na segunda audiência eu percebi o tremendo erro que eu cometi de não ter contratado advogado. Então, de advogado não é todo mundo que tem um pouco, mas como de médico e louco todo mundo tem um pouco, e fica fácil achar que pode dar palpite em coisas que não se tem o menor conhecimento. Por outro lado, já que a perícia é um ato médico, eu acho que nós precisamos colocar elementos médicos no laudo, mas de uma forma muito clara. Não é por isso que nós vamos começar a fazer laudos herméticos pra mostrar que a perícia é um ato médico. Porque o laudo que possa não ser entendido pelos operadores do Direito é um laudo inútil, inservível, como eles gostam de dizer. Nós temos que ser suficientemente claros pra mostrar o nosso ponto de vista, embasado na ciência médica, mas que essa ciência seja traduzida, pra que eles possam entender.

A analogia do conhecimento como uma ilha, e seu contato com a *ignorância* dos que não pertencem à ela é bastante significativa para pautar a definição e legitimidade de um campo, neste caso a Medicina, sobre os demais, no caso destacado, o Direito, e vice-versa. Tornou-se evidente neste trecho a tentativa de qualificação de competências de um em relação ao outro, da ilha de conhecimento em relação aos ignorantes que a circundam. Advogados e outros profissionais do campo jurídico não deveriam *dar palpite* nos laudos médicos periciais, assim como os médicos peritos não deveriam tentar *fazer defesa*, conforme a experiência pessoal relatada pela médica perita em um juizado especial. A ausência de médicos peritos no Conselho de Recursos, a avaliação leiga dos laudos médicos periciais, por parte dos advogados que compõe o Conselho, pautaram a fala de uma advogada, conselheira de recursos da Previdência Social, em resposta ao questionamento de suas respectivas legitimidades:

É preciso que o médico compreenda que ele está inserido dentro do processo. Antes de ser um ato médico, e é, eu sei, e tem todas as proteções do ato médico, antes disso ele é um ato processual. E como ato processual, ele está envolvido em todos os princípios e todos os objetivos legais, tanto do processo administrativo, como também no processo judicial. É claro que é um ato privativo, são vocês quem tem que dar a última palavra no laudo, mas, acima de tudo, a construção do laudo ela tem que seguir os ditames legais. Por que? Para nós não termos que invalidar esses laudos, até mesmo para proteger o INSS

judicialmente. E nós temos uma parcela grande de laudos que chegam para nós em recurso, no último grau de recurso, que não descreve sequer a profissão do segurado. E o que diz a lei? Conjuga a profissão com a função para gente saber se aquele segurado pode ou não, porque estar doente não significa estar incapaz, eu já aprendi isso, graças a Deus, e eu acho que isso é fundamental. Eu também trabalho na comissão de direito previdenciário da OAB, na comissão de direitos humanos da OAB, dou aula em oito universidades e sempre digo: pessoal “uma coisa que eu aprendi foi isso: estar doente não é estar incapaz, e isso é um grande problema na nossa população, eles não sabem a diferença entre estar doente e estar incapaz. Mas isso é um problema conceitual que nós precisamos trabalhar e temos que fazer isso juntos, por isso que eu fico feliz em estar aqui, porque nós precisamos trabalhar juntos. O Direito tem que se unir à Medicina naqueles tópicos nos quais nós trabalhamos juntos, as nossas áreas estão entrelaçadas. E se elas estão entrelaçadas, nós não temos um certo e um errado, nós temos que trabalhar em conjunto, porque é o trabalho conjunto que vai fazer com que sejamos ouvidos. Nós temos um problema sério hoje na perícia que é a falta de união. O CRPS tem que se unir aos médicos da perícia, vocês conosco e nós com vocês, nós precisamos disso, senão nós não vamos conseguir nada.

Apesar da tentativa de aproximação e o recurso ao trabalho conjunto na fala da advogada que estava ali representando o CRPS, a esta altura o clima de constrangimento na sala do hotel onde o evento foi realizado era explícito. Os médicos que compunham a mesa nitidamente demonstravam desconforto, e um médico, sentado próximo a mim, disse com a cabeça baixa: *que absurdo...* O desconforto e o constrangimento acentuaram-se ainda mais a medida que a proposta de união foi cedendo lugar à um tom mais enfático por parte da advogada, ao criticar alguns laudos médicos periciais e o valor (nulo) que eles poderiam receber no processo de decisão dos recursos administrativos sobre indeferimento de benefícios:

Eu sei que a decisão é médica, e muitas vezes o médico perito fala: nós temos que decidir e pronto. Nós estamos num Estado democrático de Direito. Não existe decidir e pronto, nenhuma decisão é decidir e pronto. Se até o Presidente da República é contestado, vocês acham que um médico perito não pode ser contestado, gente? Nós como conselheiros somos contestados todos os dias. Não existe a falta de direito de contestar. Então se todos podem ser contestados o que nós precisamos? Nós precisamos deixar claro o nosso trabalho. Todos nós somos passíveis de contestação, então vamos tentar deixar esse laudo mais claro, porque eu como conselheira eu não quero dizer se a pessoa pode ou não pode. Mas quando eu colocar o meu voto no conselho eu quero dizer: com base no que o perito tal, matrícula tal

disse, porque eu também tenho que cumprir o dever da legalidade como conselheira, eu quero dizer: com base no laudo do médico perito onde ele diz tal coisa eu embaso a minha decisão e nego ou eu concedo! Nós precisamos uns dos outros, mas esse precisar uns dos outros não é pra provar que eu sei mais que o médico. Eu até comentei com um médico perito que eu fico muito chateada quando eu peço esclarecimento de um laudo e o médico me diz assim: o ato médico é ato privativo do médico e a senhora como conselheira não tem que se envolver. E isso me obriga a tomar uma posição política como conselheira do Conselho de Recursos da Previdência Social, como controladora da legalidade do INSS, que me obriga invalidar o laudo dele, e aí eu perco o ônus da prova, e aí ele responde de uma forma mau educada que não vai refazer, (e gente não é pouco, esse ano, só em janeiro desse ano, eu recebi oitenta respostas assim, eu contei antes de vir aqui pra mostrar pra vocês): não vou fazer porque está bem feito e o Conselho não tem nada a ver com isso. Eu não posso dizer: eu acho que essa pessoa precisa ficar afastada, eu não posso fazer e nem tenho legitimidade para fazer isso. Mas se vem um laudo de uma linha que não explica no que a pessoa trabalha, não fala função dela, vem os atestados gravíssimos, vem os laudos particulares bem fundamentados, eu devolvo: ao médico perito, faça a gentileza por favor de explicar a profissão da pessoa, se possível conjugar com esses atestados, esses documentos que a pessoa trouxe que sequer constam no processo, eu sei que pra vocês as vezes os documentos que as pessoas levam não são importantes. Mas, se a pessoa trouxe, tem que constar lá: trouxe documentos, trouxe exames. Por quê? Porque ela procura a justiça e a justiça considera o laudo nulo. Se ela trouxe a prova, onde a prova tem que estar? Dentro do processo. E aí nós começamos a nos prejudicar (...) Nós não estamos brigando, gente. Eu estou tomando a liberdade porque nós não estamos brigando para ver quem manda mais, nós estamos trabalhando em conjunto. Eu como conselheira preciso de vocês, mas vocês também precisam da gente. Porque se nós começarmos a invalidar todos os laudos o que acontece? E se o laudo vem com uma linha, dentro de toda linha de direito que eu tenho, especialização, mestrado, eu não posso assinar e dizer que um laudo de uma linha pode decidir a vida da pessoa. Então vocês também precisam compreender o nosso lado. Como eu vou dizer: este laudo está apto a decidir a vida de uma pessoa, eu não posso fazer isso, então eu peço encarecidamente para vocês conversarem com os colegas, porque o Conselho não quer atuar no lugar de vocês, nós só queremos que o laudo de vocês embase legalmente as decisões. Mas, se vem um laudo de uma linha ou não fala a profissão da pessoa, e eu não posso julgar sem a profissão, eu preciso saber o que a pessoa faz, a lei diz isso: que é preciso conjugar a ocupação com a atividade para saber se aquela incapacidade atrapalha ali ou não.

No caso dos médicos peritos e profissionais do judiciário, a disputa não ocorre em torno do diagnóstico e definições de incapacidade, mas, conforme já destacado, sobre quem

tem o direito de dizer o direito, não apenas em termos normativos, mas de competência e legitimidade em relação ao veredicto final – de conceder ou não benefícios, conforme já destacado no início deste capítulo. A advogada tentou demonstrar sua autoridade como conselheira de recursos da Previdência – “controladora da legalidade dentro do INSS” – afirmando que os laudos médicos periciais poderiam ser anulados caso seu entendimento não fosse possível por parte dos advogados do Conselho, ou caso apresentassem informações consideradas insuficientes em relação a pessoa a qual foi realizada a avaliação pericial. Com isto, a decisão pela não concessão de benefícios, por parecer contrário da perícia, o próprio sentido do ato médico pericial se apresenta como diverso – para os médicos a perícia seria um fator de justiça social e um ato privativo da Medicina, ao passo que, na avaliação da advogada, esta seria um ato (meramente) processual, que precisa apenas responder a determinados quesitos para o reconhecimento de direitos.

Alexandre Zarias (2003), em sua análise antropológica sobre processos de interdição, destacou que, neste caso, “quem define o que é “doença” é o médico nomeado para perícia, mas o que orienta a determinação daquilo que é chamado de “capacidade civil” são os desígnios legais que encontram sua expressão definitiva por meio da atuação do juiz” (Zarias, 2003:38). Diferente do que ocorre nos processos analisados por Zarias, esta divisão do trabalho entre competências do judiciário e da Medicina, aqui representada pela prática da perícia, parece não estar delimitada. E a disputa entre estes campos específicos, onde estão imbricadas moralidades diversas e embates sobre legitimidade demonstram que este espaço em aberto acaba explicitando brechas para o conflito.

Após a fala da advogada, o constrangimento cedeu lugar à indignação. Na platéia, muitos médicos comentavam entre si o tom agressivo que teria sido usado por ela ao declarar que os laudos poderiam ser e, de fato, seriam invalidados durante o processo, e outros questionavam: *quem ela pensa que é?* Um deles, mais exaltado, disse: *não vem com essa! Eu vou escrever o que (no laudo)? Ao invés de quirodáctilo vou escrever Dedão?! Fiofó ou sei lá mais o que! Vocês precisam do assistente técnico no conselho de recursos se vocês não entendem! Eu sou perito médico e vou usar termos técnicos, sim!* Coube à uma das médicas que compunha a mesa tentar retomar o debate. Ao responder para a advogada da junta de recursos da Previdência, ela destacou que não estavam no congresso para disputar ou dizer quem era *melhor*. Se os advogados não entendiam o laudo pericial, os médicos peritos, da mesma forma, não entendiam a linguagem jurídica utilizada por eles, e que o *mediquês* não necessariamente deveria ser traduzido para o *juridiquês* e vice-versa. Segundo ela, o pedido

de reelaboração do laudo denotaria o desejo, por parte da junta de recursos da Previdência, de apenas conceder benefícios, tendo como foco apenas os “casos que deram errado”, ou seja, foram indeferidos e que, portanto, passaram pela Junta.

Ao se destacar esta tradução técnica, neste caso para linguagem da Medicina, torna-se importante fazer uma descrição do laudo médico pericial, retomando a discussão sobre o conteúdo moral deste documento apresentada há algumas páginas atrás. Apesar de o preenchimento ser padronizado, alguns podem ser mais detalhados e outros mais sucintos. A descrição do periciado ou requerente, designação que recebem os que passam por exame pericial com vistas à obtenção de benefícios previdenciários, pode incluir tudo o que o perito observa. Porém, esta descrição deverá passar por um processo de tradução técnica, característico dos laudos oficiais. Por exemplo, um dos laudos que obtive autorização para ler apresentava a seguinte descrição: *as mãos apresentam calosidades exuberantes e “sujidade subungueais”*, ou seja, “sujeira embaixo das unhas”. Tratava-se do laudo de uma senhora, negra, faxineira, que teve o pedido de auxílio-doença negado. Estas “calosidades exuberantes” seriam um indicativo de que ela ainda estaria em atividade. Em alguns laudos, o comportamento do periciado no momento do exame também era registrado. E, nestes casos, o médico perito novamente insere tudo o que observa: *não fixa o olhar no perito e tenta mexer em processos que estão na mesa, o que peço que não faça*. Na segunda coluna há o parecer do médico perito. Se a solicitação estiver relacionada a benefícios previdenciários e houver indeferimento, o parecer final será: *o requerente não apresenta incapacidade para o trabalho*. Caso a perícia tenha sido realizada para concessão ou não do BPC, a conclusão será: *portador de deficiência ou, não se encaixa na lei de concessão do benefício assistencial em questão*.

Estas controvérsias, disputas e moralidades permeiam todo o processo que vai desde a solicitação dos benefícios, sua negação e a judicialização do acesso a estes, como bem demonstrará o capítulo sobre atuação e papel da Defensoria Pública da União (DPU) na administração e, de certa forma, potencialização desses conflitos envolvendo a perícia médica do INSS. Antes disso, porém, uma apresentação sobre a importância dos documentos, bem como das diferentes concepções a respeito deles, faz-se necessária.

4. Sobre a importância dos documentos no processo de solicitação de benefícios

A importância que os documentos adquirem para as pessoas, como prova material da necessidade dos benefícios, foi um dos aspectos mais significativos que se revelaram durante o trabalho de campo. Na defensoria, logo no início do atendimento, elas faziam o relato de seus casos e apresentavam aos estagiários muitos documentos. Por mais que eles solicitassem, nesta primeira fase, apenas a carteira de identidade, o número do Cadastro de Pessoas Físicas (CPF), e algum atestado em que constasse o número do Código Internacional de Doenças (CID), pois os demais documentos deveriam ser entregues na fase seguinte, a do atendimento jurídico propriamente, estes já eram selecionados e dispostos na mesa, tornando-se parte das narrativas. Muitos atestados médicos, receitas de medicamentos (algumas vezes o próprio medicamento), laudos dos médicos peritos, carteira de trabalho, guias de contribuição à Previdência Social, quando autônomos, exames clínicos, chapas de raio-x, etc., constituíam-se em comprovantes de verdade e da honestidade da demanda.

Como destacou Annelise Riles (2006), os documentos também se constituem em artefatos etnográficos. Aqui, seja como uma exigência estatal ou uma reivindicação de legitimidade e verdade, eles adquirem centralidade no acesso à direitos (e também à justiça). Em se tratando do acesso à benefícios previdenciários ou assistenciais a materialidade dos papéis surge, então, como meio de prova para as pessoas quando a desconfiança e a suspeita são constantes podendo ser dirigidas, também, aos próprios documentos, como as fraudes contra a Previdência Social mencionadas no capítulo anterior e investigadas pela Polícia Federal demonstram. Este capítulo trata, pois, de pessoas e (seus) documentos.

4.1 “Está tudo aí para (com)provar...”

Na defensoria, escutei muitos relatos em que as pessoas reclamavam que os médicos peritos não estariam levando em consideração os documentos que seriam probatórios de suas enfermidades, assinados pelos seus médicos, no momento que decidem pelo indeferimento. Para muitas delas, os documentos, por si só, deveriam comprovar a veracidade e o mérito da solicitação. Em um destes casos que acompanhei na DPU, uma senhora, que por duas vezes teve o benefício de auxílio doença negado, comentou que o médico *até deu uma olhada* nos atestados das consultas ao posto de saúde e hospitais públicos que ela realizou e também nos exames clínicos que ela levou, porém, sua conclusão final foi de que ela não apresentava incapacidade para o trabalho. Ao relatar o momento da perícia, ela disse:

O médico mal falou comigo, olhou os papéis todos que eu levei, mas parece que não adiantou. Eu sou diabética, sou deficiente porque eu não enxergo bem por causa da diabetes. Eu trouxe tudo aqui (aponta para a uma pequena pasta onde estão seus documentos). Está tudo aí para comprovar e mesmo assim ele (o médico perito) negou.

Sobre a importância (e análise) dos documentos, uma médica perita disse:

Todos os documentos são analisados, o levar em consideração é levar o que o atestado diz, e as pessoas não entendem que não é assim. Na fala do segurado é: o meu médico disse que eu preciso ficar seis meses afastado, mas ele não é o médico perito.

Tanto na DPU, quanto na agência da Previdência Social onde realizei trabalho de campo por um curto período, os documentos apareciam como meios fundamentais de comprovação do infortúnio. E vários deles, porque, segundo consta no Manual de Perícias Médicas Previdenciárias:

Cabe ao segurado o **ônus da prova de sua doença**, o qual no momento da solicitação do requerimento inicial deverá ter um diagnóstico e tratamento devidamente instituído com os exames complementares que **comprovam sua causa mórbida**, fica a Perícia Médica dispensada das solicitações dos respectivos exames (Ministério da Previdência Social. Manual de Perícias Médicas Previdenciárias, 2003:31 Grifos meus)

No entanto, ainda que sejam representativos da burocracia e sua apresentação vista como obrigatória, as provas documentais carregadas pelas pessoas, constituídas em atestados,

exames, receitas de medicamentos, trazem consigo o desejo e a esperança de que seu direito será reconhecido pelo Estado. Ter o ônus da prova, a responsabilidade pela comprovação das doenças (e da incapacidade) através de documentos, também implica em certa duplicidade – ao mesmo tempo em que sua apresentação se torna obrigatória, eles também se constituem em meios através dos quais se reivindica reconhecimento perante o Estado. Este duplo “papel” dos documentos também foi registrado por Leticia Ferreira (2013) em um artigo onde analisa o fenômeno do desaparecimento de pessoas no Rio de Janeiro através da atuação de uma ONG:

(...) se por um lado, documentos são encarados como uma opressora materialização dos ideais de formalismo, impessoalidade e anonimato vigentes em burocracias (...), por outro lado são também forças motrizes de processos de Estado, e ao mesmo tempo, **mecanismos acionados por certos indivíduos para fazer frente ao Estado**. Ainda que tais indivíduos não acionem ritos de autoridade, e mesmo que se posicionem em uma relação por definição assimétrica em face de agentes do Estado, **documentos permitem-lhes disputar em que termos são descritos e avaliados, funcionando como instrumentos basilares de suas demandas por reconhecimento** (Ferreira, 2013:21; Grifos meus).

Carregados em sacolas plásticas de supermercados ou lojas, envelopes de papel pardo, sacos e pastas, estes documentos adquirem uma importância que transcende a própria avaliação física efetuada pelo médico perito. O caso de seu José, que acompanhei na DPU, ilustra isto. Seu José é motorista de caminhão e procurou a defensoria porque teve o pedido de prorrogação do auxílio-doença negado após o exame pericial. Naquele momento, o benefício já havia sido suspenso. Segundo nos relatou, o auxílio passou a constituir parte importante de sua renda familiar, tendo em vista que, dos seis filhos adolescentes, apenas a mais velha estaria empregada e recebendo um salário mínimo. Alegou possuir hérnia de disco, o que o impediria de encontrar outra atividade de trabalho para além daquela que estava exercendo e se encontrava afastado. Pergunto como foi exame,

Sabe que eu acho que a médica tava um pouco revoltada, falou dos médicos do SUS, desse programa aí dos médicos cubanos. Eu não queria saber, eu tava ali era pra resolver o meu problema. Eu até ia comentar da reportagem que mostrava o jogador de futebol que recebia auxílio por fraude. Você viu aquilo?

Seu José, então, abre a pasta que carrega seus documentos e os dispõe sobre a mesa, incluindo os laudos periciais. Peço para ler e ele segue o comentário: *Deu até vontade de falar pra ela (médica perita) que eu recebo muito mais trabalhando do que com esse auxílio para ficar em casa. Quando eu cheguei na perícia eu tava me sentindo bem. Ela pediu para*

caminhar, examinou um pouco a minha perna e acabou indeferindo. Aí eu pensei: o que eles querem? Que eu entre na sala me arrastando no chão? Por que eu vou mentir se eu estava me sentindo bem? Mas eu tenho problema na perna, pode olhar aí (nos exames clínicos e receituários médicos prescrevendo medicamentos para dor e tratamento da hérnia). As vezes dói e outras vezes não. Naquele dia da perícia não tava doendo e eu consegui caminhar, mas isso não quer dizer que eu estou bem, os atestados estão dizendo aqui que não estou.

No laudo de seu José a conclusão do perito foi de que *o requerente se movimenta sem dificuldade. O mesmo não apresenta incapacidade para o trabalho.* Mas, segundo relatou, o fato de ter conseguido caminhar no momento do exame e de não ter sentido dor em uma das pernas, não significava que ele já estaria curado da hérnia de disco. Apesar de sentir dores eventualmente por conta disto, ele teria como comprovar, através de diversos exames clínicos, chapas de raio-x e atestados, a existência da enfermidade. Neste caso, os documentos seriam muitos mais críveis e precisos do que a avaliação visual do perito, porque eles “estavam dizendo” qual era, de fato, sua situação, embora aparentemente não parecesse.

Pode-se questionar, ao contrário, qual o “papel”, no sentido estrito do termo, que estes documentos adquirem para as pessoas no momento em que elas precisam solicitar auxílios previdenciários e, da mesma forma, contestar decisões estatais. Os casos que acompanhei durante o trabalho de campo sugerem que reunir e apresentar documentos tem menos a ver com as *políticas da obrigação* ao qual Didier Fassin (2003) faz referência em sua análise a respeito da concessão de benefícios estatais para imigrantes e desempregados, do que com a ação de fato, com a agência das pessoas, que desejam reverter o parecer que consideram injusto e injustificado.

É interessante destacar essa relação entre a exposição do corpo e a apresentação de documentos no processo de solicitação de benefícios que necessitem da avaliação pericial. Novamente Didier Fassin, desta vez juntamente com Estelle D’Halluin (2005) traz contribuições importantes a este respeito. Ao analisarem os casos de imigrantes que buscam asilo na França, Fassin e D’Halluin demonstram o quanto os atestados médicos (*medical certificates*) tornaram-se peças chave de evidência na administração dos casos submetidos à avaliação dos agentes do Estado. Porém, tal como nos casos tratados aqui e que envolvem a perícia médica, eles destacam que, entre os que julgam e aqueles que são julgados, os atestados médicos acabam adquirindo um valor simbólico invertido, se não alterado. Para os candidatos ao asilo e seus advogados, eles se constituíam em uma abertura para concessão,

ao passo que para os oficiais e juízes, estes eram avaliados como uma evidência dentre outras, que inclui a própria exposição do corpo doente e das marcas de seu sofrimento. Segundo eles,

the government administration's ethos regarding asylum is dominated by suspicion. People's case histories are questioned, facts are challenged, and evidence is disqualified. Having convinced the physician or the psychologist is therefore a first step, and possibly a decisive one, in the production of the person's truth. Henceforth, the mark is no longer only on—or in—the body. It is present in a document that has legal value. Whether it reproduces the account or attests to the consequences, the scriptural trace envelopes the fragile words and invisible wounds of the asylum seeker in its legitimacy (Fassin e D'Halluin, 2005:606).

Neste sentido, a prova documentada, aqui, também, representa uma defesa prévia contra a suspeita (de fraude, simulação de sintomas e dores, etc.) que seria anterior à realização do exame pericial em si, podendo esta ser confirmada (ou não) pelos médicos peritos. Porém, como destacam os autores, a evidência pode ser desqualificada – neste caso os próprios documentos que compõe a prova.

Um caso representativo dessa tentativa de composição da prova, através da reunião de documentos considerados importantes na comprovação da incapacidade e defesa contra a suspeita, foi o de um senhor que procurou a defensoria pelo indeferimento de seu pedido de auxílio-doença. Após responder uma parte do questionário socioeconômico, quando perguntado sobre os motivos que o levaram a buscar atendimento jurídico na DPU ele logo retirou os óculos do bolso da camisa, abriu uma pequena pasta com diversos documentos e disse: *Estou aqui porque me negaram auxílio-doença. O senhor tem algum atestado onde apareça o CID?* Pergunta a estagiária. Percebo que ele não encontra dificuldade em localizar o atestado em meio a diversos outros papéis que, apesar do volume, pareciam organizados. Ao dispor uma parte deles na mesa, essa organização se torna ainda mais visível, no sentido estrito do termo – alguns pontos específicos estavam destacados com marcador de texto neon, incluindo o CID no atestado do médico assistente e, no laudo pericial, as datas das perícias já realizadas e a conclusão dos médicos peritos. *Por que o senhor grifou essas partes?* Eu pergunto. *Pra facilitar, minha filha, são tantos documentos que as vezes eu me perco, sabe? Ai eu vejo o que eu marquei e logo me acho,* diz ele, sorrindo. E complementa: *e como eu já sei o que eles (durante o atendimento) vão pedir, eu já me antecipo e marco o que é importante.*

4.2 Composição e seleção dos documentos

Se, como sugerem Claudia Fonseca e Lúcia Scalco (2015), os documentos possuem uma biografia, torna-se importante levar em consideração os deslocamentos que as pessoas realizam entre as instituições que produzem estes documentos, como forma de reunir estes elementos que comprovem a veracidade da solicitação – ou seja a trajetória da produção e aquisição dos papéis considerados importantes e necessários. O percurso para composição da prova inicia com a consulta e o diagnóstico dos chamados médicos assistentes, médicos estes que fornecem atestados, indicam tratamentos e definem, através da CID, aquela que se encaixa no quadro clínico de seu paciente. Estes médicos podem ser consultados tanto através de clínicas particulares, quanto do SUS. E são os atestados por eles fornecidos e outros exames solicitados que o trabalhador apresentará ao médico perito no momento do exame pericial. Porém, o julgamento do médico perito levará em consideração o impacto da doença atestada pelo médico assistente sobre a capacidade do trabalhador de desempenhar suas atividades, o que designam como *nexo causal*. Neste sentido, quando se trata do processo de solicitação de benefícios por incapacidade o que aparece em disputa, para além da própria definição do que seja incapacidade para o trabalho, é o papel desempenhado pelo médico assistente (ou o médico que assiste seu paciente) e pelo médico perito, e a relação por eles estabelecida com os trabalhadores e vice-versa, conforme abordado no capítulo três.

Nos casos em que a concessão ou prorrogação de benefícios ou auxílios é indeferida pelo médico perito muitos trabalhadores recorrem, então, ao judiciário, que se constitui no destino final deste percurso (o *último recurso*) para onde se dirige grande parte dos trabalhadores na tentativa de reverter as decisões proferidas pelo INSS. É na realização deste percurso que documentos são produzidos e as pessoas vão constituindo suas provas. Em estudo onde analisa a distribuição de lotes para pessoas inscritas em programas habitacionais de governo no Distrito Federal, Antonádia Borges (2005) destacou que do encontro destas pessoas que se cadastram no programa com os funcionários do governo “resultam, sobretudo, documentos, provas materiais que tornam palpáveis e presentes as alterações na vida de ambos” (p.67)³⁷. Também aqui este encontro com agentes do Estado resulta em documentos,

³⁷ Segundo ela, a conquista do lote passava pela comprovação do “tempo de Brasília”, dos anos de residência na capital federal. No entanto, “o “tempo de Brasília” não se refere apenas aos anos vividos na capital, mas à capacidade de ter suportado, ano após ano, agruras de toda ordem e, mais ainda, à habilidade em comprovar esse tempo de dissabores com documentos” (Borges, 2003:64).

provas materiais. Neste caso, porém, as alterações sofridas, em muitos casos, ocorrem no corpo, que deve ser apresentado (e avaliado) como incapaz ou deficiente para receber o seguro previdenciário ou o benefício assistencial.

Na defensoria, as pessoas são informadas de que, quantos mais documentos probatórios trouxerem melhor poderá ser o embasamento de seu caso. Neste sentido, a composição da prova da necessidade de benefícios, diversos os documentos, não apenas atestados e laudos médicos recentes, tornam-se importantes. No primeiro atendimento, quando alguns documentos solicitados na fase do atendimento jurídico não são levados, eles podem ser entregues num prazo estipulado de dez dias, caso não sejam, o processo administrativo é arquivado sob o argumento de que não houve “interesse do assistido” em prosseguir com o mesmo.

A relação da documentação básica a ser apresentada para composição do processo de assistência jurídica envolvendo a área previdenciária e assistencial constitui-se em:

- RG;
 - CPF;
 - Comprovantes de renda;
 - Comprovante de residência;
 - Carteira de Trabalho (todas que possuir);
 - Recibos de contribuição ao INSS (carnês);
 - Carta de indeferimento do benefício;
 - Atestado médico contendo o CID da doença e demais documentos médicos importantes;
 - Para solicitações do Benefício Assistencial/LOAS, todos os documentos listados, desta vez incluindo termo de curatela, se houver, e comprovação dos gastos, inclusive com medicamentos;
- (Fonte: informativo DPU – benefícios previdenciários e assistenciais)

No INSS, os documentos exigidos para o pedido de auxílio-doença são:

- Documento de identificação válido e oficial com foto;
 - CPF;
 - Carteira de trabalho, carnês de contribuição e outros documentos que comprovem pagamento ao INSS;
 - Documentos médicos que comprovem a causa do problema de saúde, o tratamento médico indicado e o período sugerido de afastamento do trabalho;
 - Para o empregado:** declaração carimbada e assinada do empregador, informando último dia trabalhado;
 - Comunicação de Acidente de Trabalho – CAT, se for o caso.
 - **Para o segurado especial (trabalhador rural, lavrador, pescador):** documentos que comprovem esta situação, como declaração de sindicato, contratos de arrendamento, documentos onde conste a sua ocupação etc.
- (Ministério da Previdência Social, grifos mantidos do original)

E, para encaminhamento do BPC:

- Documento de identificação e CPF do titular;
 - Comprovante de residência;
 - Formulários preenchidos e assinados, de acordo a situação do titular;
 - Certidão de nascimento do titular, se solteiro, ou certidão de casamento, nos demais casos;
 - Documentos pessoais dos membros do grupo familiar (identidade ou certidão de nascimento quando menor, CPF, RG, número do PIS/PASEP/NIT);
 - Comprovante de rendimento do titular e dos membros do grupo familiar;
 - Certidão de óbito do(a) esposo(a) falecido(a), se for o caso;
 - Tutela, no caso de menores de 18 anos filhos de pais falecidos ou desaparecidos ou que tenham sido destituídos do poder familiar.
- (Ministério da Previdência Social, benefício assistencial: documentos e formulários necessários).

Neste caso, para receber assistência jurídica gratuita do Estado, o benefício auxílio-doença e o benefício assistencial, exige-se a apresentação de uma série de documentos, tanto na DPU, quanto no INSS, que também se tornam comprovantes, seja da contribuição previdenciária, no caso da carteira de trabalho, seja de documentos médicos. Em relação ao BPC, além da apresentação de documentos pessoais, igualmente se torna necessário o preenchimento de diversos formulários, como o requerimento inicial e de declaração da composição do grupo familiar³⁸, como atestado de que a pessoa que solicita este benefício se enquadra nos critérios de baixa renda, e de que não dispõe de recursos próprios ou familiares para sua manutenção, tal como dispõe a legislação.

Para o encaminhamento de um caso na defensoria, além dos documentos médicos,

Um defensor público leva em grande consideração também o relato que é feito por parte do cidadão, e na grande maioria das vezes eles já comparecem na Defensoria Pública portando algum documento médico que indique essa incapacidade para trabalho, raras são as vezes em que a documentação médica é fraca ou insuficiente, e nesse caso são repassado para a perícia médica com o nosso perito, mas,

³⁸Além destes, declaração de separação de fato: apresentar apenas se o requerente está separado de fato, mas permanece legalmente casado; declaração de união estável: apresentar apenas se o requerente vive em união estável, sem estar legalmente casado; declaração de que o titular do comprovante de residência apresentado não faz parte do grupo familiar: apresentar apenas se o requerente traz comprovante de residência de alguém que vive com ele, mas que não é parte do seu grupo familiar; declaração de inexistência de comprovante de residência: apresentar se o requerente encontra-se em situação de rua, ou não possui comprovante de residência em seu nome ou no nome dos componentes do grupo familiar; termo de Renúncia de Benefício para Acessar outro Benefício mais Vantajoso: apresentar se o requerente recebe um benefício ao qual deseja renunciar para ter direito a outro. Não é possível renunciar a aposentadoria por tempo de contribuição, idade e especial; declaração de permanência de criança ou adolescente beneficiária do BPC em Instituição de Acolhimento: apresentar se o beneficiário é criança ou adolescente residente em instituição de acolhimento; Certidão do Órgão Gestor de Mão de Obra: apresentar para requerimento do Benefício Assistencial ao Trabalhador Portuário. Fonte: Ministério da Previdência Social – benefício assistencial: documentos e formulários necessários.

via de regra, nós já temos uma documentação suficiente. Caso não presente, nós entramos em contato com o cidadão para que ele complemente a documentação, muitas vezes ele não tem o conhecimento de que pode buscar junto ao posto de saúde, junto ao hospital, os prontuários integrais, exames que foram realizados cujo laudo não foi entregue, então, muitas vezes existe o documento médico, existe o laudo, o prontuário, mas não foi entregue na defensoria pública. Nós estamos tentando criar uma mentalidade no atendimento, isso é algo que eu insisto bastante com os estagiários quando eu tenho contato com eles, para que já nesse primeiro momento do atendimento, eles possam informar que existem outros documentos que podem subsidiar a nossa demanda.

Em que pese a importância dos documentos, não apenas como meio de prova na ação judicial, mas também como critério para encaminhamento de casos na defensoria, é o relato, a narrativa destes casos, como me disse um dos defensores no trecho acima, que e se leva em consideração na composição de uma causa. Diferente da avaliação pericial do INSS, onde o relato não se torna decisivo na conclusão do médico perito, na DPU é a ele que se credita o valor da “verdade”. As provas, sob a forma de documentos médicos, tão necessárias para “ajuizar uma ação”, em poucas situações são consideradas insuficientes, como destacou o defensor.

O privilégio dos documentos, da reunião do maior número possível de papéis, tona-se muito mais visível quando a busca por assistência jurídica na DPU é efetuada por um representante, e não pelo próprio necessitado desta assistência. Não há necessidade deste representante apresentar uma procuração lhe outorgando direitos de *falar em nome* do representado, que pode ser um parente, amigo, vizinho, etc., daquele que se encontra impossibilitado de comparecer. Essa impossibilidade, em muitas situações, ocorre por *motivos de saúde*. E, nestes casos, tudo o que for considerado relevante como meio de prova ou mesmo para identificação do futuro assistido é levado para o registro durante o atendimento, como os comprovantes de votação, não exigidos para solicitação de benefícios no INSS, tampouco para abertura de processo de assistência jurídica na DPU:

Dona Adelaide procurou a defensoria para contestar o parecer do médico perito de que seu filho não apresentava incapacidade para o trabalho a longo prazo que justificasse seu pedido de conversão do seu auxílio-doença, já suspenso, em aposentadoria por invalidez. Segundo relatou no guichê de atendimento, seu filho é alcoólatra, está desempregado e não consegue “parar em nenhum serviço” por conta da “bebida”. O estagiário pergunta se ela

trouxe a Carteira de Identidade do filho, ao que ela diz: *Eu trouxe tudo que tu possa (sic) imaginar . Então, retira da bolsa e dispõe na mesa os documentos do filho. “Consegui reunir tudo isso aqui”, ela diz. Diversos atestados e receitas médicas, desde a primeira até a última consulta ao posto de saúde, receitas de medicamentos controlados e o comprovante da última internação de seu filho em uma clínica para tratamento do alcoolismo. Chapas de raio-x que indicavam uma pneumonia recente, algumas bulas de medicamentos, como antibióticos, também faziam parte dos documentos que dona Adelaide levou naquela manhã de verão movimentada no setor de atendimento ao público na DPU. “Até os comprovantes de que ele votou eu trouxe, pode olhar”, dispondo o título de eleitor e pequenos comprovantes das últimas eleições, além da Carteira de Trabalho e o cartão do CPF do filho. Ainda assim, ela parecia aflita com a possibilidade de não ter levado documentos ou provas suficientes: “será que precisa de mais alguma coisa? Será que não está faltando nada?” O estagiário a tranquiliza e garante que os documentos levados eram suficientes, que alguns seriam escaneados e anexados na pasta criada com o nome de seu filho no sistema. “É que a gente nunca sabe...” Enquanto o estagiário tenta olhar cada um dos diversos documentos dispostos em sua frente, dona Adelaide pede: “cuida de tudo isso aí, porque ele pediu antes de eu sair de casa: cuida dos meus papéis, mãe”. A senhora tem alguma questão de saúde específica na família? Pergunta o estagiário. Sim, o meu filho tem demência. Na verdade, ele vivia com a família do pai dele, aí expulsaram ele de casa. Isso acabou dando um problema na psique dele. Ele está totalmente alheio às coisas. Teve uma vez que ficou quinze dias sem tomar banho, já foi morador de rua e agora está com problema na cabeça, tem demência, está ruim da mente. E não tem renda nenhuma. Esse problema de cabeça já vem da família do pai dele, ele tem uns tios no interior que são dementes. Uma tia dele é totalmente dependente, fala sozinha...Essa bebida estragou a vida do meu filho. Ele tinha a casinha dele, as coisas dele. Perdeu tudo, não consegue parar em nenhum serviço porque ele bebe o dia todo. Vendeu tudo que tinha em casa, ficou só com a roupa do corpo, para comprar cachaça.*

Atém de reunir todos os documentos que ela considerou importantes do filho, incluindo os comprovantes de que ele havia cumprido com suas obrigações eleitorais, não exigidos para encaminhamento de processos, dona Adelaide também forneceu a sua narrativa a respeito da doença que o acometia. E essas narrativas, como o próprio conhecimento dos CIDs já destacado no capítulo anterior, são muito recorrentes durante o relato dos casos. Mais do que apenas uma apropriação dos conhecimentos médicos (“problema na psique” ou “demência”), elas indicam uma tentativa de dar sentido ao que o CID, em sua abrangência,

parece complexificar. Problemas relacionados à saúde mental são convertidos em “problemas de cabeça” ou estar “ruim da mente”.³⁹ No caso de dona Adelaide, também houve uma tentativa de se buscar (e, de fato, encontrar) as causas desses problemas de cabeça, que teriam sido originados na família do pai e transmitidos ao filho. Desta forma, o consumo de álcool ou de “bebida” apenas potencializaram esses problemas, mas não se constituíram em suas causas, devendo estas serem buscadas no histórico de doenças mentais da família, o que também justificaria a busca pelo auxílio-doença⁴⁰ e reforçaria o mérito de sua concessão, uma vez que estas doenças não estariam relacionadas apenas ao suposto uso abusivo de bebidas alcóolicas, mas também aos “problemas de cabeça” já manifestados por alguns de seus familiares e que, portanto, seu filho não poderia controlar.

4.3 Sobre a (in)validação dos documentos médicos

Dependendo do contexto em que são mobilizados, os documentos podem estar a favor ou contra o Estado. A análise dos mesmos casos, tanto na defensoria, quanto no INSS, demonstra o quanto a narrativa do sofrimento e a análise dos documentos médicos adquirem importância maior no processo de construção de uma causa jurídica na primeira do que no processo de análise para concessão de benefícios nesta última. No entanto, ao mesmo tempo em que são representativos de uma prática burocrática estatal, eles podem não ser decisivos para avaliação dos médicos peritos. Neste sentido, os documentos levados pelas pessoas no momento do exame precisam ser validados como meio de prova da incapacidade (e não das doenças). Por isso, não é a quantidade de documentos apresentados que garantirão, ou provarão, a existência desta incapacidade, da invalidez ou deficiência.

³⁹ Em etnografia realizada junto à famílias de um bairro de classe popular em Porto Alegre, Helena Fietz (2016) também destacou que narrativas sobre os “problemas de cabeça” estavam associadas à práticas de cuidado em algumas famílias, e também ao recebimento do BPC.

⁴⁰ No final da década de oitenta Luiz Fernando Dias Duarte já tinha destacado o quanto as “doenças dos nervos” ou os “problemas de cabeça” estavam relacionados aos pedidos de “auxílio-saúde”, pedidos de *encosto* ao então INPS entre as ditas classes trabalhadoras urbanas. Trinta anos separam a publicação da primeira edição de *Da vida nervosa das classes trabalhadoras urbanas* (1986) e a escrita desta tese – que teve como campo uma instituição jurídico-estatal específica e que atende a uma classe específica – e os “problemas dos nervos”, para muitos, seguem como recorrentes no que tange aos pedidos não apenas do atual auxílio-doença ou outros benefícios por incapacidade, mas entre o benefício assistencial junto ao atual INSS.

Um dos médicos peritos que conversei destacou que os documentos podem, também, ser mobilizados como estratégias em casos de simulação, enfatizando, igualmente, qual seria o “papel” do atestado do médico assistente no momento da decisão e produção do laudo oficial pelo médico perito do INSS:

*Existem técnicas que as pessoas usam para tentar ludibriar nos casos em que se verifica a simulação, por exemplo: trazer muitos papéis, muitas receitas, ficam ocupando o médico com aqueles papéis todos. Elas tentam, então, dirigir a entrevista para o interesse delas, quer dizer, tomar conta da situação. Então o perito tem que saber ouvir, interromper de uma maneira equilibrada para ele ter o controle da situação, não o segurado ou a pessoa que está ali solicitando o benefício assistencial. **O atestado é um documento útil e importante? Claro que é.** Mas é uma informação que o perito deve ter, aquilo não é um laudo como muitos falam, um laudo é feito pelo perito, é um atestado ou um relatório. E nesse relatório tem informações sobre a saúde da pessoa que serão de interesses da perícia. **O perito deve ler o atestado, mas ele não tem obrigatoriedade nenhuma em acolher o que está escrito nele.** Porque o objetivo deste atestado, deste relatório, não é o objetivo da perícia. **Então, esse documento tem uma importância relativa,** porque o que o médico assistente falou não é o que o perito vai fazer. Não existe nenhum conflito ético e nem legal. Tanto a lei, quanto a jurisprudência legal, as resoluções de conselhos e medicinas destacam que pode perfeitamente haver discordância entre as partes, entre os dois médico. E nesse caso, sendo matéria previdenciária, prevalece a opinião do perito médico.*

Se para as pessoas os documentos possuem centralidade, para os médicos peritos – os agentes do Estado – sua importância é considerada “relativa”, porque eles podem ou não levar estes documentos em consideração em suas decisões, sobretudo quando se tornam alvo de suspeitas, como destacou outro médico:

Muitas pessoas chegam na perícia com uma sacola, a famosa sacola de documentos e de remédios. Eu lembro que logo que eu comecei a trabalhar como perito, eu lembro que eu comecei a prestar a atenção que as sacolas circulavam, teve uma mulher que emprestou a sacola para outra, era até engraçado, eu olhava: “mas essa sacola eu já conheço”. Mas a gente não vai confrontar a pessoa e falar: “olha, essa sacola eu já vi com outra”. A gente registra e toma aquilo como um dado. Teve uma perícia que eu fiz, que um homem me disse: “está aí a pasta, doutor”. E eu disse para ele: “o que tem nessa pasta não me diz tudo, diz uma parte, mas não tudo do que o senhor tem ou de quem o senhor é”. Dependendo da perícia, a última coisa que se faz é olhar papel, porque se a pessoa chega engessada, por exemplo, tu já pressupões uma fratura. Mas, nem sempre um pé engessado significa

realmente uma fratura. Já fiz perícia em pessoas que tinham o pé engessado e não tinham fratura, o gesso novinho. Apresenta documentos de fratura de uns dez meses atrás e um gesso novinho. Não precisa brigar com a pessoa, tu percebes que aquilo foi feito por alguém. Gesso mal feito a gente conhece, quem sabe engessar faz uma modelagem. A gente pergunta, o senhor tem um raio-x recente? Então, por favor, traga.

Conforme destacou o médico, os documentos “não dizem tudo” a respeito da enfermidade alegada no momento da perícia, tampouco a respeito de quem a pessoa é. Neste caso, a avaliação pericial, baseada em um saber indiciário, não poderia estar pautada apenas na análise da documentação médica apresentada, uma vez que, por exemplo, um “gesso mal feito” também poderia ser indício da não existência de fratura e de uma tentativa de fraude, apesar da apresentação de documentos. Da mesma forma, os documentos podem comprovar e indicar a existência de uma fratura antiga, porém com um “gesso novinho”. Isto significa que nem sempre um pé engessado pode estar, efetivamente, fraturado.

No entanto, essa multiplicidade de papéis, no sentido estrito do termo, serve, igualmente, como meio de comprovação e defesa contra estas suspeitas narradas pelo médico. Como foi o caso de uma senhora, que trabalhava como atendente em uma padaria até solicitar auxílio-doença junto ao INSS por conta de uma cirurgia na coluna. O benefício foi concedido por um determinado período e o pedido de prorrogação do mesmo foi indeferido após realização de nova perícia médica:

Eu trouxe tudo aqui para provar, porque eu sou honesta. Como eu vou voltar a trabalhar com dor? Eu trouxe todas as receitas de medicamentos que tomo para passar a dor, e que não ajudam. Quando eu cheguei no dia da perícia e mostrei para o médico perito tudo que estou mostrando pra vocês agora ele disse: não vou olhar todos esses papéis. Não precisa. A senhora pode ir embora e aguardar o resultado. Eu fiquei indignada, como ele não vai olhar os papéis? Eu disse pra ele: Como assim, doutor, eu estou aqui desde às onze da manhã pra ser atendida quase passando a uma hora da tarde e o senhor não vai olhar tudo isso aqui que eu trouxe? Eu já estava ali cansada e ele falar aquilo. Parece que todos que vão lá estão mentindo. Mas não é todo mundo que quer levantar vantagem, que não gosta de trabalhar.

A frustração (e indignação) pela desconsideração dos documentos por parte dos médicos peritos durante a avaliação pericial, recorrente em muitos relatos na defensoria, também é reveladora, na fala desta senhora, dos motivos que teriam levado o médico a não

olhar os seus papéis – a possível desconfiança em relação ao fato de que ela poderia estar mentindo. Os documentos que ela levou no dia da perícia e também na defensoria representam não apenas a prova de sua incapacidade, como mostrariam as receitas de medicamento para dor, mas também a defesa de sua honestidade em relação ao fato de não querer *levar vantagem*, porque afinal, em sua avaliação, “nem todo mundo quer”.

Os embates morais entre os que solicitam benefícios e os médicos peritos não dizem respeito apenas à dimensão da desconfiança, mas também à própria valorização dos documentos em si. E isto foi explicitado na fala de uma mulher que procurou a defensoria com o objetivo de reestabelecer o auxílio-doença de seu filho, que estava internado em uma clínica na região metropolitana de Porto Alegre para tratamento de dependentes químicos. Tal como tantos outros, ela carregava uma pasta com diversos documentos médicos relacionados à “dependência” do filho e também do seu histórico de internações. Quando perguntei sobre os papéis que carregava e ela disse: *São muitos papéis aqui, moça. Mas são papéis que têm muito valor, sabe? São todos importantes, eu carrego a vida do meu filho aqui.*

Essa valorização também foi enfatizada por dona Dóris, cuja história será apresentada (e aprofundada) no capítulo seguinte. No entanto, ela será previamente destacada aqui, por conta de um evento bastante significativo:

Quando conheci dona Dóris ela carregava uma pasta verde que quase não fechava por conta da quantidade de papéis em seu interior. Ela foi até a defensoria porque teve o pedido de prorrogação do auxílio-doença negado. Durante o atendimento, dona Dóris segurava a pasta entre um dos braços, numa espécie de proteção. Quando perguntei o que ela carregava na pasta, ela respondeu enfática: *tudo que tu possa imaginar. Onde eu vou eu levo essa pasta comigo. Coloco tudo aqui, chego do médico e já coloco os atestados, as receitas. Ela fica sempre à mão, porque sei que vou precisar, então eu guardo tudo. Até uma vizinha perguntou uma vez a mesma coisa que tu, e ainda disse: Dóris, mas por que tu guarda tudo, pára de ficar juntando papel, mulher. Ela me disse. Mas eu guardo mesmo, não é juntar papel, ela não entende que tudo que tem aqui é importante, porque se precisar eu tenho como provar.* Após esse primeiro encontro na defensoria, me tornei próxima de dona Dóris após uma entrevista que realizamos em sua casa, entrevista esta que compõe parte do capítulo que trata da judicialização dos benefícios nesta tese. Conversando sobre seu processo na defensoria, dona Dóris revelou que a Defensora responsável pelo seu caso solicitou que a informassem sobre sua perícia judicial com um oftalmologista, pois sua solicitação de auxílio-doença e sua

primeira concessão foram decorrentes do grau acentuado de glaucoma. A perícia estava marcada para dali há alguns dias e ela estava preocupada por não saber como chegar até o consultório do médico. Ofereci, então, ajuda. Disse que poderia acompanhá-la, caso ela assim desejasse, pois conhecia o endereço. Também seria uma forma de retribuir a gentileza com a qual me recebeu em sua casa, tendo preparado bolo e chimarrão quando da minha chegada. Aceito o convite, e se aproximando o dia da avaliação pericial, combinamos um ponto de encontro no bairro onde estava localizado o consultório do oftalmologista que atuaria como perito judicial no caso de dona Dóris. Ela carregava sua pasta com documentos, a mesma pasta que a vi segurar quando nos conhecemos na defensoria e que mostrou no dia em que estive em sua casa. Perguntei se novos documentos tinham sido incorporados, ao que ela respondeu que sim, os que haviam lhe entregue na própria defensoria relativos ao seu processo de assistência jurídica. No trajeto, conversamos sobre sua expectativa em relação ao exame. Ela disse que sairia satisfeita se o perito judicial ao menos olhasse os documentos que ela havia levado (e reunido). *“Isso (a perícia) é da justiça, então acho que ele vai olhar”*. Também manifestou preocupação com o benefício recebido pelo filho portador de deficiência, caso ela ganhasse judicialmente o auxílio-doença. *“Não posso perder o benefício (de prestação continuada – BPC) do Gustavo, ele está nos salvando até no aluguel”*. Ao chegarmos ao consultório, em um prédio próximo à um shopping em um bairro de classe média, percebemos que algumas pessoas aguardavam em algumas cadeiras dispostas em frente à recepção, enquanto outras ocupavam uma escada que dava acesso ao próximo andar. *“Tem bastante gente para fazer perícia, dona Dóris. Ou será para consulta também?”* Eu disse. Ela logo chamou minha atenção: *“Não, não deve ser consulta. Olha para essas pessoas, como elas estão vestidas, todas como eu. Não teriam dinheiro para pagar consulta. Eu só consultei com oftalmo particular porque a minha patroa pagou, se não estava até hoje esperando”*. Ela vestia uma camiseta confeccionada por um hospital em Porto Alegre, relativa a uma campanha sobre diabetes infantil, uma calça preta de academia e um tênis que, segundo ela, era usado, doado pela antiga patroa:

– *“Escolhi uma roupa velhinha, das que eu usava para fazer faxina. Vai que esse médico seja como os outros (do INSS) e desconfie de mim, vai que pense que tenho dinheiro ou posso trabalhar”*.

– *“A senhora vestiu essa roupa no dia da perícia do INSS também?” Perguntei.*

– Claro, em tudo que é lugar eu vou assim. Não essa mesma, mas outras desse tipo. Tive que ir no CRAS (Centro de Referência em Assistência Social), e fui assim. No INSS, nas consultas no posto, tudo...lá na defensoria também. Eu até tenho umas roupas “boas” que eu ganhei da minha antiga patroa, mas eu não vou usar nesses lugares...

É interessante se ater um pouco nestas que poderiam ser definidas como estratégias de convencimento por parte daqueles que solicitam benefícios, ou a performance no momento da perícia, para além dos documentos. Dona Dóris disse ter escolhido uma “roupa velhinha” (e não as “boas” que ganhou patroa) para evitar a desconfiança não só por parte dos médicos do INSS, onde também teria ido usando aquele “mesmo tipo de roupa”, mas também dos peritos judiciais (cuja a decisão poderia definir a sentença do juiz). Para além da pasta com diversos documentos, no caso de dona Dóris a roupa também acaba servindo como meio de prova, não das condições de saúde, mas das condições econômicas relacionadas à sua incapacidade, e visa evitar julgamentos ou suspeitas em relação a estas condições por parte destes profissionais. De fato, as roupas podem se constituir em “elementos” observados pelos peritos e levados em consideração durante a avaliação. Seu “aspecto” também pode ser registrado no laudo, tal como a indicação de “vestes adequadas”, encontrada em alguns destes documentos e mostrada no capítulo anterior. No entanto, dona Dóris disse ter usado as mesmas roupas que vestia “para fazer faxina” também no encontro com agentes de outras instituições, como o Centro de Referência em Assistência Social (CRAS), no momento de consultas aos postos de saúde e na própria defensoria. Se o relato busca enfatizar o sofrimento, aqui a “falta de dinheiro” ou a “impossibilidade” de trabalhar podem ser revestidos, literalmente, através da escolha da roupa para encontros e interações com o Estado. Este que pode ser designado como o *revestimento da necessidade*, para além do que poderia ser visto como um recurso, uma performance, ou uma estratégia de convencimento, também poderia ser analisado como parte das versões de “vitimização” ao qual usuários institucionais qualificados como “carentes” elaborariam para aceder à posição de beneficiários de direitos sociais, conforme destacou Delma Pessanha Neves (2010). Nos casos estudados por ela, o recebimento de recursos oriundos de instituições filantrópicas, na perspectiva de seus usuários, ocorreria somente após o reconhecimento de sua condição de vitimizados ou injustiçados. Para usufruir de determinados recursos estes beneficiários, deveriam, segundo a autora “investir na reversibilidade de modos de representação de si que sejam pouco abonadores” (Neves, 2010:101).

Após revelar esta sua estratégia em relação à roupa, dona Dóris pediu para que eu buscasse informações na recepção a respeito da perícia. Perguntei às duas recepcionistas sobre a necessidade de apresentação prévia de algum documento. Elas solicitaram apenas a Carteira de Identidade para confirmar o comparecimento e pediram para que dona Dóris aguarde. Chegou, então, sua vez. O próprio médico anunciava os nomes. Dona Dóris abriu sua pasta, tentou conferir se estava tudo ali, já se dirigindo até o corredor de acesso ao consultório do médico. Pediu para que eu a acompanhasse e vamos juntas até a sala. Sentada em uma cadeira próxima à dona Dóris eu tentava acompanhar as etapas da avaliação. O perito pediu para que ela tentasse relatar a sequência de letras e números que surgiram na sua frente. Ela disse que não enxergava nada. Então, ele cobriu um de seus olhos e perguntou: *E agora? Agora sim*, ela respondeu. Após o relato dos números, o perito sentou em sua mesa e pediu a pasta que ela carregava. Retirou todos os documentos, e demonstra ler atentamente um a um. Alguns deles o impeliram a registrar informações no computador. Dona Dóris tentou estabelecer um diálogo e comentou sobre a cirurgia que realizou no olho esquerdo. Porém, o perito permaneceu calado. Após um novo pedido de avaliação, o médico disse a dona Dóris que ela estava liberada, e lhe entregou a pasta com seus documentos. Ou, melhor, os documentos e a pasta, tendo em vista que todos estavam fora dela. *“Peço que a senhora guarde esses papéis lá fora, por gentileza, preciso chamar o próximo”*. Dona Dóris saiu tentando equilibrar os documentos para que não caíssem no chão e me disse:

– *“Ele não deixou eu guardar (os documentos) dentro da sala, achei muita grosseria. Viu que ele não conversou também? É que nem (sic) os outros lá do INSS”*.

– *“Mas a senhora não disse que sairia satisfeita se ele olhasse os documentos? Ele olhou, não?”*

– *“Sim. Olhou. Ainda bem. Mas não foi muito simpático, tu viu (sic)”*.

Tentei auxiliar enquanto ela reorganizava a pasta. Preocupada com a “próxima etapa”, perguntou se eu poderia solicitar informações na recepção a respeito do resultado. Quando fiz isso, a recepcionista, parecendo surpresa com a pergunta, respondeu que este resultado seria juntado ao processo, e que não seriam entregues diretamente à pessoa que realizou a perícia, mas que seu advogado poderia ter acesso. *Neste caso a defensora pública que ficou responsável pelo caso dela...Sim*, ela disse.

As impressões de dona Dóris a respeito da perícia judicial não foram muito diferentes das experiências que teve ao realizar perícia no INSS. Segundo ela, o fato de o perito judicial ter olhado todos os seus documentos não foi suficiente para que ele pudesse ser considerado diferente do perito do INSS. Isto porque a perícia foi muito rápida e o médico não interagiu ou conversou com ela durante a avaliação. E isto, para além dos documentos, também é valorizado.

Apesar dos documentos, e apesar de o médico perito judicial ter analisado todos, dona Dóris recebeu um parecer desfavorável à concessão do auxílio-doença. E a sentença do juiz seguiu este parecer. Em seu laudo, ele concluiu que:

A autora é portadora de glaucoma primário de ângulo fechado, com diagnóstico desde 2006 em ambos os olhos. A autora foi submetida à cirurgia de glaucoma em 09/2010 no olho direito e tratamento com laser em ambos os olhos desde 2006. A autora apresenta exames de campo visual de 01/2015, 12/2008, 08/2012, 11/2013 04/2011, 05/2013 e 09/2006 que confirmam a doença ocular. No exame pericial, o olho direito apresenta dano moderado do glaucoma ao nervo óptico e visão atual de 90% . O olho esquerdo apresenta dano leve do glaucoma ao nervo óptico e visão atual de 50%. A autora poderá exercer sua atividade laborativa com sua visão atual. Não existe incapacidade laborativa para a atividade que exerce e para todas as atividades.

O médico perito inclusive registrou no laudo alguns dos exames levados por dona Dóris e suas respectivas datas. Estes exames, conforme ele destacou, confirmariam sua doença ocular. No entanto, após o exame pericial, houve a constatação de que a visão de seu olho direito era de 90% e a do esquerdo de 50%, e que com estes resultados ela poderia exercer sua atividade laborativa, uma vez que não estaria incapacitada para esta e nem para qualquer outra atividade.

Outro caso significativo no que diz respeito a reunião de (muitos) documentos foi o de uma senhora que chegou ao setor de atendimento carregando, igualmente, uma pasta bastante volumosa. Não cheguei a acompanhar o início de seu relato. Conversava com a supervisora do setor em uma manhã não muito movimentada em termos de atendimentos realizados quando a estagiária que conduzia o caso se dirigiu até nós. Parecendo bastante impactada com a situação, ela disse: *“a mulher que estou atendendo tem muitas doenças, ela tem tudo que se possa imaginar. Ela trouxe muitos atestados, exames, muita coisa, tem uns bem antigos também. Devo digitalizar todos eles? Não sei por onde começar...Ela disse que era*

aposentadoria por invalidez”. A supervisora confirma com a cabeça que sim, todos os documentos deveriam ser digitalizados. Perguntei para estagiária se poderia acompanhar o atendimento: *“Eu ainda estou juntando os documentos, mas pode sim”*, ela respondeu. Assim que cheguei ao guichê encontrei uma senhora de aparência jovial. Ela observava, chorando, os diversos atestados em cima da mesa, parecendo tão perplexa em relação aos seus diagnósticos médicos quanto a estagiária que organizava seus documentos para digitalização. Foi então que me apresentei e perguntei se poderia acompanhar seu atendimento. *“Pode sim. Desculpa por eu estar chorando, mas é muita doença para uma pessoa só, sabe?”* Disse ela, com a voz embargada. Descubro seu nome através dos quatro laudos periciais do INSS, todos desfavoráveis.

– Quais são as doenças que a senhora tem, dona Isaura? Perguntei.

– Tenho muitas, se tu olhar tudo isso aqui (os documentos) nem imagina...tenho síndrome do pânico, agorafobia, “doença de graves”, coagulação no sangue, eu perdi parte da audição e agora tenho labirintite também, tenho pressão alta, trombose nos olhos...A do pânico eu tive depois que aconteceu um assalto na última empresa que eu trabalhava. Eu fui pega de refém, colocaram arma na minha cabeça. Só um pouquinho, desculpa. Tentando conter as lágrimas, ela disse: “Desde de que isso aconteceu eu não consegui me recuperar. Eu saí desse emprego e até consegui outros de carteira assinada também, mas perdi porque eu não conseguia sair de casa. Eu já nem consigo mais lembrar da época em que eu era boa...”

A quantidade de documentos, de fato, impressionava e a estagiária tentava selecionar cada um deles a fim de catalogá-los de acordo com as doenças e tratamentos que representavam. Assim, todos os documentos relativos à síndrome do pânico, por exemplo, foram agrupados e receberam esta identificação. *“Eu estou organizando para não me perder, porque tem atestados e exames de muitos anos atrás”*, explicou a estagiária, enquanto observávamos, eu e dona Isaura, todos os papéis ali dispostos. *As vezes eu não acredito que tenho tudo isso, porque eu não sou uma pessoa de idade ainda, não tem como não entrar em depressão desse jeito.*

Os registros na Carteira de Trabalho de Dona Isaura indicavam que ela trabalhou como telefonista e digitadora durante boa parte de seu período em atividade. A carteira, apesar de antiga, apresentava um bom estado de conservação. Chamava a atenção pela cor, vermelha, diferente do azul em que atualmente é confeccionada. *“Pode olhar aqui, sempre*

trabalhei de carteira assinada, tudo direitinho”. O último registro de emprego ocorreu no ano de 1996, como recepcionista em uma empresa de mídia exterior.

Dona Isaura tem uma filha e mora sozinha, em uma casa cedida por uma tia:

– Essa minha filha me ajuda muito, ela já é casada, tem a vida dela. Eu tinha duas, mas a mais velha morreu...neste momento dá uma pausa, pede desculpa por chorar novamente.

-Ela tinha quantos anos? Perguntei.

– Um ano e meio..., mas desde que ela morreu eu nunca mais fui a mesma pessoa...

Sobre as quatro avaliações periciais pelas quais passou, disse recordar pouco, porém o suficiente para fazer sua própria avaliação a respeito: *“Eu não lembro muito bem como foi a perícia, mas lembro que o médico olhou bem rápido assim, os meus exames, não conversou muito. Eu sei que eles observam tudo, talvez até achassem que eu estava bem, porque eu fui fazer a perícia como estou hoje aqui, eu penteei o cabelo, me arrumei. Eles devem ter achado isso anormal, teve um que alegou que eu atravesssei a bolsa assim (aponta para a bolsa atravessada no peito), escreveu até que eu estava bem apresentada. Mas é isso que diz se uma pessoa está doente ou não? Esses exames, os remédios todos que eu tomo, isso não conta? Eu ainda não sou uma pessoa de idade, mas já tenho muitas doenças... agora mesmo, aqui, eu não estou muito confortável, porque tem muita gente, e eu tenho agorafobia...eu não saio de casa sozinha, a minha filha que me trouxe e eu vou ligar para ela vir me buscar. Espero que não demore muito...”*

Apesar de o pedido ser de aposentadoria por invalidez (dona Isaura disse ser esta a sua pretensão), os documentos apresentados se constituíam não apenas em atestados e exames, mas também em laudos periciais desfavoráveis à concessão do auxílio-doença. Para além do pedido em si e da reivindicação de reconhecimento (através) dos documentos, o caso de dona Isaura mostra o quanto o registro do histórico clínico acaba adquirindo importância como meio de prova, mas também, e sobretudo, como arquivo pessoal que guarda uma história de vida em uma trajetória marcada pelo diagnóstico de diversas doenças – uma biografia, enfim (dos documentos, igualmente). Como destacam Claudia Fonseca e Lúcia Scalco (2015) “os documentos, pedaços inertes de papel, carregam a lembrança de emoções particulares. Têm – eles mesmos – certa biografia” (Fonseca e Scalco, p. 27). Por isso muitos exames, receituários, atestados e outros papéis considerados importantes e levados por dona Isaura

eram antigos, datados do início da década de noventa, pois eles indicavam o registro escrito do corte temporal operado por eventos significativos associados ao desenvolvimento de determinadas doenças – o assalto que levou à síndrome do pânico e agorafobia, a morte prematura de uma filha recém nascida e o próprio diagnóstico de diversas doenças também associado à depressão, tudo isso levou a uma falta de lembranças de uma “época em que era boa”, conforme ela relatou.

Didier Fassin (2003) também destacou que, no processo de concessão de benefícios estatais, a exigência da narrativa do sofrimento (para além da apresentação de provas objetivas através de documentos) operaria um duplo processo: de subjetivação e de sujeição – de construção de si e de submissão ao Estado. Os casos apresentados aqui não sugerem esta duplicidade, mas demonstram o quanto o Estado também está implicado no processo de subjetivação: as pessoas constroem a si mesmas através das categorias construídas por ele, como incapacidade e invalidez, por exemplo, indo um pouco além da disputa que envolve a definição destas, abordadas ao longo da tese. Apesar de se constituírem a partir destas categorias médicas (de Estado), elas reivindicam, primeiramente, a legitimidade dos pareceres dos médicos consultados por elas em seus tratamentos de saúde. Desconsiderar esta avaliação também constitui a origem dos conflitos.

Quando uma jovem mãe procurou a defensoria, representando a filha de cinco anos com diagnóstico de epilepsia e crises convulsivas, ela buscava um medicamento específico que, naquele momento, estava em falta na farmácia no Estado. No entanto, ela possuía outra demanda, tão urgente quanto a do medicamento, que a filha não tomava havia três meses: o benefício assistencial para a menina, indeferido após a realização de perícia médica no INSS. Segundo seu relato, ela reuniu todos os documentos que tinha guardado em casa para levar no dia do exame, e assim o fez – os atestados, receitas de medicamentos e comprovantes das diversas internações hospitalares que a filha realizou. Porém, o médico perito teria dito a ela que os documentos que ela estava apresentando eram “muito antigos”, e que não haveria necessidade de consulta-los. Ela, então, teria insistido para que ele olhasse, pois ali, naquele “monte de papéis” estavam “toda a vida” da sua filha. Ao que o médico teria respondido que, ainda que analisasse um a um, isto não alteraria o resultado da perícia, pois sua filha iria crescer e trabalhar, não havendo necessidade de receber o benefício como “portador de deficiência”. *“Eu insisti pra ele olhar, mas ele disse que não precisava. Ele examinou a minha filha bem rápido, e por cima, assim. Eu saí sem reação da sala...”*. Este caso ilustra novamente que, embora os documentos possam ser “muito antigos”, como ela disse ter

afirmado o médico perito, eles carregavam o registro de “toda a vida” da filha. Nessa temporalidade das doenças, o que importa é o momento pretérito do diagnóstico (a partir dele) e a situação atual em que a filha se encontra, por isso a afirmação de que, futuramente ela poderia trabalhar não foi considerada suficiente ou convincente. Por isso, também, a insistência para que o médico olhasse, de uma forma detalhada, todos seus exames. E a recusa causou perplexidade e fez com que ela deixasse a sala da perícia “sem reação”.

Neste sentido, a frustração pela composição de um arquivo pessoal com o registro da história (clínica ou de toda uma vida) ocorre quando o acúmulo de documentos parece não ser suficiente para fazer frente às decisões do Estado. Foi o que aconteceu com dona Marta, que guardou um a um não os seus próprios documentos médicos, mas os da irmã mais nova, que teria recebido, há mais de vinte anos, o diagnóstico de esquizofrenia:

Quando cheguei na casa de dona Marta sua irmã, Maria, observava pela janela, anunciando que “tinha visita”. A casa ampla de alvenaria, localizada em um bairro de classe popular, destoava um pouco das demais. Dona Marta logo apareceu na porta, sorridente, e me ofereceu “um cafezinho” para driblar o frio que fazia naquele fim de tarde, pedindo à Maria para que esquentasse a água. Olhando para Maria, uma mulher na faixa dos quarenta anos, não era evidente seu quadro de saúde, exceto pelos períodos em que fixava demoradamente o olhar em mim, o que não me causava incômodo, mas certo temor, amenizado pela explicação de dona Marta: *“Olhando assim tu não diz (sic) que ela é esquizofrênica. É porque o grau dela é mais leve, ela não é agressiva. O psiquiatra falou que eles não são burros, o que eles aprenderam não esquecem. Aqui em casa mesmo ela me ajuda em tudo, limpa, vai no mercadinho que tem aqui na esquina comprar cigarro. Ela fugiu uma vez, mas faz muito tempo. Se tu olha esses mendigos falando sozinhos, eles são esquizofrênicos, mas ela não conversa sozinha, a única coisa é que ela depende de mim pra tudo. Se está frio eu preciso dizer pra usar casaco, se está calor tenho que falar pra tirar, porque ela é alheia às coisas assim, se atrapalha até nas temperaturas, eu tenho que falar pra tomar banho também...”* Pergunto sobre a descoberta do diagnóstico. Dona Marta diz que sua irmã era uma *“pessoa normal”* até os vinte anos de idade, quando começou a manifestar os primeiros sintomas. *“Ela trabalhou como caixa de supermercado, trabalhou em casa de família, mas sempre tinha problema, ou ela fugia, não aparecia, dizia que enxergava coisas. Ela era casada, tinha a vida dela, mas tudo mudou depois da separação, acho que ela começou a piorar mesmo depois disso. Eu tenho fotos que tu não vai acredita se olhar porque não*

parece a mesma pessoa, ela emagreceu muito. As vezes eu lembro dessa época e me bate uma tristeza, ela era uma mulher bonita e saudável". Dona Marta vai até o quarto, então, e volta trazendo uma pasta de plástico transparente e uma pequena caixa. As fotos retiradas da caixa mostram uma "outra pessoa", tal como dona Marta fez questão de enfatizar. Uma das fotos, no entanto, chama a atenção. Trata-se de uma no formato 3x4, e através dela percebe-se o quanto não apenas o rosto, mas também o olhar de Maria modificou-se ao longo do tempo. A expressão atual diverge muito do que foi possível capturar na foto. *"Nessa época ela trabalhava, acho que essa é a foto que está na Carteira de Trabalho dela até, deixa eu ver aqui"...* diz dona Marta, tentando localizar a Carteira. *"Viu como ela está diferente agora?"* Se a caixa com as fotos destaca o período em que Maria era considerada uma "pessoa normal", a pasta carrega diversos atestados, exames, e receitas de medicamentos que registram o diagnóstico atual. *"Foi a partir daí que nós começamos a correr atrás dos benefícios pra ela. Tenho laudos do INPS, muita coisa, já não sei mais o que tem nessa pasta. Eu juntei tudo, os carnês que eu paguei, tenho atestados, só olhar esse monte de papéis aí pra ver. Tem os remédios também",* diz dona Marta, puxando outra caixa em cima da mesa, onde estão os medicamentos prescritos para Maria. *"Eu deixo eles aqui porque ela toma todos os dias..."*. Apesar de ter reunido muitos papéis ao longo do tratamento da irmã, dona Marta disse que, naquele momento, estava prestes a desistir "de ir atrás de benefícios" para ela, ao que vinha fazendo durante oito anos. *Negam tanto que a gente acaba acostumando, sabe? Eu tenho tudo guardado, mas só pra guardar mesmo, não tenho mais esperança. Fiz tudo que pude e não adiantou nada, eu cuidei dela até agora, então cuido até o fim. Essa última perícia que a gente fez, o médico até disse que ela realmente tinha esse problema, olhou os atestados, mas disse que ela já tinha essa doença antes de começar a pagar o INPS. Tentei aquele LOAS, tentei auxílio-doença, entrei na justiça... Eu entrei com ela na perícia judicial, mas na do INPS não. O doutor me chamou, me ouviu, até achei que ela ia ganhar dessa vez, porque ele me ouviu, foi atencioso, mas também negou. Ela entrou com a pasta, eu dei a pastinha com os atestados pra ela. Se eles negaram com os atestados, imagina sem. Eu não sei o que passa na cabeça deles, tem os códigos da doença dela, tem tudo, não sei o que precisa mais. Quando tentei o LOAS teve uma assistente social aqui, tiraram foto da casa, tudo, e negaram depois. Alegaram que a minha renda e do meus filhos dava pra manter ela. Mas a renda dos meus filhos não era pra ter contado, porque a responsável por ela sou eu. A doença dela agravou agora, antes ela conseguia trabalhar, hoje ela não consegue mais. Esse dinheiro ficou pro INPS, porque eu paguei os carnês dela e ela não conseguiu. E eu sei que tem muita gente nessa mesma situação, mas também tem muita gente que recebe sem*

precisar. O meu vizinho aqui de perto, no dia da perícia e ele saiu de muleta, e eu pensei: mas ele não usa muleta? Aí ele chegou na frente de casa, colocou a muleta embaixo do braço e entrou. Eu poderia ter denunciado, não sei se ele ganhou ou não, mas eu não ia ganhar nada com isso. O valor mínimo que o INPS pagasse já ajudaria nas despesas dela. Nos atestados diz que ela depende de mim pra tudo, está aqui os códigos, está escrito, parece que eles não sabem ler. Eu só peço a Deus que leve ela antes de mim, porque eu não quero que ela fique perambulando por aí dependendo dos outros e sofrendo.

No caso de Maria, ambos os benefícios, tanto o auxílio-doença, quanto o BPC foram solicitados. E ambos foram negados, tanto administrativa, quanto judicialmente. Porque, tal como a perícia médica do INSS, a perícia judicial também constatou que a data de início de sua incapacidade seria anterior à filiação na Previdência Social. Da mesma forma, a perícia social, para concessão do benefício assistencial, verificou que sua renda familiar ultrapassava o limite estabelecido na legislação, embora dona Marta argumentasse que, sendo ela a responsável legal pela irmã, a renda de seus filhos não deveria ter sido contabilizada pela assistente social encarregada de fazer a visita domiciliar.

A frustração de dona Marta por ter “reunido tudo” que considerava necessário sem, no entanto, ter obtido êxito levou à descrença de que, em algum momento, o benefício seria concedido à irmã. A persistência que marcou a busca desses benefícios ao longo de oito anos, como todos os eventos narrados por ela enfatizam, cedeu lugar à desesperança – “eu perdi as esperanças”, ela disse. E os documentos, fotos e medicamentos que registram a passagem do tempo, a temporalidade das doenças e da vida, seguiriam guardados – como um arquivo pessoal, tal como no caso de dona Isaura. A constituição desse arquivo se assemelha às “caixas de memórias” que Didier Fassin (2007) destacou como sendo prática comum entre as pessoas que viviam com AIDS na África do Sul⁴¹. No entanto, aqui, o arquivo representaria a materialidade das tentativas, e também da desistência – o registro (histórico) do que “não deu certo”. Aqui, “os corpos também se lembram”, seguindo a análise de Fassin, carregam a recordação, a memória das doenças – e também da saúde.

Dona Isabel trabalhou como recepcionista em uma seguradora, conforme registros em sua carteira de trabalho. No entanto, o pedido de extensão do recebimento de auxílio-doença referia-se à atividade de manicure, sua última profissão. Ela recebeu auxílio-doença após o diagnóstico de osteoartrose, uma doença crônica nas articulações, conforme indicavam os

⁴¹ Segundo ele, “some gather souvenirs, beloved objects, flattering photographs, recordings of last wishes in a memory box to leave the children as the last trace of themselves” (Fassin, 2007, pág. 241).

atestados de médicos reumatologistas que ela apresentou no momento do atendimento. Porém, seu pedido de prorrogação foi indeferido. O laudo médico pericial do INSS trazia a seguinte conclusão:

Após a análise da documentação médica apresentada e do exame pericial, não existem elementos de convicção de incapacidade laborativa.

“Eu mal consigo fechar as mãos de tanta dor. Fiz cirurgia no punho”, ela disse. Sentada em frente ao estagiário, no entanto, dona Isabel quase não conseguia falar. Com a cabeça baixa, ela chorava e tentava limpar os óculos, enquanto observava tristemente a carta de indeferimento do INSS em cima da mesa. *“Eu estou chorando porque me senti humilhada na perícia. Tudo que a médica perita pediu eu apresentei, levei tudo que eu tinha de exames”.* Segundo ela, a perícia teria durado quinze minutos, dos quais cinco teriam sido de questionamentos por parte da médica perita a respeito de sua doença e experiências profissionais, e outros dez teriam sido de críticas ao fato de não ter “estudado o suficiente” para poder procurar outro emprego. *“Ela criticou o fato de eu não ter estudado, em tom de deboche. Queria saber por que eu não voltei a trabalhar como recepcionista, e eu respondi que era porque não tinha estudo, fui honesta. Eu acho que a pessoa não pode ser maltratada porque não tem o ensino médio, isso é muito triste. Posso não ter estudo, mas sou um ser humano como ela”.*

A humilhação sentida no momento da perícia estava relacionada, segundo relatou, ao fato de “não ter estudo”, razão pela qual não pode procurar outro emprego além do de manicure. A assimetria entre médico perito e aquele que precisa passar pela perícia torna-se explícita nesse relato. No entanto, se a “falta de estudo” distanciava dona Isabel da médica que a avaliou, o senso de humanidade comum, ao qual ela faz referência na última frase, busca aproximar e (re)estabelecer certa equivalência entre ambas, pois, apesar de não ter estudo, ela também seria um ser humano como a médica.

4.4 Sobre a importância da Carteira de Trabalho

Durante o trabalho de campo, tanto em uma das agências da Previdência, quanto na DPU, dentre todos os documentos reunidos pelas pessoas e vistos como indispensáveis na composição da prova da necessidade de benefícios, seja para o perito médico, seja para o defensor público, a carteira trabalho figurava como um dos elementos centrais em diversos

casos. Como também destacou Mariza Peirano (2009), o documento constrói o cidadão em termos performativos e obrigatórios. No entanto, segundo ela, essa obrigatoriedade legal de possuir documento teria seu lado inverso: o de remover, despossuir, negar e esvaziar o reconhecimento social do indivíduo que não possui o documento exigido em determinados contextos. Há situações em que a ausência, não da Carteira de Trabalho em si, mas das provas que ela carrega, pode inviabilizar o encaminhamento e a concessão de benefícios pelo INSS. Este foi o caso de uma senhora que procurou a defensoria pública após tentativas, sem êxito, de aposentar seu filho por invalidez. Segundo relatou, ele “trabalhou com carteira assinada” durante oito meses, período em que contribuiu à Previdência Social. Após este ter sofrido um acidente de moto, ela tentou encaminhar a aposentadoria por invalidez junto ao INSS. Foi informada, então, de que não seria possível a concessão, tendo em vista que o tempo mínimo de contribuição deveria ser de doze meses.

Então eu procurei o antigo patrão do meu filho pra ver se ele pagava esses quatro meses que faltavam, que eu devolveria o dinheiro, mas ele não aceitou. Voltei no INSS e eles disseram que não poderiam fazer nada pelo meu filho. Ele está vegetativo numa cama, eu falei isso lá, comecei a chorar, porque eu e o pai dele não temos condições financeiras, somos doentes também.

Neste caso, não se tratava da ausência do documento em si, tampouco da assinatura do empregador (“o patrão”) atestando o vínculo empregatício e a contribuição, mas o fato desta contribuição ter sido insuficiente para garantir aposentadoria por invalidez. Diante das tentativas e da impossibilidade não apenas de receber, mas de encaminhar a solicitação de benefício, a defensoria pública tornou-se, como para tantos outros, o *último recurso*. No entanto, diferente de outras pessoas que procuram a DPU para resolução de litígios envolvendo o INSS, esta senhora chegou ao atendimento portando apenas a Carteira de Trabalho do filho, que trabalhava como *office boy*. A carteira e o relato do quadro clínico irreversível deste se constituíam em suas únicas provas. A fim de iniciar a primeira parte do atendimento, a estagiária pede sua carteira de identidade para o preenchimento do formulário socioeconômico. Neste momento, ela passa a procurar insistentemente o documento dentro da bolsa, pedindo desculpas por não conseguir entregar imediatamente. Mais importante que seu próprio documento de identificação era o do filho, que ela já trazia nas mãos. *Dona Alice, quantas pessoas moram na sua casa?* Pergunta a estagiária. *Só eu, meu marido e esse nosso filho mais moço...* Ela responde. *O atendimento é para ele? Sim...* Neste momento dona Alice se emociona e a estagiária lhe oferece água. Relata que o filho tinha comprado uma moto

recentemente, havia feito uma poupança com os primeiros salários a fim de reunir a quantia necessária para pagar a primeira prestação. Estava dirigindo a moto recém comprada quando se acidentou.

Ele era jovem, forte, trabalhava, e agora naquele estado...Nem era para se aposentar. Eu não gostaria de estar indo atrás de aposentadoria pro meu filho, ele deveria estar fazendo isso por mim um dia. Ele precisa, eu e o pai dele precisamos desse dinheiro para cuidar dele, comprar medicamento, tudo. Nós paramos nossa vida depois desse acidente e por quatro meses eles (o INSS) não aceitaram?

Conforme já destacado, ainda que possua valor em si mesma, a Carteira de Trabalho só adquire legibilidade pelas inscrições que recebe, sobretudo às referentes à contribuição do trabalhador, ao tempo de contribuição, mais precisamente. Para dona Alice, a impossibilidade de prever, como a própria designação sugere, um acidente (que, neste caso, não ocorreu no trabalho), tornam a exigência dos quatro meses adicionais incompreensível – ela não gostaria de ter que solicitar a aposentadoria do filho, que era jovem e trabalhava. Ele, ao contrário, deveria encaminhar a aposentadoria dos pais. Nesta situação, a carteira poderia servir como prova do registro previdenciário, mas os dados nela contidos ainda não habilitavam para a solicitação de benefícios.

Em outra situação, uma senhora, empregada doméstica, procurou atendimento jurídico na DPU para saber o que deveria fazer para “comprovar seus anos de carteira assinada”. Relatou que precisou se afastar do trabalho por “motivos de saúde” e que no momento em que tentou agendar perícia no INSS para conseguir receber o auxílio-doença, descobriu que sua patroa não havia contribuído à Previdência, apesar de ter assinado sua carteira de trabalho. Foi informada que não tinha direito ao benefício, portanto. Enquanto a estagiária tentava preencher o questionário socioeconômico, esta senhora, dona Fátima, fez um relato de sua relação com a “antiga patroa” e que pelos anos de convivência de ambas não esperava que ela fosse capaz de fazer “aquela judiaria”.

Quando o moço no INSS me falou que não tinha nada registrado lá me bateu um desespero. Eu trabalhei anos numa casa de família, e fazia até mais do que devia. Adoeci por trabalhar demais. Essa minha última patroa assinou minha carteira, fez tudo certo, eu achei...ajudei a criar os filhos dela, fazia todo o serviço da casa. Eu era de confiança, nunca dei motivos para ela falar qualquer coisa, eu sou honesta. Quando eu saí da casa dela, fui trabalhar em outro lugar

porque não queria mais dormir nas casas, queria fazer meu serviço e ir embora. Eu já estou velha, queria ficar no meu canto. Meu filho até reclamava, não consegui ver meu próprio neto crescer. Então, quando eu saí de lá, a gente fez um acordo, tudo, e eu queria que ela devolvesse minha carteira (de trabalho), porque ficou com ela. Eu fui várias vezes na casa dela e ela mandava a filha mais nova dizer que não estava em casa. Eu falava: só diz para tua mãe que eu preciso da minha carteira, preciso ir no INSS. Ela pediu para filha dizer que tinha perdido, que iria procurar e me ligaria para avisar. Eu não quis esperar e fui no INSS sem a carteira, quando eu descobri tudo eu voltei lá, desesperada, e ela fugia, não queria me atender. Mas a menina me atendia, tem nove anos, eu ajudei a criar também, e ela me disse: sabe, tia Fátima, acho que a mãe rasgou os documentos da senhora e colocou no lixo. E eu disse: o que? Foi a maior decepção e tristeza pra mim. Eu ajudei tanto essa mulher, adoeci trabalhando na casa dela, ela confiava em mim e eu nela, inclusive ficou com a minha carteira, e quando preciso ela faz essa judiaria pra mim? Como eu vou provar agora todos esses anos na casa dela? Ela ficou com a minha carteira porque não queria que eu descobrisse que nunca tinha pagado o INSS, e fugiu depois. Acho que até se mudou. E como eu vou provar que ela me contratou? Que rasgou minha carteira?

Embora dona Fátima tivesse acesso ao seu registro na Previdência por meio eletrônico e a própria previdência conseguisse localizá-lo através deste meio, sem a necessidade da Carteira de Trabalho, ela não teve como comprovar o vínculo empregatício anterior àquele registrado no sistema. O ato de rasgar o documento, o que segundo ela a antiga patroa fez, é significativo da tentativa de eliminação das provas, neste caso inexistentes, de um contrato de trabalho. É apenas através da Carteira de Trabalho que a Previdência pode constatar que ambos, trabalhadores e empregadores, são contribuintes. A situação narrada por dona Fátima pode ser analisada à luz dos estudos de Lygia Sigaud (1979,1996) sobre as relações estabelecidas entre patrões e empregados, ou proprietários de terra e trabalhadores de plantações canavieiras na zona da mata de Pernambuco. Com a emergência dos sindicatos e a intervenção destes no acesso à direitos trabalhistas, estes trabalhadores passaram a ser incentivados a reclamar seus direitos na justiça. No entanto, e apesar de conhecerem esta possibilidade, muitos trabalhadores não recorriam ao judiciário para relatar casos de violação ou exigir direitos trabalhistas. A resposta para esta recusa deveria ser buscada, segundo Sigaud, para além do direito, suas normas e instituições. Ela residiria nas redes de relações e obrigações morais, e dependência recíproca estabelecidas entre patrões e empregados. A situação narrada por dona Fátima também sugere que outro tipo de contrato e de relações foram estabelecidas entre ela e sua patroa. No entanto, o elemento intermediário, aqui, é a carteira de trabalho. Os laços morais de obrigações mútuas e de confiança foram rompidos

pela patroa no ato de rasgar sua carteira e privá-la, portanto, de seus direitos previdenciários, como o auxílio-doença. Ao não conseguir comprovar a (suposta) assinatura em sua Carteira de Trabalho, dona Fátima não apenas deixou de ter reconhecidos seus direitos trabalhistas, ela deixou de ter reconhecida sua identidade de trabalhadora e, portanto, de cidadã.

4.4.1 Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS)

Trabalhador, esta é a sua carteira profissional, instituída pelo então presidente Getúlio Vargas, em 1932 e posteriormente reformulada pelo decreto que aprovou a CLT, ela é um documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional. **Nela deverão ser registrados todos os seus contratos de trabalho**, elementos básicos para o reconhecimento de seus direitos perante a justiça do trabalho, bem como a **obtenção de aposentadoria e demais benefícios previdenciários**. O conjunto de anotações contidas neste documento e seu estado de conservação **espelham a conduta a qualificação e as atividades profissionais de seu portador**. Pela sua importância é dever protegê-la e cuidá-la, pois **além de conter o registro de sua vida profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar seu futuro e de seus dependentes, tendo validade também como documento de identificação**. (Texto de apresentação – Carteira de Trabalho e Previdência Social)

Este é texto de apresentação, escrito e inscrito na já não mais Carteira Profissional, instituída no governo de Getúlio Vargas, mas na atual Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS). Nele, permanece implícita determinada moralidade de Estado que vincula cidadania à trabalho, tal como operaria na chamada Era Vargas. Este documento atesta, de certa forma, o caráter daquele que o possui. Pois, como salienta o texto, a carteira de trabalho espelha, além das atividades profissionais de seu possuidor, a sua conduta, servindo, inclusive, como documento de identificação. Mariza Peirano (2009), em seus estudos sobre documentos no Brasil, destacou que a carteira de trabalho também é requisitada por agentes de segurança, geralmente a indivíduos considerados “suspeitos”. Pode-se afirmar, com isto, que a figura do trabalhador passou a ser associada à honestidade, uma vez que a “prova” da inclusão no mercado formal de trabalho passou a provar, igualmente, o caráter do “cidadão de bem”. A própria expressão “cidadão de bem”, uma categoria moral por excelência, é comumente associada à figura do trabalhador e utilizada para se referir a ele. Conjugados, adquirem sentido de causalidade: “se é trabalhador, logo, é um cidadão de bem”. Por isso, como destacou Peirano (2009), a Carteira de Trabalho também é solicitada em abordagens policiais. Este ato é representativo de uma moralidade que também atravessa o Estado e que

associa trabalho à honestidade, desvinculando-o, portanto, da criminalidade. Quanto a isto, a historiadora Broadwyn Fischer (2008), também destaca que,

the carteira also became a powerful symbol of righteous citizenship – and especially of male citizenship – outside of the workplace. Police authorities habitually demanded one from any individual suspected of vagrancy, and the document also proved a virtual guarantee that authorities would grant bail to a defendant in most criminal cases. The carteira thus evolved into a sort of distinguishing mark that allowed employers and judicial authorities alike to separate those they regarded as citizens from those they saw as marginals (Fischer, 2008:128).

Ainda que a Carteira de Trabalho não seja elemento indispensável para o acesso a benefícios previdenciários, tendo em vista a existência do Cadastro Nacional de Informações Sociais (CNIS), onde constam informações relativas aos vínculos empregatícios estabelecidos pelo trabalhador em seus anos de atividade (e de contribuição), sua apresentação se torna necessária caso alguns dados precisem ser regularizados. Ou, caso não conste neste cadastro alguma informação importante para a garantia de direitos daqueles que trabalham ou trabalharam “com carteira assinada”.

Para algumas pessoas, tão importante quanto possuir uma Carteira de Trabalho é a assinatura do empregador nela contida. “Trabalhar sem carteira assinada” ou sequer possuir uma, significa não apenas “não ter como provar” à Previdência os anos de atividade – significa não ter como provar, igualmente, o caráter de cidadão. Conforme já destacado no capítulo um, a separação entre assistência social e previdência, que caracteriza a seguridade social na Constituição, separou, da mesma forma, os direitos do trabalhador contribuinte dos direitos daqueles que não possuem recursos para a contribuição. Mas, ainda que o acesso ao benefício assistencial não esteja vinculado à contribuição, possuir uma Carteira de Trabalho, em alguns casos, também seria o que dá sentido à cidadania, que confere o status de cidadão para aqueles que o recebem. Quanto a esta associação entre a Carteira de Trabalho e cidadania, ouvi do defensor público Rafael Alvarez, que atua no chamado ofício previdenciário⁴², o relato de uma história bastante significativa, que narro a seguir:

João foi estagiário na defensoria durante algum tempo. Considerado por todos na instituição como uma pessoa “muito humana”, ele logo ascendeu ao posto de supervisor do setor de atendimento ao público. Por conta própria, João costumava fazer rondas pela cidade, conversava com moradores de rua, sempre em busca de potenciais assistidos, de pessoas que

⁴² Ofício responsável pelos casos envolvendo a Previdência e o INSS na DPU.

pudessem receber algum tipo de ajuda da defensoria ou através dela. Ele também tentava identificar pessoas em situação de miserabilidade extrema e que possuíssem algum tipo de incapacidade ou deficiência, que fossem possíveis candidatas, portanto, ao benefício assistencial BPC. Foi então que, numa dessas rondas, conheceu um senhor que dormia próximo ao viaduto que dá acesso à Rodoviária de Porto Alegre. Este senhor não possuía as pernas e, em conversa com João, revelou que seu estado de saúde era bastante crítico, que era diabético e tinha problemas com alcoolismo. Sensibilizado com a situação, João o levou até a defensoria a fim de que pudesse receber um primeiro atendimento, tendo em vista que, aparentemente, parecia tratar-se de um caso que preenchia os quesitos legais para o recebimento do BPC. Parecia. Pois começava, ali, uma luta não apenas em busca do benefício, mas dos caminhos burocráticos que poderiam proporcionar o acesso a ele. Isto porque, para encaminhar a solicitação administrativa junto ao INSS é necessário, primeiramente, apresentar documentos de identificação e documentos médicos, para somente então agendar a perícia médica, como demonstra a lista de documentos elencados no início do capítulo. No entanto, este senhor não possuía identificação ou qualquer tipo de documentos, sequer algo que atestasse sua deficiência ou suas doenças. E, mais do que isso, ele não sabia quem era, não sabia seu nome, tampouco o lugar onde havia nascido. As únicas informações que conseguiu repassar a seu respeito, e as únicas que os defensores e o estagiário possuíam, era de que ele (achava que) era natural de São Paulo e que tinha quarenta e cinco anos. Com apenas estas informações iniciou-se, então, um trabalho de investigação, e uma rede institucional foi mobilizada, inclusive interestadual, a fim de que o caso pudesse solucionado e o benefício, enfim, encaminhado. Assim, em parceria com a defensoria pública do Estado, buscou-se mapear em todo o Rio Grande do Sul algum registro de seu nascimento. Porém, nada foi encontrado. Com isto, suas digitais foram colhidas no Instituto de Identificação e encaminhadas para São Paulo, especificamente para a Secretaria de Segurança do Estado, para onde ambas as defensorias recorreram em busca de uma identificação para aquele senhor que sequer sabia seu nome e sua origem exata. O processo de localização das possíveis informações foi bastante demorado, tendo vista que a verificação através das digitais foi realizada manualmente nos arquivos disponíveis. Isto porque, na época, o sistema não era informatizado e não havia uma integração entre os sistemas de diferentes Estados para que estas informações pudessem ser compartilhadas instantaneamente. Então, após um longo período de espera para que o caso tivesse, enfim, um desfecho, finalmente o registro do senhor que não tinha um nome registrado até aquele momento foi localizado em Santos, litoral de São Paulo. Dispondo da Certidão de Nascimento, sua carteira de identidade foi

encaminhada, e, em posse do Registro Geral (RG), foi possível realizar consultas em um hospital público através do SUS. Com os documentos de identificação e os documentos médicos, João se comprometeu em acompanhar o senhor, que agora possuía um nome e um registro, até o INSS, a fim de realizar a perícia médica. O exame constatou sua deficiência e o INSS pôde, finalmente, conceder o benefício assistencial. Com o dinheiro do benefício, ele conseguiu alugar uma pequena casa, de um cômodo apenas, porém, considerada o suficiente para manter seu tratamento de saúde, o que na rua não seria possível. Apesar de ter conquistado uma casa e ter “resgatado sua dignidade”, como destacou o defensor, seu sonho maior sonho não era este – seu maior sonho era ter uma Carteira de Trabalho. Esta sua revelação foi isso que mais sensibilizou, ao fim de tudo, os defensores e o estagiário João, que novamente o acompanhou no caminho que o levaria a realização deste sonho, que era a confecção da Carteira de Trabalho. Após alguns dias, com a Carteira em mãos, ele foi até a defensoria agradecer a todos que o ajudaram. Comovendo a todos, ele disse chorando que, a partir daquele momento havia se tornado, de fato, um cidadão – e se reconhecia enquanto tal. Finalmente, o resgate de sua cidadania havia se concretizado, e a missão dos defensores e do estagiário que o ajudaram, também.

Este fato fez com que João, já não mais estagiário na defensoria, se dedicasse ao estudo para seguir a carreira de defensor público. O defensor Rafael seguiu atuando em outros casos, porém este, segundo ele, foi o “mais marcante”:

Eu acho que esse foi, para mim, o caso mais marcante por essa questão do resgate da cidadania, do cidadão, talvez ele nunca exerça uma atividade remunerada na vida dele, mas ele disse que ele queria, assim como qualquer outra pessoa, ter uma carteira de trabalho, que era um direito dele, que era negado, que por várias situações, inclusive essas relatadas, mas eu lembro que ele chorava quando veio aqui dizendo que finalmente... ele veio mostrar pra mim e pro João a carteira de trabalho dele. E isso não tem preço. Ok, foi uma atuação um pouco mais diferenciada, assim, do ordinário previdenciário aqui da defensoria, e nós temos cada caso aqui, o próprio DHTC (ofício de Direitos Humanos e Tutela Coletiva) tem vários. Mas, eu acho que esse foi o caso assim mais emblemático, para mim.

O caso narrado pelo defensor também é emblemático de *ajuda institucionalizada* que seria operada na defensoria, e cuja temática será discutida no próximo capítulo. Mas o caso não é interessante apenas por ser representativo deste tipo de ajuda, mas por mostrar todo o percurso, o trajeto institucional que o caso percorreu – desde a defensoria, passando pelo

INSS, defensoria pública do Estado, Secretaria da Justiça de São Paulo, Instituto de Identificação, até retornar ao INSS novamente – para que o amparo assistencial pudesse ser encaminhado. Sem um registro ou um documento de identificação ele não poderia ter acesso a consultas médicas pelo SUS ou mesmo a medicamentos fornecidos de forma gratuita pelo Estado. E sem os documentos e os atestados produzidos nas consultas, não seria possível realizar qualquer tipo de solicitação junto ao INSS. A possibilidade de pagar por um aluguel ou iniciar um tratamento de saúde, que poderia ser visto como um resgate da dignidade e da cidadania, não foram avaliadas desta forma pelo senhor que recebeu a ajuda – para ele, apenas a Carteira de Trabalho conseguiu operar a mudança e a conversão de uma pessoa sem qualquer identificação, ao status de cidadão.

Se os documentos constituem-se como artefatos do conhecimento moderno, segundo Annelise Riles (2006), servem para legalizar, oficializar o cidadão e torná-lo visível, passível de controle legítimo para o Estado, nas palavras de Mariza Peirano (2009), por via reversa, o que significa, para as pessoas, possuir (ou não) uma "carteira assinada" ou carregar seus exames clínicos, no encontro com o Estado?

A necessidade da “prova”, da materialidade que ela deve assumir, seja através de documentos de identificação, seja de exames clínicos, não se refere apenas a certa racionalidade burocrática de Estado que se impõe para reconhecimento do trabalhador como cidadão. Tanto na DPU, quanto na agência da Previdência Social onde realizei trabalho de campo, as provas documentais, ainda que possam ser percebidas como parte de exigências burocráticas, eles trazem consigo o desejo e a expectativa das pessoas de que seu direito será reconhecido pelo Estado. A exigência e necessidade da apresentação de determinados documentos, não apenas os de identificação pessoal, mas, como nos casos aqui tratados, também atestados assinados por médicos, exames, etc., não seria vista como negativa ou representativa da autoridade do Estado, por parte daqueles que necessitam passar por perícia médica (no âmbito do INSS), já passaram e buscam reverter a decisão do médico perito no (âmbito da DPU) ou precisam apresentar sua "carteira assinada" à Previdência. Ao carregar documentos, as pessoas não carregam apenas provas exigidas pelo Estado, elas carregam provas para (e contra) o Estado, igualmente. Se a história da Previdência vincula cidadania à trabalho e a carteira de trabalho passou a carregar a previdência na nomenclatura, o acesso aos benefícios previdenciários ocorre somente por esta via. No entanto, a Carteira não apenas vincula, ela passa a se constituir em um atestado de cidadania – ou, um passaporte para o acesso à direitos. Aliás, as modificações pelas quais passou este documento, que também serve

como atestado de contribuição previdenciária, tornaram a Carteira semelhante ao passaporte. O próprio site do Ministério do Trabalho destacou que a Carteira de Trabalho não deixa de ser, na verdade, também um *passaporte para que o cidadão possa ter protegido seus direitos trabalhistas e previdenciários*. Neste sentido, a própria Carteira de Trabalho, assim como o passaporte e os laudos periciais, seriam parte das “tecnologias de controle” do Estado, tal como designa Denise Jardim (2012) em sua “etnografia entre aduanas”. Nos casos envolvendo a prova no INSS não apenas a carteira do trabalhador seria representativa deste tipo de tecnologia, mas a própria perícia médica enquanto uma prática estatal, prática esta que se sobrepõe à constituição da prova ou reunião dos elementos considerados importantes e relevantes para comprovação (e avaliação) da incapacidade, e que poderiam liberar o acesso aos benefícios. Com a perícia médica cria-se a necessidade da prova objetiva e científica do que passa a ser designado (e considerado) como incapacidade ou deficiência. Exige-se que as pessoas sejam capazes de provar, através de exames clínicos e atestados, que elas apresentam, de fato, esta condição de incapazes ou de deficientes. Porém, estes documentos podem (ou não) passar por um processo de análise, podendo (ou não) ser considerados válidos ou decisivos nas decisões periciais. E aqui entra o “papel” ou a atuação de instituições do judiciário como a defensoria, vista como o “último recurso”, de que tratará o último capítulo.

5. O último recurso: a atuação da Defensoria Pública da União (DPU) face aos litígios envolvendo o INSS

O indeferimento da concessão de benefícios como o auxílio-doença e do benefício assistencial BPC tem levado muitas pessoas a recorrer ao judiciário. Ainda que exista a possibilidade de se utilizar o Conselho e as Juntas de Recursos da Previdência Social (CRPS/JR)⁴³, que têm por competência julgar administrativamente pedidos de reconsideração das decisões proferidas pelo INSS, a contestação pela via judicial parece ser o caminho mais resolutivo. Isto porque, muitas pessoas que conheci durante o trabalho de campo na defensoria apresentavam durante o atendimento pedidos administrativos de reconsideração das decisões do INSS através destas instâncias recursais. No entanto, estes pedidos também haviam sido negados.

Os antropólogos João Biehl (2009, 2011, 2013) e Adriana Petryna (2011, 2013) já destacaram que a judicialização do direito à saúde, como acesso a medicamentos custeados pelo Estado, por exemplo, cresce em volume e em importância no Brasil. Estendendo a análise para os casos da Previdência, pode-se afirmar que se assiste, atualmente, a uma judicialização do (e para o) acesso aos chamados direitos sociais na Constituição, como saúde, assistência social e previdência que, juntos, compõe o sistema de seguridade social brasileiro.

⁴³ Segundo consta no site do Ministério da Previdência Social, o CRPS é um órgão colegiado e funciona como um *tribunal administrativo que tem como função básica mediar os litígios entre segurados e o INSS*. O Conselho julga os recursos em segunda e última instância, cabendo às juntas, distribuídas entre os Estados, a análise e o julgamento em primeira instância. A utilização deste *tribunal administrativo* é opcional, cabendo ao interessado ingressar com recurso ou não. No entanto, as próprias cartas de indeferimento e comunicados de decisão entregues nas agências da Previdência Social apresentam a indicação do recurso administrativo como alternativa de contestação às decisões do INSS, bem como do prazo estipulado para que este possa ser encaminhado, que é de trinta dias após o recebimento da carta informando o indeferimento. Muitos casos que acompanhei no setor de atendimento ao público da Defensoria Pública da União (DPU), que não envolviam apenas negativas de concessão de benefícios por incapacidade ou do benefício assistencial, mas também de aposentadoria por idade ou tempo de contribuição, por exemplo, chegaram a passar pela Junta e/ou pelo CRPS, porém as decisões não contrariavam o que havia sido interposto pelo INSS, ou seja, mantinham o indeferimento inicial. Nestas situações, a alternativa também acaba sendo a judicialização.

Não por acaso o INSS liderou o ranking dos cem maiores litigantes do Brasil⁴⁴ por dois anos consecutivos (2010 e 2011) em relatórios publicados pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ). Os dados para composição do ranking geral partiram de processos enviados pelos tribunais estaduais, federais e trabalhistas ao CNJ. O relatório publicado em 2012, tendo 2011 como ano base, destacou que no âmbito da Justiça Federal o INSS apresentou aproximadamente 34% do total de processos ingressados no primeiro grau (justiça comum) e 79% nos juizados especiais federais.

Em entrevista a uma das reportagens citadas no capítulo dois, que trata do *drama da perícia médica*, uma juíza federal afirmou que “*O INSS tem medo de fraude e, por isso, coloca tanto rigor na hora de conceder o benefício. A pessoa que se sente prejudicada recorre ao judiciário, que hoje acaba funcionando como um departamento da Previdência. Apenas os casos complexos deveriam chegar até nós*”. Outra juíza, desta vez participante de um dos congressos nacionais de médicos peritos previdenciários que acompanhei, compondo uma mesa cujo título era “*perícia médica em julgamento*”, também destacou na ocasião que boa parte de seu trabalho envolvia o trabalho dos médicos peritos do INSS, e por este motivo havia aceitado participar do evento. Segundo ela:

O que é o litígio contra o INSS? A pessoa foi lá, pediu um benefício, recebeu um não e aí ela vai para a justiça. E, como vocês sabem, o INSS é o maior litigante do Brasil, em diversos casos é réu, não autor da demanda. Então, o que a gente observa é um índice muito grande de judicialização dos benefícios, o judiciário ainda é a última porta, e uma porta de confiança eu acho da população.

Porém, esta confiança no judiciário passa a ser questionada ante a “necessidade de subsistência”. Como me disse a juíza federal, doutora Graziela Bündchen:

⁴⁴ A temática da judicialização (e do sistema de Justiça) no Brasil, por si só, renderia uma tese à parte, já tendo sido amplamente debatida nas Ciências Sociais, sobretudo por cientistas políticos, como Luiz Werneck Vianna e Maria Tereza Sadek. O volume expressivo de processos no poder judiciário motivou a Associação dos Magistrados do Brasil (AMB) a desenvolver um estudo intitulado “O uso da Justiça e o litígio no Brasil”, como parte do movimento *Não deixe o judiciário parar* criado, igualmente, pela associação. A pesquisa contemplou onze estados e buscou identificar os principais demandantes e demandados, os litigantes no polo ativo e passivo no Primeiro Grau, Segundo Grau e nas Turmas recursais dos Juizados Especiais. Os dados apresentados compreendem o período de 2010 a 2013. O objetivo seria chamar a atenção não apenas para a excessiva judicialização dos conflitos, mas também para o fato de que o uso da justiça, segundo aponta o estudo, está concentrado em um pequeno grupo de agentes, incluindo o poder público municipal, estadual e federal. A AMB também desenvolveu um placar eletrônico chamado “processômetro” que apresenta em tempo real o número de processos que chegam no judiciário.

Tem a ver com necessidade de subsistência, o que eu vou fazer para sobreviver? Eu consigo um trabalho? Não, eu não consigo trabalho, então eu vou pedir um benefício no INSS. Eu tenho direito ao seguro desemprego? Não, não tenho direito. Eu não consigo no INSS, então eu vou tentar na justiça, por quê? Por que eu confio no judiciário? Não, mas porque eu tenho uma necessidade de subsistência, então para solucionar essa necessidade eu vou tentar recorrer a todas as vias que me são disponibilizadas.

Essa busca pelo judiciário impulsionou o crescimento de escritórios de advocacia especializados na temática previdenciária, que passaram a situar-se exatamente no entorno das Agências da Previdência Social (APS). Estes escritórios anunciam em suas fachadas aquilo que se tornou uma de suas maiores demandas, não apenas em termos de volume de processos, mas de procura por orientação jurídica: auxílio-doença e BPC/LOAS negados. São estes escritórios que as pessoas procuram quando saem da perícia médica com um comunicado de decisão em mãos informando que não fazem jus aos benefícios solicitados. No entanto, a advocacia privada constitui-se em apenas uma das vias possíveis de acesso à justiça (e, possivelmente, aos benefícios do INSS que tenham sido negados administrativamente), restrita tão somente àqueles que possuem acesso ao *mercado de serviços jurídicos*, valendo-se da expressão de Bourdieu (1989). Ou seja, aos que possuem recursos para pagar pela representação de um advogado particular. Aos que não possuem, este acesso é assegurado pela Defensoria Pública, neste caso, da União (DPU), que presta assistência jurídica gratuita a todos que necessitem ingressar com processos que envolvam a União Federal, tais como, a Caixa Econômica, Forças Armadas, Universidades Federais, etc., e o próprio INSS. E é sobre a atuação desta e o tratamento dos casos e processos nos quais o INSS figura como réu, que tratam as páginas que seguem. Este capítulo é, pois, resultado do trabalho de campo realizado na DPU em Porto Alegre/RS, principalmente no setor de atendimento ao público desta instituição, onde tive contato com as pessoas cujos casos e histórias compõe boa parte desta tese. Aqui, elas se constituem nos personagens da judicialização, ou nas “partes autoras” dos processos contra o INSS.

5.1 DPU e INSS – a judicialização do acesso aos benefícios da seguridade

Parte representativa dos atendimentos jurídicos que são realizados na DPU envolvem o INSS e o indeferimento à concessão (ou prorrogação) dos chamados benefícios por

incapacidade, sobretudo do auxílio-doença, e do benefício assistencial destinado a idosos e pessoas de qualquer idade que comprovem baixa renda e algum tipo de deficiência. Segundo levantamento realizado pelo Setor de Sociologia da unidade da DPU em Porto Alegre, tendo como base apenas os formulários socioeconômicos preenchidos durante o primeiro semestre do ano de 2015, 36,5% dos atendimentos iniciais realizados naquele período envolviam matéria previdenciária. Um estudo sobre o panorama de atuação da DPU em todo o país também destacou que no ano de 2013 o INSS foi o principal órgão de origem dos litígios que chegaram a instituição, representando 35% dos atendimentos realizados naquele ano. Em relatório divulgado no final do ano de 2015 pela Secretaria de Reforma do Judiciário, vinculada ao Ministério da Justiça, e que apresenta o quarto Diagnóstico da Defensoria Pública, há a indicação de que 86,7% dos defensores públicos federais que participaram do estudo tiveram a Previdência Social como principal área de sua atuação entre os anos de 2009 e 2014.

O aumento na demanda por resoluções de litígios envolvendo o INSS levou Defensoria Pública da União a buscar alternativas conciliatórias como forma de reduzir a excessiva judicialização do acesso aos benefícios, sejam eles previdenciários ou o benefício assistencial. Assim, em abril de 2013, durante o 3º Encontro Nacional de Defensores Públicos Federais, em Brasília, houve a assinatura de um acordo de conciliação extrajudicial com vistas a diminuir a o excesso de processos contestando as decisões do INSS nas unidades da DPU em todo o país. Porém, este acordo não foi levado adiante, e o INSS manteve-se como a principal instituição pública federal a figurar os casos que chegam na defensoria em busca de auxílio jurídico.

Estando ambas as instituições implicadas nos conflitos envolvendo benefícios da seguridade social, trata-se, aqui, de se enfatizar os pontos de tensão e também de aproximação entre elas. Com isto, uma apresentação da DPU e da sua lógica institucional faz-se necessária. Primeiramente, no entanto, é importante tornar mais concretos os casos que chegam até ela.

5.1.1 “Por muito pouco eu não desisti... por isso eu estou aqui hoje”

Foi com esta frase que Rosa, uma jovem na faixa dos trinta anos, definiu sua trajetória até aquele momento na busca pela concessão de auxílio-doença que, segundo ela, havia sido negado diversas vezes após a realização da perícia médica. *Na verdade, eu já tinha*

desistido...porque negaram tantas vezes que eu não quis mais tentar. Mas, eu tive uma convulsão na rua, passei muito mal, e uma assistente social, que ajudou a me socorrer no dia, perguntou a minha situação e me encaminhou pra cá (DPU). Agora, vocês são meu último recurso. Vamos ver...

A estagiária do setor de sociologia assegurou que ela estava no lugar certo e que seu caso receberia um encaminhamento. *Aqui comigo, então, dona Rosa, nós vamos preencher o seu formulário socioeconômico e depois eu lhe encaminho para o atendimento jurídico, ali do outro lado* (referindo-se aos guichês em frente, onde estão os estagiários do curso de Direito), *Tá bom? Tudo bem...* Acompanhada da filha, Rosa também trazia em sua expressão o pouco de crença que ainda parecia lhe restar de que sua demanda seria, de fato, resolvida com o auxílio da DPU, que tornou-se seu *último recurso*.

As perguntas do formulário socioeconômico permitiam que conhecêssemos um pouco de sua situação econômica, ainda que de uma forma objetiva: quantas pessoas moram na casa e compõe o grupo familiar, bairro e cidade onde reside, se o imóvel é próprio, financiado, alugado, cedido ou localizado em área verde; renda bruta, gastos extraordinários – com medicamentos, por exemplo; despesas com serviços como água, luz, IPTU, transporte público, etc. Segundo nos relatou, como operadora de caixa em um supermercado local, ela recebia dois salários mínimos, insuficientes para arcar com as despesas da casa e gastos com alimentação para os todos os filhos, quatro, no total, com idades entre sete e dez anos, sendo a mais nova aquela que a acompanhava durante o atendimento. De acordo com as informações fornecidas, os gastos, de fato, excediam a renda. A estagiária perguntou, então, como ela conseguia cobrir todas as despesas, que ultrapassam sua renda bruta, se recebia alguma ajuda financeira, pois necessitava registrar esta informação no formulário:

– Eu recebo ajuda de amigos, parentes, minha mãe é aposentada e ajuda como pode, mas não é sempre, ela tem os gastos dela também. O pai dessa aqui (aponta para a filha) às vezes ajuda, e assim a gente vai levando.

– E a senhora participa de alguma política pública do governo⁴⁵? Minha Casa, Minha Vida, Bolsa Família, utiliza o SUS...

⁴⁵ Em grande parte dos casos que acompanhei no guichê de preenchimento do formulário socioeconômico, a pergunta sobre a "participação" em alguma política pública do governo federal era confirmada, sobretudo do Bolsa Família. E todos utilizavam o SUS, seja para consultas médicas, internações ou para ter acesso à medicamentos. Ainda que isto possa ser explicado pelo fato de a DPU atender um a público muito específico, de uma classe específica, -daqueles que preenchem os critérios de renda familiar pré-estabelecidos (de até três

– *Sim, Bolsa Família. Nós usamos o SUS, também.*

– *A senhora trouxe a carteirinha do SUS para eu registrar o número aqui?*

– *Trouxe, já te dou.*

Moradora de Alvorada, uma cidade da região metropolitana de Porto Alegre, Rosa disse ter saído cedo de casa naquela manhã quente de verão, imaginando que enfrentaria longa espera por atendimento na DPU, o que não se concretizou. *Eu peguei a senha ali e logo chamaram, muito rápido*, ela diz, enquanto observa a filha que brinca distraída entre as cadeiras infantis, bonecas e outros brinquedos estrategicamente dispostos próximos aos guichês de atendimento. *A senhora tem algum atestado onde apareça o número do CID?* pergunta a estagiária. Ela retira da bolsa, então, uma pequena sacola plástica com os documentos que reuniu. Enquanto a estagiária segue o preenchimento do formulário socioeconômico, peço para ler seu último laudo pericial, que apresentava a seguinte descrição:

A requerente alega sofrer convulsões e sentir fortes dores no ombro direito por conta de quedas frequentes. Porém, quando distraída, executa os movimentos que alega ser incapaz. Não trouxe prescrições de medicamentos de seu médico assistente, apenas indica medicamentos utilizados.

Conclusão: Não verificou-se a existência de incapacidade para o trabalho. Pode executar atividades habituais acompanhada de fisioterapia.

Perguntei quantas vezes ela passou pela perícia médica. Sem saber precisar o número exato, ela me diz que em torno de cinco – todas negadas. *Por que você tentou cinco vezes?* Eu insisto. *Nas primeiras eu pensei: não pode ser, eu tomo medicamento para convulsão, eu sou uma pessoa doente, como eu vou trabalhar assim? E como o médico (perito) do INSS diz que eu posso? Isso não está certo. Vou tentar com outro, pode ser que mude (o resultado). E eu*

salários mínimos) para serem representados por um defensor em suas demandas, presenciei muitas situações em que havia o completo desconhecimento das vias de acesso à estas políticas ou mesmo sobre a existência de algumas delas, como a isenção de passagem no transporte público, ou a possibilidade de se conseguir medicamentos de forma gratuita, seja administrativamente, através da farmácia do Estado, seja através do judiciário. Nestes casos, os estagiários encaminham e explicam as etapas necessárias para este acesso.

fui tentando, até que lá no (cita o supermercado onde trabalha) eles disseram que não poderiam me aceitar assim, toda hora passando mal. E eles mesmos marcaram lá, a perícia. E sempre a mesma coisa, negavam. Depois disso eu perdi as esperanças. Quando eu caí na rua tive a sorte de encontrar essa assistente social que me passou o endereço daqui, ela encaminhou um papel até... neste momento, ela procura o documento dentro da sacola plástica. Trata-se de um ofício, encaminhado pelo Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) do município de Alvorada.

O caso de Rosa é representativo de uma das maiores demandas que a defensoria recebe e atende diariamente nos guichês do setor de atendimento ao público e que envolvem conflitos com o INSS. No entanto, não são apenas casos de negativa de concessão ou prorrogação de benefícios por incapacidade, como auxílio-doença, por exemplo, que chegam à DPU. Muitos casos de abertura de procedimento de assistência jurídica envolvem pedidos de BPC indeferidos pelo INSS, seja pelo não preenchimento dos critérios de (baixa) renda definidos pela legislação para o recebimento deste, seja pelo não reconhecimento da deficiência após a perícia médica. Isto porque, conforme já apresentado, no processo de solicitação de benefícios a avaliação do médico perito constitui-se em apenas uma das partes (em alguns casos decisiva) levadas em consideração pelo INSS na concessão ou indeferimento destes.

Dona Eliane não preenchia os critérios de renda estabelecidos para concessão do BPC para sua filha, a qual estava representando no dia em que compareceu à DPU, e sua demanda não envolvia a perícia médica do INSS. Após fazer uma breve apresentação das etapas do atendimento, a estagiária perguntou:

– O atendimento é para a senhora mesmo, dona Eliane?

– Não, é para minha filha.

– A senhora pode falar rapidamente qual é a sua demanda, o que a senhora veio buscar?

– É assim: a minha filha, ela tem várias doenças. Eu trouxe tudo aqui para mostrar, os atestados. Na perícia foi tudo tranquilo, o médico perito até disse que ela é jovem e vai se recuperar. Daqui há um tempo ela vai ter que fazer a perícia de novo. Eu até falei pra ele que a minha filha não quer receber isso pra sempre, só enquanto ela

estiver em tratamento. Mas a assistente social negou porque na época ainda tinha minha renda, e agora estou desempregada. Ela (assistente social) nunca deve ter passado trabalho na vida, eu não estaria aqui se realmente não precisasse. Se a gente vai atrás é porque precisa, não é?

Os atestados e receituários médicos apresentados por dona Eliane indicavam que a filha, de vinte anos, estava em tratamento contra linfoma, um tipo de câncer. Segundo nos relatou, a descoberta da doença também fez com que esta apresentasse quadro de depressão, pois precisou deixar de ir à escola por conta do tratamento e das frequentes internações. *Eu parei de trabalhar para poder cuidar dela. Somos só nós duas em casa. Eu tenho uma outra filha que já está casada e não mora mais comigo. Nós temos muitos gastos, ainda mais agora. Os remédios que ela precisa eu consegui (gratuitamente), mas e a comida? Cada vez que ela dá alta do hospital tem que seguir uma dieta especial, e como a gente faz? As vezes a gente fica na casa da minha filha mais velha, mas ela tem filhos também, tem os gastos dela. Esse benefício ajudaria muito, é um salário mínimo, mas só pra nós duas estava mais do que bom.*

A dimensão da ajuda entre parentes, amigos, vizinhos, sobretudo em relação aos meios de se conseguir o básico em termos de alimentos, também é recorrente quando se trata de explicações para os gastos que superam a renda, quando esta existe, o que acaba tornando necessária a constituição e o acionamento de uma rede de solidariedade. Em muitos casos, o campo “renda bruta” no formulário socioeconômico era preenchido com um zero pelos estagiários, e as respostas sobre a centralidade dos benefícios, sejam eles previdenciários ou assistenciais, para gastos com alimentação, fraldas, ou medicamentos que não constavam na lista fornecimento gratuito do SUS, por exemplo, sempre eram frisados. Como na fala de seu Antônio, cujo salário do emprego como mecânico era o único para uma família de seis pessoas. Quando teve o auxílio-doença suspenso, após indeferimento de seu pedido de prorrogação, seu Antônio acabou perdendo o emprego, por não ter “condições de saúde” para voltar, segundo nos relatou. *Por enquanto estou desempregado, esse dinheiro (do benefício) era o que estava ajudando, agora a gente está se virando como pode, quando surge alguma coisa (atividade remunerada) eu faço, mas não é sempre. Era pouco, um salário (mínimo), mas ajudava.*

Rosas, Elianes, Josés e Antônio representam os diversos “assistidos” pela DPU que conheci durante o período do trabalho de campo nesta instituição. Apesar da peculiaridade de cada um dos casos apresentados até aqui e no conjunto da tese, todos partilham demandas,

situações, dramas familiares e pessoais muito similares. São histórias que, de alguma forma, se cruzam na busca por benefícios e se encontram na DPU. São eles os personagens da judicialização, neste caso, do acesso aos benefícios da seguridade social. São os *assistidos, periciados, segurados, trabalhadores, requerentes, beneficiários, destinatários*, dentre tantas outras classificações que recebem ao transitarem por diferentes instituições no encontro com o Estado (e contra este) em sua busca por benefícios. Nesse trânsito entre instituições, elas também constroem uma imagem do Estado, a partir de suas práticas cotidianas com a burocracia (Gupta, 2012), Estado este que provê assistência social, administra o seguro social, e também promove o *acesso à justiça* de forma gratuita e integral através das defensorias públicas.

5.2 A Defensoria Pública como uma (das) via(s) de “acesso à justiça”⁴⁶

Antes de se ater especificamente à DPU, torna-se importante situar um pouco o debate acerca do *acesso à justiça* e se destacar, igualmente, o papel das defensorias no contexto de reforma do judiciário no Brasil. No que tange à temática do *acesso à justiça*, uma referência relevante é o estudo comparativo empreendido pelos juristas Mauro Cappelletti e Bryant Garth (1988) publicado originalmente em formato de relatório no final da década de setenta⁴⁷. Neste estudo, realizado no âmbito do projeto denominado “*Florence Access-to-Justice Project*”, financiado pela Fundação Ford, os autores buscaram identificar, com base em sistemas jurídicos de diferentes países, as principais dificuldades enfrentadas neste acesso, as barreiras a serem transportas e as possíveis soluções que permitiriam um acesso efetivo e igualitário à justiça.

⁴⁶ Apesar da existência de defensorias mantidas pelo poder público, o acesso à justiça através de assistência jurídica gratuita não pode ser atribuído apenas a estas instituições. Como destacou Boaventura de Sousa Santos (2011) ao analisar este acesso no Brasil, ainda que exista uma centralidade das defensorias, as universidades, organizações sociais, iniciativas comunitárias e a própria Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) também podem desempenhar um importante papel em se tratando de promoção do acesso à Justiça no país. No contexto específico desta etnografia, o Serviço de Assessoria Jurídica Universitária (SAJU) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), mantido por alunos desta e de outras universidades, e que prestam atendimento gratuito àqueles que não podem pagar pelos serviços de um advogado particular, seria um exemplo desta atuação. Cleber Francisco Alves (2006), da mesma forma, também destacou que não existe um “monopólio” da Defensoria Pública na prestação de assistência jurídica em geral, e de assistência judiciária em particular. Segundo ele, a própria advocacia privada pode atuar de forma gratuita, se assim o desejar, em favor daqueles que não tiverem recursos para pagar honorários de advogados.

⁴⁷ Garth, Bryant and Cappelletti, Mauro, “*Access to Justice: The Newest Wave in the Worldwide Movement to Make Rights Effective*” (1978). Disponível em: <http://www.repository.law.indiana.edu/facpub/1142> . Articles by Maurer Faculty.

Apesar do pioneirismo e amplitude do projeto, as experiências e propostas de acesso à justiça no Brasil até o período analisado não foram incluídas no estudo (Junqueira, 1996; Sinhoretto, 2006 e Sadek, 2014). Ainda assim, ele tornou-se referência quase indispensável no que tange ao debate sobre este acesso, sobretudo nos estudos que tratam da emergência das defensorias públicas, por exemplo. Isto porque, ao apresentarem as possíveis soluções identificadas em diferentes países ocidentais para o que seria (ou levaria a) um acesso efetivo à justiça, os autores o fazem por meio de uma metáfora que sugere a existência de três ondas – a primeira se constituindo na *assistência judiciária aos pobres*; a segunda diria respeito à *representação dos interesses difusos* ou coletivos, e, finalmente, a terceira à *um novo enfoque de acesso à justiça*. Esta “terceira onda” estaria centrada no “conjunto de mecanismos, pessoas e procedimentos utilizados para processar e mesmo prevenir disputas nas sociedades modernas” (Cappelletti e Garth, 1988:68), dos quais o método de conciliação seria um exemplo representativo.

Apesar de tentativas (e alternativas) de promoção do acesso à justiça aos pobres, sob custeio do Estado, remontarem a períodos anteriores ao da abertura democrática no Brasil (Alves, 2006; Zacher, 2011 e Cogoy, 2012; entre outros), a Constituição inaugura uma nova proposta ao institucionalizar o acesso gratuito à justiça e ampliar o seu escopo de atuação. Assim, tal como a Seguridade Social, as defensorias, como instituições que prestam assistência jurídica gratuita no âmbito dos Estados, do Distrito Federal e da União, emergem através da Constituição de 1988. Como destacou Cleber Francisco Alves (2006), “este órgão deveria assumir feições e prerrogativas simétricas àquelas conferidas pela própria Constituição ao Ministério Público, que é o órgão encarregado da defesa da sociedade como um todo, e de zelar pelos interesses públicos em geral” (Alves, 2006:257). Desta forma, de acordo com a Lei Complementar nº 132 instituída em 2009 (que alterou a Lei Complementar nº 80 de 1994), tem-se que:

Art. 1º A Defensoria Pública é instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe, como expressão e instrumento do regime democrático, fundamentalmente, **a orientação jurídica**, a promoção dos direitos humanos e **a defesa, em todos os graus, judicial e extrajudicial, dos direitos individuais e coletivos, de forma integral e gratuita**, aos necessitados, assim considerados na forma do inciso LXXIV do art. 5º da Constituição Federal⁴⁸ (Brasil, 2009, Grifos meus)

⁴⁸ O Inciso LXXIV do artigo 5º da Constituição define que *o Estado prestará assistência jurídica integral e gratuita aos que comprovarem insuficiência de recursos*.

Esta orientação jurídica e a defesa judicial e extrajudicial dos direitos individuais e coletivos seriam os grandes diferenciais trazidos pela Constituição no que tange à definição e atribuições da Defensoria Pública. O defensor público federal Daniel Cogoy (2012), em um artigo onde trata, entre outros pontos, da diferença entre assistência jurídica e judiciária no modelo brasileiro, destacou que a primeira estaria relacionada à orientação acerca dos direitos e mesmo a educação para o exercício de direitos; ao passo que a segunda diria respeito à representação em juízo propriamente dita. E aqui emerge a figura do Defensor Público como agente do Estado, em substituição aos advogados de ofício de outrora. Segundo Boaventura de Sousa Santos (2006), caberia aos defensores públicos aplicar no seu cotidiano profissional a "sociologia das ausências", promovendo o acesso à justiça e dando visibilidade àqueles para os quais este acesso ou conhecimento dos direitos tenha sido suprimido⁴⁹.

No que tange especificamente à DPU que esteve, em sua origem, vinculada à defesa de crimes militares, através da Constituição passa a ter sua atuação ampliada. O papel conjunto da Justiça Federal também deve ser destacado, tendo em vista que os processos originados na DPU têm suas decisões finais proferidas por esta instituição do Poder Judiciário da União. Quanto a isto, Laura Zacher (2011) enfatiza que,

É com a expansão dos direitos sociais no seio da Constituição Federal de 1988 que este panorama começa a se transfigurar. O início da reorganização do Estado brasileiro para institucionalizar tal mudança, baseada no centralismo das políticas públicas no Executivo Federal, **deslocou para o âmbito da Justiça Federal competência para atuar em matérias até bem pouco tempo ainda intocadas pela judicialização. Como exemplo, pode-se citar a previdência social, institucionalizada via Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), e a saúde, via Sistema Único de Saúde (SUS). Com isso, o Judiciário, ao adquirir seu novo papel enquanto instância de efetivação de direitos sociais, adentra nos direitos sociais sem precedentes.** Causas referentes ao direito à liberdade e à propriedade, tão centrais para o Judiciário em épocas anteriores, são agora apenas parte de um leque em constante crescimento de atuações (Zacher, 2011:31 Grifos meus).

⁴⁹ Apesar da grande demanda, sobretudo no que diz respeito aos conflitos envolvendo o INSS, a DPU ainda busca "tornar-se conhecida" ante a seus potenciais "assistidos". Com isto, diversos projetos desenvolvidos na instituição têm como intuito apresentar as atribuições da defensoria aos que podem valer-se de sua assistência para resolver seus litígios, mas que desconhecem sua existência, tendo a intenção de ampliar o *acesso à justiça* e o conhecimento acerca da oferta gratuita desses serviços. A pergunta sobre a forma como se conheceu a DPU, que consta no formulário socioeconômico preenchido pelas pessoas no primeiro atendimento, em grande parte dos casos tinha como resposta através de amigos, vizinhos, parentes, de encaminhamento da Defensoria Pública do Estado (DPE), alguns poucos pela internet, e outros pelos projetos desenvolvidos pela própria instituição, como o "DPU itinerante", "DPU na comunidade" e "Multiplicadores de Direitos". Conversando com a socióloga da Unidade da Defensoria em Porto Alegre, Laura Zacher, sobre alguns casos que considerei extremamente dramáticos e impactantes, ela destacou o quanto considerava significativo o fato destes ao menos terem chegado até a instituição, tendo em vista que muitos outros que necessitavam de auxílio jurídico para resolver suas demandas ainda não tinham acesso por desconhecerem esta possibilidade.

Desde a Constituição a DPU seguiu atuando em processos que envolvessem crimes militares. No entanto, “houve uma inflação da normatização de suas áreas de atuação para além do âmbito criminal, em especial no que diz respeito à atuação em matéria previdenciária” (Zacher, 2011, p. 31). Neste sentido, não parece ser por acaso que uma das maiores demandas da instituição envolva o INSS, como bem demonstram os casos introdutórios deste capítulo. Esta ampliação do escopo de atuação, e a conseqüente incorporação da defesa ligada aos “direitos sociais” também acarretou um paradoxo: a Defensoria Pública da União (DPU), como uma instituição jurídica-estatal, passou a ter, cada vez mais, sua atuação voltada contra as decisões do próprio Estado, em ações judiciais onde este aparece como réu⁵⁰. No entanto, esta aparente contradição parece não ter acarretado impedimentos ou constrangimentos na atuação dos defensores públicos federais contra a própria União⁵¹. Isto porque o meio que poderia oferecer a resolução deste paradoxo, que seria o reconhecimento de sua autonomia funcional em relação ao Executivo, ou seja, a sua não subordinação a ele, foi adquirido pela DPU apenas em 2013, muito tempo depois das Defensorias Públicas dos Estados (DPEs), que contam com esta autonomia desde 2004⁵².

5.3 O caminho da judicialização

A unidade da DPU em Porto Alegre está localizada na região central da cidade, em um prédio amplo de dez andares que possui um letreiro, igualmente amplo, com o brasão da República, indicando encontrar-se, ali, uma instituição federal. O atendimento ao público inicia logo nas primeiras horas da manhã, às nove, e encerra às três horas da tarde, sem interrupção ao meio-dia, podendo o atendimento interno se estender até que o último caso seja atendido e encaminhado.

⁵⁰Nos processos que envolvam o INSS, ou qualquer outro órgão do Executivo Federal, os argumentos dos defensores entram em disputa com os dos procuradores federais, vinculados à Advocacia Geral da União (AGU), a quem compete a defesa do Estado.

⁵¹ Segundo dados de um Relatório publicado pelo Ministério da Justiça em 2015, referente ao IV Diagnóstico da Defensoria Pública no Brasil, 92,2% dos defensores públicos federais que participaram da amostra do estudo disseram sentir-se muito ou totalmente autônomos em relação a sua atuação.

⁵² É importante se frisar aqui que, apesar de implementação das defensorias estarem previstas na Constituição, a institucionalização da DPU no Rio Grande do Sul ainda é recente se comparada a da DPE, por exemplo. O primeiro concurso para Defensor Público Federal ocorreu em 2001 e suas atribuições, neste início, ainda não estavam totalmente definidas. Da mesma forma, e conforme já destacado, diferente do que já ocorria com a DPE desde 2004, a autonomia administrativa e financeira da DPU foram adquiridas apenas em 2013 através da Emenda Constitucional 74, no início da pesquisa que originou esta etnografia, portanto.

Ainda que esteja localizada numa região que seja de fácil acesso, próximo a uma movimentada avenida de comércio popular, algumas pessoas encontram dificuldade para chegar ao endereço, seja porque moram em regiões muito afastadas do centro de Porto Alegre e costumam transitar pouco por esta região da cidade, seja porque residem em outros municípios da região metropolitana e desconhecem algumas ruas e avenidas de Porto Alegre, ou mesmo por não terem recursos para pagar pela tarifa de transporte público. Confusões envolvendo ambas as Defensorias Públicas, do Estado e da União, também são recorrentes, sobretudo no que tange à competência de cada uma delas. Isto ocorre, igualmente, porque as duas estão localizadas no centro da cidade, o que leva muitas pessoas a procurar a DPE possuindo demandas que deveriam ser encaminhadas pela DPU e vice-versa. Um destes casos era o de uma senhora que conseguiu chegar até esta última após ter “se perdido no centro”:

*Me perdi, mas logo achei o caminho. Perguntei para umas pessoas na rua, estive lá na Sete de Setembro [onde está localizada a Defensoria Pública do Estado (DPE)] e me passaram o endereço daqui quando eu disse que era auxílio-doença. Quem tem boca vai “ao rumo”, não é? Esta senhora, moradora de um bairro de classe popular estigmatizado pela violência, buscou a DPU com o objetivo de encaminhar o auxílio-doença para sua filha, que sequer tinha passado pela avaliação do médico perito ainda. Ela foi orientada, primeiramente, a procurar o INSS. Além do auxílio, ela tinha outras demandas, como por exemplo, a de um medicamento específico para esta filha, que recém tinha deixado o hospital onde esteve internada após um longo período de tratamento, em parte intensivo. O estagiário pergunta se ela possui algum laudo médico onde conste o CID da doença para registrar no formulário. Assim que ela retirou os atestados da bolsa, incluindo a carteira de identidade da filha, o atestado indicava que esta possuía lesão por ferimento causado por arma de fogo. Sem que perguntássemos o motivo, ela logo iniciou o relato: *A minha filha levou um tiro na cabeça do ex-marido, ela e a minha neta de sete anos. As duas sobreviveram, mas a filha ficou vegetativa numa cama e estou cuidando dela. Ela era ativa, trabalhava numa casa de família. Graças a Deus a minha neta não ficou com sequelas. Eu estou correndo com essa papelada atrás dos direitos dela, e nem poderia porque eu também sou doente, não poderia estar caminhando pra lá e pra cá, mas o que eu vou fazer? Com sessenta e dois anos eu já não consigo mais fazer o que fazia antes. Eu sou hipertensa e tenho HIV.* Após um breve silêncio, ela prossegue: *Não tenho vergonha de dizer. Eu recebo um salário mínimo daquele...como se diz? O LOAS (benefício assistencial)⁵³, e é pouco pra nós todos agora que a minha filha está lá em casa e precisa de**

⁵³ Muitas pessoas, incluindo alguns defensores e estagiários da defensoria, se referiam ao Benefício de Prestação Continuada (BPC) utilizando a sigla da Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), que instituiu o benefício.

cuidado, precisa de fraldas...ela não fala, só chora. Está com feridas nas costas por ficar muito tempo deitada, eu faço curativos todos os dias, meu filho mais velho está indo atrás de uma cadeira de rodas pra ela agora...

Este não é o único caso de violência doméstica que chega até a defensoria. O desfecho trágico deste, no entanto, foi a incapacidade possivelmente permanente de uma mulher de vinte e sete anos que trabalhava como empregada doméstica. Também não é o único caso em que se busca a DPU antes mesmo de se procurar o INSS. Nesta busca por auxílio jurídico imediato, cujo objetivo são benefícios previdenciários ou assistenciais, algumas pessoas esbarram nas etapas administrativas, necessárias para que a demanda possa ser judicializada. Isto significa que ela precisa ser encaminhada (e negada) primeiramente junto ao INSS. Durante trabalho de campo na DPU em Porto Alegre acompanhei muitos casos em que as pessoas sequer tinham a carta de indeferimento ou o comunicado de decisão do INSS, exigidos para abertura do processo – uma garantia inicial de que pode ter ocorrido, de fato, a violação de um direito e de que esta decisão pode ser contestada pela via judicial. A carta de indeferimento (ou o comunicado de decisão) se torna, então, o evento primário, posto ser um documento oficial, que desencadeia o conflito, e que, ao mesmo tempo, pode promover a possível resolução dele. No entanto, muitos passam pelo exame pericial e já procuram a defensoria, geralmente por indicação de alguém que teve processo instaurado na instituição e acabou recebendo o benefício através de decisão judicial.

A falta de contribuição previdenciária necessária para solicitar benefícios como auxílio-doença – mínimo de doze meses; ou o não preenchimento dos critérios de renda para recebimento do benefício assistencial também se constituíam nos principais entraves para o encaminhamento de diversos casos. Com isto, a apresentação dos caminhos da judicialização é perpassada pela apresentação dos caminhos da cidadania, via que permite o acesso à justiça e ao mundo dos direitos. E é nessa pedagogia jurídico-burocrática que a DPU também busca pautar sua atuação, não apenas numa tentativa de tornar efetivo o sentido de orientação jurídica previsto na Constituição (e que abarca o conceito de assistência jurídica já destacado aqui), mas também porque casos que envolvam algum tipo de “desconhecimento” no que tange ao processo de solicitação de benefícios seriam recorrentes na rotina de atendimentos da instituição.

Os defensores públicos federais com quem tive a oportunidade de conversar durante o trabalho de campo faziam questão de salientar o papel informativo que a DPU desempenha cotidianamente ante a este “desconhecimento”, no sentido de explicitar e explicar etapas,

indicar alternativas ou expor meios para se judicializar ou não determinadas demandas que chegam até lá⁵⁴. Porém, para além do que prevê o texto legal em relação à atuação da defensoria e sobre o papel dos defensores, é na prática diária, na análise dos “casos recorrentes”, que o trabalho destes últimos pode ser definido. Emitir opiniões ou aconselhamentos sobre a necessidade e importância da contribuição previdenciária, quando o caso envolve trabalhadores que não possuem ou não conseguem comprovar os doze meses exigidos para que tenham direito ao auxílio-doença, podem ser acompanhados por sugestões ou apresentação de alternativas quando estes conseguem comprovar baixa-renda ou algum tipo de deficiência, como a solicitação do benefício assistencial BPC.

Logo nos primeiros meses de pesquisa na DPU, acompanhei o atendimento de uma mulher na faixa dos vinte e cinco anos, manicure, cujos atestados médicos indicavam a realização de uma cirurgia na coluna. Ela procurou a defensoria porque teve o pedido de auxílio-doença indeferido após a perícia médica. Quando a estagiária que conduzia o preenchimento do formulário socioeconômico lhe perguntou, já no final do atendimento, como ela havia tomado conhecimento da DPU, ela respondeu que: *“Eu fui num daqueles escritórios (de advocacia) que tem do lado do INSS, porque eu saí da perícia indignada e entrei para buscar informações. Eu disse que só queria uma orientação mesmo, porque eu não tenho dinheiro para pagar advogado. Eles me disseram o que eu poderia fazer e eles mesmos me aconselharam a procurar vocês”*. Em outro caso, uma mulher, nutricionista, que teve o pedido de prorrogação do auxílio-doença negado, procurou a defensoria em busca de assistência jurídica. Após o preenchimento do formulário socioeconômico ela foi informada pela estagiária de que sua renda ultrapassava um pouco os três salários mínimos exigidos para se ter a representação de um defensor público, mas que seu caso poderia ser passado ao Defensor plantonista, se ela assim o desejasse, que poderia decidir pelo aceite ou não da demanda se ela tivesse como comprovar gastos que superariam a renda, como com medicamentos, por exemplo. Afastada do trabalho e tendo recebido auxílio-doença por depressão durante alguns meses, ela optou em prosseguir com o atendimento. *Eu não fui atrás de advogado porque sempre quando se fala em INSS todo mundo tem como referência a defensoria, parece que aqui é um setor específico pra resolver essas situações*.

Nesta associação entre DPU e INSS não são apenas os casos de negativa de concessão por parte deste último que chegam até a primeira. Também há casos inusitados, como o

⁵⁴ *O trabalho do defensor público federal inclui, promove e resgata a cidadania* –frase destaque de um dos informativos da Associação Nacional dos Defensores Públicos Federais (ANADEF).

pedido de cessação do auxílio-doença, por exemplo, recebido por decisão judicial através da atuação da DPU. Conversando com uma das estagiárias do setor de sociologia em uma manhã de encerramento do seu atendimento no guichê de preenchimento do formulário socioeconômico, ela comentou que, pela primeira vez, tinha atendido um caso em que se solicitava o encerramento do auxílio-doença na defensoria, e não o contrário. Tratava-se de um homem de trinta e cinco anos, que prestava serviço de segurança privada em um banco até receber auxílio-doença (através da via judicial) por motivos de depressão e síndrome do pânico. O caso tornou-se bastante peculiar não apenas por representar exatamente o inverso do que comumente se presencia na DPU em termos de demandas envolvendo o INSS, mas porque, segundo a estagiária, este homem teria destacado que recebia quinze reais a mais de auxílio em relação ao seu salário. Este fato, no entanto, não fez com que ele desejasse manter o benefício, tendo em vista que já se sentia “bem de saúde” para retornar ao trabalho. Porém, por não conseguir agendar perícia médica que constasse sua “capacidade”, por conta da greve dos médicos peritos à época, ele procurou a DPU novamente.

No entanto, e apesar de se constituir como o *último recurso* ou a última porta do labirinto kafkaniano que iniciaria no INSS, porta esta supostamente aberta e livre, portanto, dos entraves burocráticos percorridos ao longo do caminho que conduz à judicialização, a defensoria também possui critérios específicos em relação ao seu atendimento. Neste sentido, ela produz determinados “filtros” de seleção para condução de determinados casos. Segundo Daniel Cogoy, então defensor chefe da unidade da DPU em Porto Alegre que entrevistei durante os últimos meses do trabalho de campo, estes critérios foram sendo definidos ao longo do processo de instituição da Defensoria Pública que passou a ter a União como seu escopo de atuação,

Eu lembro que quando nós começamos nós não tínhamos muitos critérios para entrar com a ação na justiça, principalmente em relação aos benefícios por incapacidade. O sujeito dizia que estava doente e a gente entrava com a ação. Depois, a gente começou a filtrar: começamos a exigir um atestado médico que dissesse o CID, passamos a ser um pouco mais criteriosos para ajuizar a ação. Nós passamos a ser mais rigorosos até. Eu tive um caso uma vez de uma pessoa que queria se aposentar porque tinha gripe crônica. Outra que queria se aposentar porque tinha lábio leporino, outro perdeu o movimento de um dos dedos, só de um, claro que isso dava uma certa restrição nas atividades, mas não incapacitava. A gente via que não era caso de incapacidade, mas as pessoas procuravam.

Nesse processo de institucionalização e de mudança em relação aos critérios para se “ajuizar ações”, não apenas a exigência de atestados que apresentassem o CID da doença ou outros documentos que comprovassem efetivamente a incapacidade para o trabalho tornaram estes critérios mais rigorosos, como o defensor salienta em sua fala, mas também a própria presença de um médico perito do quadro de servidores do INSS na unidade da DPU e em seu quadro de servidores também é representativa da produção desses “filtros” em relação aos casos que podem ser considerados válidos juridicamente ou não. Neste sentido, ele apresenta uma terceira perícia⁵⁵, que não necessariamente vai contrariar o resultado apresentado pela perícia do INSS ou da perícia judicial. Uma das defensoras com quem conversei a respeito da atuação do perito médico, fez questão de enfatizar isso: “*nós temos aqui na defensoria um médico imparcial, ele não vai favorecer o INSS, nem favorecer a parte, ele quer ver se, realmente, aquele caso tem pertinência ou não*”. Apesar de seu parecer não ser determinante na condução dos casos, sobretudo os que envolvem benefício por incapacidade, é ao médico perito que os defensores recorrem, também, quando necessitam de algum esclarecimento no que diz respeito a documentação médica, mas sobretudo quando o laudo do médico perito judicial, não apenas do médico perito do INSS, também apresenta um parecer desfavorável em relação a constatação de incapacidade ou deficiência. O papel deste médico perito também foi definido por outro defensor:

O nosso médico perito é acionado em caso de dúvida por parte do defensor, quando a documentação médica parece ser insuficiente, por exemplo, porque nós não temos o conhecimento técnico, então nós nos lastreamos no laudo confeccionado por ele, que é um médico perito com toda liberdade e independência de dar o parecer que ele entenda como o adequado. Não é porque se buscou a Defensoria Pública da União que os pareceres dele vão ser no sentido de incapacidade laborativa ou deficiência. Ele pode, inclusive, ter até a mesma conclusão do médico perito do INSS. Muitas vezes nós ingressamos com o processo sem um laudo do nosso médico perito, o que acontece é, havendo um juízo desfavorável por parte do perito judicial, nós encaminhamos em caráter urgente o nosso assistido para departamento médico é feita uma perícia aqui. E aí essa perícia é anexada no processo judicial para de alguma forma tentarmos convencer o médico perito judicial de que aquele posicionamento não é o mais adequado. Então, nós pedimos uma nova perícia judicial ou é feito um quesito complementar para que se responda determinado questionamento ou algo que foi encontrado pelo nosso perito aqui, então, te digo que a atuação dele é de suma importância na Defensoria Pública, mas não é definitivo na esfera judicial, porque o

⁵⁵ Para além da avaliação do perito do INSS e do perito judicial, nomeado pelo juiz, que compõe o processo.

que o juiz leva em consideração é o laudo do perito da confiança dele, como se diz.

Durante entrevista com este médico perito, ele me disse que em muitos casos suas conclusões seguiram a do perito do INSS, apesar de preferir não saber o conteúdo do laudo deste: *eu não faço questão de saber o que eles (peritos do INSS) disseram, mas se chegou até aqui é porque não deu certo.* Segundo relatou, o próprio laudo médico pericial por ele produzido na defensoria seria um “laudo híbrido”, que conjugaria tanto quesitos do laudo do INSS, quanto do laudo da perícia judicial. Enquanto conversávamos em sua sala no prédio da defensoria, ele me fez uma pergunta: *você sabe por que esta sala branca? Não tem quadros ou outra coisa? Não...respondi. Isto é uma técnica de perícia, para mostrar imparcialidade e equidade, e imparcialidade implica em isenção. Eu não posso colocar o meu juízo de valor e negar uma perícia por conta disso. Isso não é republicano, não é legal. Porque eu, como servidor público, como parte desta instituição, eu tenho responsabilidades civis e criminais. Claro que precisa levar em conta a parte humana, e esta é a pior parte, porque eu também sou humano, e essa questão é ligada à práxis médica de um modo geral.*

Para além da sala branca como técnica de perícia, representativa da imparcialidade e da equidade da avaliação, também é interessante em seu relato a produção de um “laudo híbrido”, que também ilustra sua própria posição enquanto um perito do INSS atuando em uma instituição jurídica, e de quanto a isenção e o não julgamento moral dos casos deveria pautar a perícia, ainda que a “parte humana” dos casos possa interferir na avaliação.

Na fala de um dos defensores destacada na página anterior, há um destaque para o fato de que o médico perito também era acionado nos casos em que a documentação parecesse insuficiente. Aliás, o que parece pautar a atuação dos defensores, igualmente, é a lida diária com insuficiências diversas, seja na falta de documentação necessária para se ajuizar ações, como a carta de indeferimento do INSS, seja de recursos financeiros. Aliás, o critério de renda, ou da “insuficiência” desta se constitui como um “filtro” importante e determinante para atendimento na defensoria, uma vez que por meio dele seleciona-se os que podem ou não receber a representação de defensor público em suas demandas judiciais⁵⁶. Conforme já

⁵⁶ Na Defensoria Pública da União (DPU), leva-se em consideração a renda familiar mensal, definida, por sua vez, pela totalidade dos membros maiores de dezesseis anos – em uma família de até cinco pessoas o critério estabelecido é de três salários mínimos. Ao passo que em uma família de seis pessoas ou mais são considerados até quatro salários mínimos. No entanto, nos casos em que a renda familiar for superior ao limite estipulado, é realizado o encaminhamento a advogados dativos que atuam na Justiça Federal ou a pessoa é orientada a buscar advogados particulares. Nestas situações, a representação de um defensor público fica condicionada à comprovação de que a renda está demasiadamente comprometida com gastos extraordinários, com

destacado na primeira parte do capítulo, a Constituição assegura o direito à assistência jurídica gratuita a todos que comprovarem insuficiência de recursos para pagar pela representação de um advogado particular. A “insuficiência”, neste caso, adquire uma outra conotação: a de “hipossuficiência” – termo jurídico que também passa a ser utilizado para qualificar a situação econômica dos considerados miseráveis no contexto de discussão dos benefícios administrados pelo INSS.

Para além das demandas envolvendo indeferimento de concessão de auxílio-doença ou do BPC, acompanhando a rotina do atendimento na DPU ouvi muitos relatos em que se contestava, igualmente, o indeferimento de pedidos de prorrogação do auxílio-doença. A opção pela prorrogação do benefício existe para situações em que, após encerrado o período de concessão, a pessoa ainda não se sinta em condições de retornar ao trabalho ou qualquer outra atividade. Neste caso, quando a *capacidade para o trabalho* ainda não for reestabelecida, existe a possibilidade de se prorrogar por mais um período o auxílio-doença, período este que também será determinado pelo médico perito do INSS. Desta forma, nos casos que acompanhei, o benefício havia sido concedido por um determinado período, após avaliação pericial, e cessado após a suposta recuperação do segurado. Este deveria ser, ao menos em tese, o procedimento. Os casos que chegam na defensoria são de pessoas que reclamam ainda não estarem em condições de voltar ao trabalho, mas a avaliação que recebem do médico perito é outra – a de que elas não mais apresentam incapacidade e estão, portanto, aptas ao retorno. Nas situações em que o pedido de prorrogação é indeferido após a perícia médica (ou mesmo quando o período de concessão é encerrado sem pedido de prorrogação) o trabalhador, caso concorde com o parecer, necessita passar pela avaliação do médico trabalho, que pode seguir ou não a avaliação do médico perito do INSS, e somente após esta avaliação ele pode, então, retornar.

Conforme já destacado no capítulo três, novamente o conflito emerge quando não há concordância entre as partes (valendo-se do termo jurídico) no que tange à definição de categorias e classificações, como aptidão, (in)apto, incapacidade para o trabalho, (in)capaz e mesmo de deficiência, em se tratando do BPC. As partes, aqui, constituem-se no médico perito, médico assistente, médico do trabalho e as próprias pessoas que solicitam benefícios

medicamentos, por exemplo, e que, portanto, a possível contratação de um advogado particular implicaria no comprometimento do próprio sustento e no da família. Ainda assim, cada caso é analisado de uma forma específica e cabe ao defensor plantonista definir se é possível ou não prosseguir com atendimento e se instaurar um processo para além da simples orientação jurídica. Cabe ressaltar que este parâmetro não é padrão para todas as unidades da defensoria existentes no país, possuindo cada órgão seu regramento quanto ao critério de renda.

ao INSS. E os embates em relação aos pedidos de extensão de auxílio-doença envolvem, da mesma forma, a questão da definição do tempo que o médico perito considerará como suficiente para concessão do benefício até a recuperação do solicitante. A definição desse tempo e o aceite ou não dos pedidos de prorrogação, configuram-se, nestes casos, como os motivos de toda a controvérsia. Em apenas uma manhã considerada movimentada no setor de atendimento, dos sete casos que acompanhei cinco tratavam de pedidos indeferidos de prorrogação do auxílio-doença, os outros dois tratavam de solicitação de medicamentos e indeferimento de auxílio-doença.

5.4 Dos casos aos Processos de Assistência Jurídica (PAJs) – ou, dos *casos* às *causas judiciais*

Para além da produção de “filtros” e da seleção das demandas consideradas válidas (ou “justiciáveis”), que podem ser acolhidas pela instituição também existe na defensoria um processo de conversão dos *casos* em *causas* judiciais. Isto significa que, embora o ideal (e diferencial) do atendimento humanizado e da abertura para a escuta seja enfatizado, como se verá nas últimas sessões deste capítulo, a defensoria, enquanto uma instituição (jurídica) estatal, também não escapa à lógica burocrática em seu cotidiano, tampouco à formalização e padronização dos procedimentos que caracteriza a racionalidade de Estado.

Tal como no INSS, e por compartilharem o mesmo sistema, existe um controle em relação ao fluxo de atendimento, e os supervisores ficam responsáveis, igualmente, pelo monitoramento do tempo de espera no sistema entre uma etapa e outra. Os estagiários também conseguem visualizar, através de seus computadores, quantas pessoas estão na fila aguardando atendimento. Se no INSS o tempo para realização da perícia e a espera por atendimento são controlados, na defensoria o “tempo de escuta” pode se tornar um entrave em relação ao “tempo de espera” para o próximo atendimento, sobretudo quando há muitas pessoas no setor aguardando para serem chamadas. Neste sentido, embora a escuta seja valorizada como uma parte importante do que deveria ser um “atendimento humanizado”, não há tempo para relatos extensos, pois estes podem bloquear o processo ou o fluxo entre as etapas de atendimento que serão apresentadas aqui. Desta forma, as perguntas por parte dos estagiários precisam ser objetivas, porque documentos precisam ser preenchidos e um registro

precisa ser gerado no sistema, seja para um novo “assistido”, seja em relação a tramitações nos PAJs. Este controle, no entanto, não impede que as pessoas relatem seus casos de uma forma bastante extensa, e todo o registro etnográfico do setor apresentado ao longo da tese bem demonstra isso, mas existe uma preocupação em relação ao tempo de espera a fim de evitar que filas muito extensas se formem, sobretudo nos dias mais movimentados do setor. *Eu mesma, enquanto pesquisadora, precisei calcular e administrar este tempo enquanto lá estive para não bloquear o fluxo, porque formulários socioeconômicos precisavam ser finalizados enquanto eu conversava com as pessoas, “atendimentos iniciais” precisavam ser encaminhados enquanto eu ouvia suas histórias, e muitos aguardavam a chamada de sua senha enquanto eu fazia perguntas aos estagiários. Certa vez, no entanto, esta minha “disponibilidade para escuta” e diálogo foi utilizada exatamente como meio de auxílio ao fluxo de atendimento, para que ele pudesse seguir sem maiores impedimentos: um senhor estava há alguns minutos no guichê de triagem expondo os motivos que o levaram a buscar a defensoria e, por mais que a estagiária tentasse explicar que seu caso não poderia ser atendido ali, e sim na Defensoria do Estado, ele não “parava de falar”, impedindo que ela chamasse o próximo da fila, que já contava com algumas pessoas a espera um pouco antes do horário de almoço. Foi então que um dos supervisores do atendimento me chamou (possivelmente percebendo que eu “nada” fazia ali além escrever em um caderno) perguntando se eu poderia ir até o guichê, ouvir o relato deste senhor e explicar que sua situação poderia ser resolvida em outro órgão, uma vez que a estagiária já havia tentado, sem sucesso, fazer o encaminhamento. Quando cheguei no guichê, um senhor aguardava com a cabeça baixa. Me apresentei e perguntei seu nome. Imaginando que talvez eu pudesse resolver seu caso, ele logo disse: “sabe o que é, moça, eu trabalhei numa obra, uma empresa me contratou, e eles não pagaram o último serviço que eu fiz pra eles” (tratava-se de uma empresa de construção civil, onde ele havia trabalhado como pedreiro). “Eu chegava cedo na obra, trabalhava como um animal, eles ficaram de pagar, mas até agora nada. Eu preciso desse dinheiro, se a pessoa trabalha é porque precisa e tem que receber, não acha? Sempre trabalhei como pedreiro e nunca tive esses problemas. Eu confiei neles, não posso deixar assim, preciso pagar minhas contas. Só saio daqui depois que isso for resolvido”. Disse que morava em albergue da prefeitura, mas que tinha uma família, a qual se mantinha afastado por conta de “problemas com a bebida”. Porém, apesar deste “problema”, sempre trabalhou e nunca gostou de “depende dos outros”. Que gostaria de ter um emprego fixo para poder comprar um aparelho de celular novo, pois o seu havia sido levado em um assalto. Sem um número de telefone, segundo ele, seria difícil deixar o contato em empresas onde poderia*

conseguir uma vaga de emprego. A essa altura eu já me encontrava em um dilema entre o que gostaria de fazer e o que esperavam que eu fizesse, entre ouvir atentamente tudo que ele tinha para dizer ou interromper o relato e explicar que em outro lugar poderia receber ajuda, a fim de que outra pessoa pudesse ser chamada. Optei pela primeira opção, ainda que isso não solucionasse o problema da fila, para então explicar a ele que ali na DPU não seria possível resolver seu problema em relação ao pagamento do último salário, mas que seria encaminhado para outros lugares que tentariam encontrar uma forma de solucionar a questão. Por indicação da supervisora, então, pego um dos papéis dispostos na mesa, com o endereço e telefone do Serviço de Assessoria Jurídica (SAJU) da UFRGS e da Defensoria Pública do Estado (DPE), onde ele poderia buscar auxílio jurídico para resolução do caso. “Eu posso ir lá na UFRGS, então? Pode sim, seu Otávio”. “Tenho que ligar antes? Porque estou sem telefone por enquanto, e lá no albergue onde estou parando não sei se consigo ligar”. Não precisa, o senhor pode ir sem ligar, eu digo. Ele então agradece e despede-se, não sem antes desejar um bom trabalho a todos.

Apesar de certa sazonalidade da procura – em dias quentes de verão há mais pessoas circulando no setor do que nos dias frios de inverno, e determinados horários caracterizarem os períodos de maior movimento, como entre meio-dia e duas horas da tarde, a rotina de atendimento na defensoria geralmente tem como característica a movimentação intensa, no sentido de receber um número elevado de pessoas em busca de auxílio jurídico. Isto significa que todos os dias diversos casos chegam a DPU, e todos os dias pessoas têm seus casos transformados em causas judiciais. Muitas delas acabam obtendo êxito em suas demandas pela via judicial. Porém, muitas outras, não.

Para que estes *casos* se tornem *causas* (legítimas) é necessário que sigam determinadas etapas padronizadas na rotina burocrática da instituição (etapas estas que se assemelham às implementadas nas Agências da Previdência Social por compartilharem mesmo sistema). Primeiramente, as pessoas precisam passar por três fases distintas de atendimento. Após a retirada de uma senha na recepção do segundo andar do prédio, onde está localizado o setor de atendimento ao público, elas são encaminhadas para os guichês de “triagem”. Na **triagem**, como a própria designação sugere, são selecionadas as demandas que

podem ser atendidas na DPU, ou seja, aquelas que envolvem a União Federal. Nos casos aqui tratados, o INSS. Logo em seguida, a pessoa é encaminhada para o guichê onde deverá ser preenchido seu **formulário socioeconômico**, utilizando a mesma senha recebida na triagem, desta vez com um “S” ao lado do número, referente à socioeconômico. Esta é a única fase que não é realizada por estagiários do curso de Direito, e sim dos cursos de Ciências Sociais, Políticas Públicas e Psicologia, vinculados ao setor de sociologia da instituição. Após o preenchimento, o formulário é impresso para assinatura, digitalizado e anexado em uma pasta criada com o nome da pessoa, sendo posteriormente entregue a ela. Novamente, a senha será reutilizada, porém, desta vez, os estagiários inserem manualmente um “I” ao lado dos números, referente à **“Inicial”**.

Do guichê onde são fornecidas informações para a produção do formulário socioeconômico há o encaminhamento, então, para o atendimento jurídico propriamente dito, onde a narrativa, o relato do caso, é registrado pelo estagiário e todos os documentos levados pela pessoa são digitalizados e inseridos na pasta já existente com seu nome no sistema. É importante que se destaque que nem todos que procuram a DPU têm seus casos transformados em causas, mais precisamente em Processos de Assistência Jurídica (PAJ) com a posterior representação de um defensor público junto à Justiça Federal. Isto ocorre, por exemplo, quando a demanda por auxílio jurídico não compete às atribuições da DPU, e sim da DPE, como por exemplo, casos que envolvam o Banco do Estado do Rio Grande do Sul (Banrisul), ou *casos de família*. Nestas situações, a pessoa pode receber uma orientação jurídica a respeito de seu caso e a indicação de se procurar outros órgãos, como a DPE ou o SAJU/UFRGS, por exemplo. Ainda assim, o caso fica registrado no SIS-DPU como atendimento **“simplificado”**. No SIS-DPU todos os PAJs recebem uma numeração específica e podem facilmente ser localizados pelo número e ano em que foram instaurados⁵⁷. Torna-se

⁵⁷ Diferente da ideia que comumente se tem dos processos judiciais, como pastas cujo volume de documentos oficiais excede seu tamanho, na DPU todos os registros são informatizados. Mesmo documentos levados pelas pessoas para compor a sua prova nos processos são digitalizados e devolvidos, não sendo feitas cópias em papel dos mesmos. Estes documentos digitalizados passam, então, a compor uma pasta virtual com o nome da pessoa no sistema. Da mesma forma, no SIS-DPU são registradas todas as movimentações ou tramitações dos PAJs, seja pelos estagiários, seja pelos próprios defensores públicos. Por tratar-se de um sistema integrado, também é possível consultar PAJs instaurados nas unidades da DPU em todo o país. Este processo de “desmaterialização”, ou seja, a substituição do registro em papel pelo registro digital, também foi verificada pelos sociólogos Helena Machado, Susana Silva e Filipe Santos (2008) no fenômeno designado como “Justiça Tecnológica” em Portugal. Um exemplo brasileiro que também pode ser inserido neste processo de “tecnologização da Justiça” analisado pelos autores é o Sistema de Processo Eletrônico (e-Proc) implementado na Justiça Federal de forma pioneira pelo Tribunal Regional Federal da 4ª Região (que abrange os Estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul). Este Sistema é amplamente utilizado na DPU, porque através dele é possível acompanhar andamento de processos oriundos da defensoria e que tramitam no âmbito dos Juizados Especiais Federais, e mesmo realizar a distribuição de processos entre os defensores públicos federais. Acompanhado pelo discurso da *inovação*,

necessário se ater um pouco nestas classificações institucionais (e jurídicas) no que diz respeito ao atendimento. Os atendimentos designados como “simplificados” não se tornam PAJs, mas recebem um registro. Quando os casos se tornam Processos (administrativos de assistência jurídica) o atendimento recebe a denominação de “Inicial” e as pessoas que procuram auxílio na DPU para resolver seus litígios se tornam “assistidas”, e passam a ser identificadas desta forma a partir daquele momento. Estas pessoas passam, então, da condição de *necessitadas* de auxílio jurídico ou à condição de *assistidas* pela instituição. No setor de atendimento ao público em muitos momentos escutei estagiários e servidores, de carreira ou terceirizados, se referirem aos que tinham PAJ instaurado como “assistidos”⁵⁸, raramente mencionando o nome da pessoa. A partir do momento em que a demanda é acolhida, e sem que a própria pessoa perceba imediatamente, uma mudança de status é operada – de *desassistida* ela se torna uma *cidadã assistida*, que receberá assistência da defensoria. Desta forma, no processo de conversão dos casos em causas judiciais também ocorre uma conversão de status e todos os demandantes de assistência jurídica recebem uma classificação e um registro de localização do seu caso no sistema, ou seja, um número para o seu PAJ ou PAJs, no plural. Isto porque um único assistido pode ter dois ou mais Processos registrados em seu nome, um referindo-se à indeferimento de auxílio-doença, por exemplo, e outro à demanda por medicamentos ou cirurgias. O primeiro classificado como previdenciário, e o segundo como nível saúde, ambos vinculados à seguridade social.

O número do PAJ (ou dos PAJs) será solicitado cada vez que a pessoa retornar à DPU a fim de buscar informações sobre a situação de seu processo. E aqui, mais uma vez, esta busca por informações é registrada no PAJ do “assistido” como atendimento de “**retorno**”, retorno este que também pode ser realizado pelos estagiários ou pelos próprios defensores através de contato telefônico. Na rotina do setor, então, podem ocorrer estes tipos específicos de atendimento, classificados como simplificado, inicial e retorno. E as pessoas, ao buscarem (e receberem) ajuda ou assistência jurídica, se tornam assistidas da (e pela) defensoria.

agilidade, facilidade e funcionalidade, o e-Proc seria o exemplo paradigmático do processo de reforma e modernização do Estado e da administração da Justiça no país.

⁵⁸ É interessante notar que a escolha pela categoria “assistido” (e não “defendido”) tem a intenção de remeter à assistência que a pessoa passa a receber da defensoria a partir do momento em que tem sua demanda acolhida no atendimento. No entanto, ela pode remeter, igualmente, a certa passividade daquele que recebe ajuda ou auxílio da instituição. A discussão empreendida por Patrice Schuch (2009) sobre as práticas de intervenção social dirigidas à infância e juventude, entre o que designa como “sujeitos de ação” (que seriam os agentes jurídico-estatais) e “sujeitos de intervenção” (adolescentes e suas famílias) também é interessante para análise das classificações operadas na defensoria, com a diferença de que os “sujeitos de intervenção”, aqui, seriam os “assistidos”.

Quando os casos se tornam PAJs, ocorre, da mesma forma, a tradução jurídica da narrativa daqueles que foram buscar assistência jurídica. O relato é registrado por estagiários do curso de Direito, e não pelo Defensor Público que se tornará responsável pelo Processo como representante do assistido em questão. Os Defensores, aliás, não têm contato direto com todos os "seus assistidos". Isto ocorreria, segundo eles, em razão da quantidade de demandas e processos em que estão envolvidos. A presença deles no setor de atendimento ocorre através dos chamados plantões⁵⁹, distribuídos através de rodízio, onde um Defensor fica encarregado de esclarecer dúvidas ou questões oriundas dos estagiários, ou que estes não consigam responder ou encaminhar por conta própria. Este assessoramento dos casos por parte dos defensores, no entanto, ocorreu em poucas situações no período em que lá estive. Isto porque, além dos estagiários, também há dois supervisores no setor de atendimento, igualmente responsáveis por este esclarecimento. Geralmente, estes conseguem solucionar eventuais questões sem o auxílio do defensor pela experiência em relação aos casos, que seriam "recorrentes", como os que envolvem o INSS.

Determinadas moralidades e avaliações morais também informam, na prática, a condução dos casos no setor de atendimento. Dentre as diversas situações que acompanhei, o relato de uma senhora, que teve o pedido de auxílio-doença negado no INSS, torna-se bastante significativo quanto a isso. Isto porque ela chegou ao guichê de triagem falando muito alto (para os estagiários que também presenciaram a cena, ela gritava) e solicitou (para eles, novamente, ela teria ordenado) à estagiária que a atendia que registrasse seu caso da seguinte forma:

pode colocar aí que eu tenho falência física. Sou diabética, tenho um monte de doenças. Pode olhar aqui os atestados, eu trouxe tudo. Eu vi umas reportagens na televisão, pessoas com câncer, em cadeiras de rodas não recebiam benefícios. Mas comigo não, eu sei dos meus direitos, a minha inteligência é muito aguçada.

⁵⁹ Ainda que o defensor ou a defensora esteja no plantão do setor de atendimento, eles não costumam circular pelos guichês, permanecendo em uma sala anexa, exceto se forem chamados para prestar algum tipo de esclarecimento em relação a determinados casos, ou mesmo receber, eventualmente, alguns assistidos para prestar este esclarecimento pessoalmente ou fornecer algum tipo de informação a respeito de seu caso. No entanto, um único defensor escapa a esta regra – o Rafael, que durante o seu plantão passa a maior parte do tempo circulando entre os guichês, seja ao lado dos estagiários ou mesmo entre os assistidos que estão em atendimento. Aliás, o defensor Rafael foi o defensor com quem mais tive contato durante o trabalho de campo na defensoria, ele foi o primeiro defensor que entrevistei e também foi o que me apresentou aos demais defensores entrevistados. Este maior contato ocorreu exatamente porque eu o encontrava com maior frequência no setor de atendimento ao público, onde eu também circulava. E, nesse trânsito, eu sempre o abordava para conversar ou esclarecer dúvidas, tal como os estagiários faziam.

Esta teria sido mais uma dentre as tantas narrativas sobre doenças e reclamações que chegam nos guichês, não fosse pela performance desta senhora, que chamou a atenção de todos no setor por falar extremamente alto e gesticulando, em um tom que foi considerado agressivo. Ela também afirmou que conhecia as “estratégias dos vigaristas”, e se as pessoas não recebiam benefícios do INSS, aquelas que ela teria visto reclamarem nas reportagens de televisão, a culpa era da Presidente da República. Performances como estas, vistas como excêntricas, geralmente acabam entrando no rol dos casos considerados estranhos, e também engraçados, na rotina do setor. Como os guichês se encontram um ao lado do outro, é possível ouvir o que passa no guichê ao lado. Quando ocorre um fato considerado inusitado, os estagiários que não se encontram em atendimento tentam acompanhar, ao longe, o desfecho do caso. Não raro, estas narrativas tendem a ser classificadas por alguns estagiários como desconexas, representativas, portanto, da loucura daquele que fala. Ter “problema na psique” ou “falência física” destoa do que consta nos atestados ou na definição do próprio CID das doenças. Mas, se por um lado o que escapa ao registro oficial tende a ser qualificado como indício loucura e de certa inventividade dos considerados loucos, por outro isso não se constitui como determinante para serem considerados engraçados. A maneira de falar e de se dirigir aos estagiários, o tom da voz, são elementos que podem despertar o riso e gerar comentários após a realização do atendimento.

Apesar da ocorrência de situações como estas, as etapas burocráticas e o controle do fluxo prosseguem, e da finalização de um atendimento “inicial” resta a produção de quatro documentos. Para além de uma capa com o número gerado para o PAJ, o nome da pessoa e a pretensão do pedido, é gerada a **Redução a Termo de Atendimento Inicial**, onde também constam os dados do “assistido” e a narrativa de seu caso; uma versão resumida dos dados fornecidos para o **Formulário Socioeconômico**; a **Outorga de Poderes**, documento que, como a própria designação sugere, outorga, autoriza ou “confere poderes” para a Defensoria atuar em seu nome perante a Justiça Federal. Além destes, também é anexado o **Cartão de Acompanhamento**, onde constam, juntamente com os dados do assistido, a sequência numérica para acompanhamento processual pela internet, dominado de “chave”. Também são inseridas informações sobre o funcionamento do atendimento prestado na Defensoria, sobre como serão feitos os retornos telefônicos para fins de atualização da situação do processo, por exemplo.

Neste sentido, quando uma pessoa tem sua demanda acolhida, sendo seu caso posteriormente convertido em um PAJ, o seu relato fica registrado no sistema e ela recebe,

também, uma cópia impressa desta documentação gerada. É importante que se destaque que o processo que resulta em uma “Inicial” também é padronizado. Para composição desta documentação, os estagiários precisam seguir algumas etapas no sistema, cabendo a eles o preenchimento de informações preestabelecidas através de um modelo padronizado, como o que segue, relativo aos benefícios por incapacidade:

O (A) Sr. (a) _____ compareceu a esta DPU a fim de obter assistência jurídica gratuita para pleito em face do INSS, com a finalidade de ter **CONCEDIDO AUXÍLIO DOENÇA/APOSENTADORIA POR INVALIDEZ**.

O(A) Assistido(a) é portador(a) de doença(s) classificada(s) pelo CID10 como _____ apresentando os seguintes sintomas: _____. Faz uso dos seguintes medicamentos: _____. A referida enfermidade lhe impede de exercer a atividade laborativa que vinha exercendo, que é a de _____, como comprovam os laudos médicos que ora se junta em anexo.

Tal como nos laudos médicos periciais, é interessante se destacar que neste processo de conversão dos casos em causas (ou PAJs) ocorre, igualmente, o processo de tradução dos fatos relatados. E aqui há uma aproximação entre os campos da Medicina (legal) e do Direito. E assim o é porque os laudos dos médicos peritos, tanto do INSS quanto judicial, são peças, ou partes fundamentais do processo, o primeiro porque desencadeou o conflito e o segundo porque pode solucionar este pela via judicial, seja ao se posicionar pela concessão dos benefícios, seja mantendo a decisão pelo indeferimento. O paralelo entre o laudo pericial e a narrativa registrada nos processos de assistência jurídica, como documentos oficiais, torna-se explícito não apenas por esta tradução do relato dos "periciados/requerentes" ou "assistidos" para seus respectivos campos, mas também pelo registro dos “sintomas” que a pessoa alega possuir, incluindo o CID das doenças. Da mesma forma, todos os medicamentos prescritos nos receituários médicos também são elencados. Neste sentido, mais do que apenas traduzir os relatos dos casos, também há uma preocupação em se destacar a *biolegitimidade* (Fassin, 2005) destes, ao dar ênfase aos sintomas e medicamentos utilizados no tratamento da doença (e ao registro do CID) elementos estes que com(provariam) a real necessidade dos benefícios e embasariam o pedido judicialmente.

A descrição (e tradução) dos casos relatados exige certa objetividade e uma suposta *impressoalidade e neutralidade* própria ao campo jurídico, como destacou Bourdieu (1989), para que sejam convertidos em causas judiciais. Neste sentido, não há espaço para o registro das emoções ou para as queixas em relação às dores e o ao sofrimento causado, seja pelas manifestações das doenças, seja pela necessidade do benefício, ainda que possam ocorrer de uma forma bastante sucinta. Isto porque, seguindo a análise de Bourdieu (1989) a respeito da “força do Direito”, cuja ênfase recai no desenvolvimento e diferenciação da linguagem jurídica em relação a outros campos, ou da divisão entre profanos e profissionais,

(...) Conformer-se com o Direito para resolver seus conflitos (...) é também, e sobretudo, reconhecer as exigências específicas da construção jurídica do objeto: dado que os fatos jurídicos são produtos da construção jurídica (e não o inverso), uma verdadeira retradução de todos os aspectos do caso é necessária para *ponere causam*, como diriam os Romanos, para construir o objeto da controvérsia enquanto *causa*, quer dizer, enquanto problema jurídico próprio para ser objeto de debates juridicamente regulados e para reter tudo o que, do ponto de vista de um princípio de pertinência jurídica, mereça ser formulado, e apenas isso, como tudo o que pode valer como fato, como argumento favorável ou desfavorável, etc. (Bourdieu, 1989, p. 230).

Com isto, há uma seleção dos fatos considerados favoráveis ou desfavoráveis no relato para a composição dos PAJs, aos quais os defensores tomarão posterior conhecimento para, então, converter estes *casos* em *causas* judiciais propriamente ditas, representando o assistido ante a Justiça Federal, de onde partirá a decisão de concessão ou indeferimento dos benefícios solicitados, tal como nos dois casos que seguem:

5.4.1 Dona Dóris e dona Celeste

Dona Celeste tem 55 anos e seu último vínculo empregatício, segundo relatou, foi como auxiliar de serviços gerais em um condomínio residencial em Porto Alegre. Quando a conheci, no espaço destinado à espera por atendimento nos guichês, ela tentava consolar uma mulher sentada ao seu lado, que reclamava estar perdendo o movimento das mãos por conta do reumatismo, diagnosticado recentemente: “*Olha, se tu soubesse o que eu já passei nessa vida e estou aqui hoje. Já tive câncer de mama, AVC, Herpes Zoster, já perdi o movimento de um lado do rosto, tu pode olhar aqui* (aponta para o lado esquerdo), *tenho um monte de doenças, parafuso no tornozelo, esporão...a gente não pode reclamar, tem é que agradecer por estar vivo*”. Cabe registrar aqui que nos poucos momentos do trabalho de campo em que estive neste espaço, e não nos guichês propriamente, a interação entre os potenciais

“assistidos” quase não ocorria, diferente do que observei em uma das Agências da Previdência Social (APS). Nesta situação específica, o diálogo foi pautado por um discurso moral em relação ao sofrimento, mais precisamente o que causaria maior ou menor sofrimento – apenas o reumatismo ou o AVC, o câncer de mama, dentre tantas outras doenças citadas na fala de dona Celeste para sua interlocutora. Ao elencar suas doenças, ela estabeleceu uma hierarquia em relação a quem sofre mais ou menos, aconselhando o agradecimento por esse estar vivo, valorizando, neste sentido, a superação e a sobrevivência, apesar das enfermidades.

O painel eletrônico logo anuncia uma nova senha. Literalmente, pois uma voz feminina indica o número da senha e o número do guichê. A mulher que conversava com dona Celeste se despede com um abraço e um agradecimento: *“tudo de bom para a senhora. Obrigada pelas palavras”*. Eu aproveito para me aproximar, impressionada pelo relato e pela quantidade de doenças citadas por ela. Me apresento e pergunto se posso acompanhá-la em seu atendimento. Sorrindo, ela responde que sim. Também pergunto se aquela era sua primeira vez na DPU. *Sim, é a primeira vez que eu venho, por indicação do meu marido. Ele está recebendo auxílio-doença graças à Defensoria. Como eles (INSS) quase nunca negaram eu não precisei, sempre pedia prorrogação e concediam. Na última perícia negaram, agora tenho que voltar a trabalhar, mas como?* Sua senha é anunciada e logo nos dirigimos a um dos guichês. Dona Celeste dispõe em frente ao estagiário todos os documentos que trouxe, ainda que este tenha solicitado, inicialmente, apenas a carteira de identidade. Entre os diversos atestados médicos, receituários, comprovantes de internação hospitalar e radiografias há alguns laudos médicos periciais do INSS com decisões favoráveis à concessão do auxílio-doença, e o da última perícia realizada, que tinha como conclusão a inexistência de incapacidade para o trabalho. As informações do formulário socioeconômico indicam que ela mora apenas com o marido, que recebe auxílio-doença no valor de um salário mínimo, sendo esta a única renda do casal após o pagamento de seu benefício ter sido suspenso. Quanto à sua última ocupação, de auxiliar de serviços gerais em um condomínio, ela destaca que era *quase uma zeladora, porque fazia de tudo*.

– E a senhora participa de alguma política pública do governo, recebe bolsa família, essas coisas? pergunta o estagiário.

-Não...

-Utiliza o SUS, dona Celeste?

-O SUS sim, eu fiz todo meu tratamento do câncer no Hospital Santa Rita, ali na Santa Casa⁶⁰, pelo SUS. Fiquei internada, fiz minha cirurgia de mastectomia lá, a minha mastologista é de lá. E todas as minhas consultas eu faço no posto (de saúde).

-E quais são seus gastos com alimentação?

-Olha, meu filho, a gente gasta até mais do que ganha só em comida. Somos eu e o meu marido em casa, minha filha é casada, não mora mais com a gente, mas ainda assim nós gastamos muito. E um salário mínimo é quase nada.

Em relação aos gastos extraordinários, dona Celeste diz que estes ocorrem na compra de medicamentos para seu marido, que utiliza antidepressivos e outros, também controlados, para tratamento de síndrome do pânico. Por conta destas doenças ele recebe o auxílio, segundo ela.

Após fornecer as informações para o preenchimento do formulário, dona Celeste foi encaminhada aos guichês de atendimento jurídico. Antes mesmo que a estagiária perguntasse, dona Celeste já passou a expor os motivos que a levaram à DPU. Seu relato foi registrado no sistema da seguinte forma:

A Sr^a Celeste compareceu a esta DPU a fim de obter assistência jurídica gratuita para pleito em face do INSS, com a finalidade de ter **RESTABELECIDO AUXÍLIO-DOENÇA/APOSENTADORIA POR INVALIDEZ**.

Em julho de 2011 a assistida estava se dirigindo ao seu local de labora quando pisou em um buraco na via urbana o que ocasionou a quebra de seu tornozelo esquerdo. A Sr^a Celeste, por já possuir certa idade, ficou impossibilitada de trabalhar, solicitando assim seu auxílio-doença perante o INSS, na ocasião seu pedido fora deferido. Em outubro de 2012 a assistida descobriu estar com neoplasia maligna na mama direita (CID 10 C50), começando, então, tratamento árduo contra o câncer por tempo indeterminado. Sua última intervenção cirúrgica ocorreu em 29 de abril de 2013, com a finalidade de retirar a mama que estava com o tumor. Apresenta os seguintes sintomas: desânimo, cansaço, dores na mama, dores para caminhar, dores nas articulações, como uma rigidez, tanto nos membros superiores quanto inferiores. Faz uso dos seguintes medicamentos: OMEPRAZOL 20mg, 1cp ao dia, CARBONATO DE CÁLCIO 500mg, 1cp ao dia, FLUOXETINA 20mg, 1cp ao dia, AMITRIPTILINA 25mg, 1cp à noite, ANASTROZOL 1mg, 1cp ao dia. A referida enfermidade lhe impede de exercer a atividade laborativa que vinha exercendo, que é a de AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS em um condomínio residencial, como comprovam os laudos médicos que ora se junta em anexo.

Por tal razão, postulou na data de 12/08/2011 (DER/Data de Entrada de Requerimento), perante Agência da Previdência Social, a concessão de auxílio-doença, sendo que em 21/10/2011, o referido benefício lhe fora deferido sob o

⁶⁰ A Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre é uma instituição privada de caráter filantrópico que também atende através do Sistema Único de Saúde (SUS).

número ****. Todavia, na data de 30/09/2014 (DCB/Data de Cancelamento do Benefício), o referido benefício foi cancelado, sob o seguinte argumento:

(X) INEXISTÊNCIA DE INCAPACIDADE LABORATIVA

Cumprir informar que a Assistida tem tido, ao longo dos anos, seu benefício deferido, e que fora na última perícia que lhe cessaram tal provento. Todavia é de suma importância informar que a Sr^a Celeste solicitou pedido de reconsideração e marcação de perícia médica.

Assim sendo, pretende a Assistida ver reconhecido seu direito à concessão do benefício de auxílio-doença ou, caso considerada a sua incapacidade total e definitiva para o exercício de qualquer atividade, a concessão de aposentadoria por invalidez.

A estagiária inicia, então, a abertura do Processo propriamente dito, gerando um número específico para este. Solicita a digitalização dos documentos trazidos por dona Celeste e a impressão dos documentos gerados, relativos ao PAJ, onde estão registradas as informações da “assistida” e a sua narrativa. Esta narrativa e outras informações referentes ao seu PAJ, como o Termo de Outorga, foram impressos e entregues a ela. Seguindo o paralelo com os documentos oficiais do INSS, como as cartas de concessão ou indeferimento de benefícios que chegam pelo correio após a realização da perícia médica, também há uma ênfase no argumento utilizado para negar as solicitações, como a *não existência de incapacidade laborativa*, ou o *requerente não está incapacitado para o trabalho*, escritos em caixa alta.

A narrativa de dona Celeste a respeito de suas doenças foi bastante extensa, assim como muitas outras que acompanhei. No entanto, a estagiária registrou apenas os eventos que considerou mais relevantes no que diz respeito a gravidade ou a incapacidade, como a fratura no tornozelo e o diagnóstico de câncer de mama. Muitas pessoas choram no momento em que iniciam o relato de sua situação aos estagiários, tanto econômica quanto de saúde, e demonstram ter grande conhecimento de seus diagnósticos médicos e do número do CID de suas doenças. Em uma situação, antes mesmo que a estagiária explicasse a necessidade do atestado médico, uma mulher, que buscava resolver seu pedido de auxílio-doença negado, já sabia o que ela precisava: *a senhora tem algum atestado médico? Quero ver o...Precisa saber dos CIDs? Eu tenho todos aqui. São vários.* E então retira da bolsa diversos atestados dobrados unidos, e os abre cuidadosamente em frente a estagiária. Algumas pessoas, inclusive, retiram os medicamentos que carregam consigo e que para elas também serve como prova de suas enfermidades, para além dos documentos médicos, cuja a importância será tratada no capítulo seguinte.

Tive a oportunidade de conversar com dona Celeste e conhecer um pouco da sua história para além do registro (e tradução) oficial de sua narrativa. Neste relato, ela destacou seu histórico profissional em uma trajetória marcada pela informalidade e entrecortada pelo diagnóstico de diversas doenças:

Nascida no interior do Estado e filha mais velha de um casal de pequenos agricultores, dona Celeste e mais três irmãos ajudavam os pais nas atividades da roça. Veio para Porto Alegre com quinze anos, atraída pela promessa de um emprego bem remunerado em uma *casa de família*. Nesta casa, trabalhou como empregada doméstica até os vinte e três anos, quando conheceu seu marido. Segundo ela, neste primeiro emprego não houve um acordo em relação ao salário, tampouco sobre a assinatura da Carteira de Trabalho, que ela sequer possuía. *Nesta época era assim, as pessoas pagavam o que elas queriam, e esses meus patrões nunca pagaram o INSS. Fiquei esses anos todos trabalhando e morando na casa deles. O salário era uma miséria, mas como eu morava com eles e comia da comida que eles compravam, não podia reclamar.* Já casada e após o nascimento de sua única filha, dona Celeste voltou a trabalhar novamente como empregada doméstica para complementar a renda do marido nas despesas da casa. Tal como no primeiro emprego, não havia um contrato formal de trabalho, sequer a contribuição previdenciária por parte dos empregadores. Foi neste segundo emprego que ela começou a manifestar os sintomas daquela que seria a sua primeira doença após o início de sua atividade profissional:

Eu tive um problema sério de artrite reumatóide, na época até a médica achava que eu não tinha condições de trabalhar, mas eu tomava aquele medicamento, Predizona, e aquilo tira até dor de cabeça, aí eu melhorei. E a minha patroa disse: eu vou pagar o INSS pra ti.

Após um curto período desempregada, quando deu entrada na confecção de sua Carteira de Trabalho, dona Celeste conseguiu outro emprego. Dessa vez, em um escritório de advocacia, onde fazia a limpeza e servia café aos clientes do advogado que a contratou. Apesar de ter *assinado* sua Carteira de Trabalho, este advogado, segundo ela, nunca *pagou seu INSS*, fato que descobriu quando precisou ir até uma agência da Previdência Social para encaminhar um pedido de auxílio-doença, por conta das frequentes dores causadas pela artrite reumatóide. Lá, ficou sabendo que não teria direito ao benefício por não possuir nenhuma contribuição registrada em seu nome. Mais uma vez ela resolve pedir demissão, sem nunca ter *procurado seus direitos*.

Então comecei a trabalhar de faxina, diarista assim. Eu mesma quis pagar meu INSS, mas se eu pagasse o INSS eu passava fome, porque meu marido tava desempregado nessa época. Quando eu podia eu pagava, e ficou aquela coisa intercalada, um mês sim, dois meses não. E aí eu tive um AVC...A minha filha marcou a perícia e eu só não ganhei auxílio-doença porque faltavam seis meses pra fechar o tempo que eles pedem. Eu lembro que eu ia trabalhar a baixo de (sob o efeito de) remédio, mas trabalhava. E sempre de faxina, por conta própria.

O relato de dona Celeste, em muitos momentos, faz referência à (falta de) contribuição previdenciária, seja através do empregador, seja por conta própria, como autônoma. O primeiro e o segundo emprego sem *Carteira assinada*, a patroa que resolve pagar o INSS após seu adoecimento, o advogado que assina a carteira, mas não paga o INSS, o desejo de *pagar o (seu) INSS por conta própria*. É interessante que ela dirige-se à autarquia INSS⁶¹, que administra e paga os benefícios, não à Previdência Social. Desta forma, em sua, e em muitas outras concepções sobre direitos e cidadania, o INSS adquire centralidade por ser o órgão que concede ou nega benefícios, que agenda e realiza perícias, que emite guias, etc. Ele se torna quase uma entidade autônoma – O INSS, pelo qual, e contra o qual, se acessa e se garante direitos, indo além de uma concepção ampla de Previdência Social.

Com um diagnóstico de Acidente Vascular Cerebral (AVC) isquêmico, e sem o tempo mínimo de contribuição necessário para solicitação de benefícios junto ao INSS, dona Celeste precisou retomar sua jornada como diarista. Ainda que o AVC isquêmico não tenha lhe deixado sequelas aparentes, a ponto de impossibilitarem o exercício de suas atividades, ela relata que as dores de cabeça eram frequentes, e que só conseguia iniciar e concluir as faxinas sob efeitos de analgésicos. Dona Celeste ainda estava se recuperando quando recebeu o convite para trabalhar por tempo integral, mas por um curto período, na casa de duas irmãs idosas, para as quais havia realizado uma faxina como diarista. Mais uma vez, sua carteira não foi assinada. No entanto, *essas senhoras pagavam, ajudavam a pagar meu INSS. Mas sempre falavam: tem que trabalhar num serviço onde assinem tua carteira, para ter os teus direitos caso fique doente, ter direito à férias*. Estas irmãs acabaram mudando-se para outro Estado, restando a dona Celeste procurar por outro emprego, o que acabou acontecendo pouco tempo depois. Por indicação de uma vizinha, ela foi trabalhar na casa de uma senhora, viúva, que

⁶¹ Em muitas situações durante o trabalho de campo era comum ouvir, sobretudo entre os mais velhos, referências ao INPS, tal como no diálogo que abre o primeiro capítulo, e alguns poucos ao INAMPS. Frases como: *Eu fui no INPS, Eu paguei o INPS, o perito do INPS, laudos do INPS*, etc., eram corriqueiras no setor de atendimento.

cuidava do único filho já adulto, portador de Síndrome de Down. Dessa vez, sua patroa passou a contribuir com a Previdência Social, por receio de que seu marido, *que conhecia os direitos, a colocasse na justiça*. O que acabou acontecendo posteriormente.

Ela me contratou para ser cuidadora do filho dela, que era doente, mas eu fazia de tudo, cozinhava, limpava. E baixou minha imunidade. Fiquei vinte dias internada. Tive uma herpes que me deu paralisia facial, tive labirintite. Tinha tontura e não sabia o que era. Eu sempre fui dedicada, mas ela assinou minha carteira com dois salários e me pagava só um. Ela mentiu pra mim, ela nunca seguiu o que tava na minha carteira. Então, eu fui procurar meus direitos, e entrei na justiça, processei ela, e no dia da audiência eu disse: eu só quero o que tenho direito, não quero tirar dinheiro dela, eu não tinha direito a férias, nada, imagina.

Aqui há uma ênfase nas doenças adquiridas por conta das atividades desempenhadas. O “desvio de função” – o contrato como cuidadora que não era cumprido, a sobrecarga de trabalho que acarretou a “baixa da imunidade” e as doenças advindas desta, justificam e (bio)legitimam a “procura por direitos”, como dona Celeste disse ter feito. O ato de processar⁶² (e mesmo a possibilidade de), acessar direitos ou e reconhecer que estes foram, de alguma forma, “violados” perpassam diversas narrativas, tal como apresentado no capítulo três.

O último emprego antes de receber o auxílio-doença foi como auxiliar de serviços gerais em um condomínio residencial. Segundo dona Celeste, no dia da entrevista para a vaga de emprego ela teve receio de que talvez não fosse escolhida, tendo em vista a quantidade de diagnósticos e de doenças que ela apresentava. Porém, apesar disso, resolveram lhe “dar uma oportunidade”. “*Eu nunca tinha trabalhado em condomínio, era sempre em casa de família, de diarista. Mas eu queria ficar num serviço onde tivesse carteira assinada, porque se um dia eu precisasse eu poderia ter auxílio-doença*”, ela disse. Foi então que sofreu o acidente registrado em seu PAJ. A caminho do trabalho, próximo à parada de ônibus, dona Celeste caiu em um buraco, ocasionado pela chuva em uma obra não sinalizada na calçada, e quebrou o tornozelo. Mesmo sentindo dores, ela pegou o ônibus e se deslocou até o condomínio, sem perceber, ainda, que o tornozelo estava fraturado. “Eu só fui perceber porque doía muito e começou a inchar, mas isso eu já tinha feito todo o serviço no condomínio”. Quando chegou

⁶² João Biehl e Adriana Petryna (2013), em em suas análises sobre o que designam como o fenômeno da *judicialização do direito à saúde* e da *farmaceuticalização* no Brasil, destacaram que muitas pessoas utilizavam a expressão “*entrar na justiça*”, tal como “*entrar no judiciário*”, para se referir aos seus processos judiciais contra o Estado no âmbito da defensoria pública.

em casa, decidiu ir até o Hospital de Pronto Socorro, onde um exame de raio-x confirmou a fratura. “Logo que eu me acidentei fazia pouco que tinham assinado minha carteira, e eu comecei a chorar porque eu queria continuar trabalhando”. A perícia médica no INSS confirmou a incapacidade temporária de dona Celeste. “*A médica perita perguntou se eu tinha ido trabalhar com o tornozelo quebrado, porque aparecia a data de início lá. E eu não menti para ela, eu disse que não sabia que tinha quebrado, achava que tinha torcido*”. Recebendo o auxílio e aguardando o prazo para retirada do gesso, dona Celeste marcou consulta no posto de saúde próximo à sua casa a fim de realizar seus exames periódicos: “*fui fazer meus exames, que eu faço todo ano, e descobri que tinha câncer de mama*”. O diagnóstico de um câncer já em estágio avançado fez com que ela apresentasse quadro de depressão:

Aí eu comecei a tomar Fluoxetina.... fiz cirurgia para tirar o tumor, e passou um ano e o câncer voltou, e aí tiveram que tirar toda a mama, precisei fazer mastectomia. Então, eu fui fazer outra perícia e casualmente peguei o mesmo perito do tornozelo. Levei toda a papelada de novo e recebi auxílio-doença por uns meses, pedi prorrogação e foi a primeira vez agora que negaram. Eu não sou daquela pessoa que quer que sintam pena de mim, sabe? Mas eu já passei tanta coisa, tanto trabalho na vida. Eu tenho cinquenta e cinco anos e tenho todas essas doenças. Na última perícia eu fui, levei todos os atestados, a internação, tudo. Eu juntei muitos documentos, colocava tudo numa pastinha, tirava xerox. Eu não estava mentindo, não estava fingindo, antes eu era capaz para aquele trabalho, agora eu não sou. E a perita disse que eu poderia voltar. Estava tudo ali, o CID. Não sei mais o que eles queriam. Tem gente que se faz e consegue, tem gente que inventa coisa. Não posso reclamar, porque eles concederam nas vezes que eu fiz, mas depois que passou o período eu tive que voltar. Então eu pensei: em algum lugar vou ter que procurar ajuda, e como eu já conhecia a defensoria pelo meu marido, ele já tinha entrado por aqui e tinha conseguido o auxílio-doença, eu decidi vir.

A narrativa de dona Celeste segue a de muitas outras já apresentadas aqui sobre a frustração causada pela reunião de documentos que não foram decisivos para uma conclusão pericial favorável à concessão de benefícios. Ela destaca, da mesma forma, que não estava mentindo ou fingindo em relação à suas doenças, e que se anteriormente ela era capaz para o trabalho de auxiliar de serviços gerais, naquele momento ela já não era mais, e que poderia comprovar, por meio dos atestados e do CID, que estava incapacitada. Apesar de tudo isso, a médica perita que a avaliou considerou que ela poderia retornar ao trabalho, não restando

outra alternativa se não procurar ajuda na defensoria para resolver o impasse, o primeiro, uma vez que aquele era seu primeiro indeferimento.

Dona Dóris estava acompanhada por uma amiga no dia em que esteve pela primeira vez na DPU. No guichê de preenchimento do formulário socioeconômico, onde a conheci, dona Dóris quase não se manifestou, pois a amiga, já “assistida” da DPU, tomou para si a tarefa de responder as perguntas. Com a cabeça baixa, ela observava a pasta de plástico verde, onde estavam os documentos que havia trazido, enquanto a amiga explicava os motivos que as levavam a estar ali: *É assim, ela parou de receber o auxílio-doença. O período encerrou e ela não marcou perícia de novo, se perdeu nas datas. Ai, eu marquei perícia para ela no 135. Ela foi, mas negaram. Ela está vivendo com a renda do filho dela, que recebe o LOAS (Benefício assistencial), só que é um salário mínimo. Como eu consegui meu benefício aqui pela Defensoria, que eu estou recebendo agora meu auxílio-doença, eu disse: Dóris, tem que ir lá para resolver o teu caso também.*

Após as perguntas específicas sobre renda e os gastos, a estagiária pergunta: *Dona Dóris, a senhora tem algum familiar com algum tipo de deficiência, alguma questão de saúde específica? Sim*, responde a amiga acompanhante. *O Filho dela é cadeirante.* Então, dona Dóris intervém: *O Gustavo, sim. Meu único filho, tem vinte e três anos. Graças ao benefício dele nós estamos conseguindo pagar o aluguel. Só o aluguel é seiscentos reais, para comprar comida eu tento me virar, cuidado da filha da guria que eu ajudei a criar, a neta da minha ex-patroa. Mas eu tive que parar de ir porque eu quase não enxergo direito...*

Os atestados médicos de dona Dóris, do Hospital Banco de Olhos de Porto Alegre, indicam que ela possui um tipo de glaucoma, e que perdeu boa parte da visão do olho direito. Dentre os diversos documentos que ela trouxe, há um comprovante de internação hospitalar, que informa uma cirurgia neste mesmo olho, e outros atestados e receituários de uma clínica particular de oftalmologia, cujas consultas, segundo ela, teriam sido pagas pela ex-patroa. Após um período calada, dona Dóris diz: *sabe que eu acho que o pobre mesmo não ganha (o auxílio-doença). Tinha dias que eu chorava todos os dias, olhava para o meu filho e pensava que não poderia desistir porque ele precisa de mim.*

A narrativa de dona Dóris (e de sua amiga), foi registrada tal como segue:

A Srª Dóris compareceu a esta DPU a fim de obter assistência jurídica gratuita para o pleito em face do INSS, com a finalidade de ter RESTABELECIDO AUXÍLIO DOENÇA/APOSENTADORIA POR INVALIDEZ. A assistida é portadora de doenças classificadas pelo CID 10 como H40.1 Glaucoma primário de ângulo aberto, H17.8 Outras cicatrizes e opacidades da córnea, H54.1 Cegueira em

um olho e visão subnormal em outro, apresentando os seguintes sintomas: Pressão sobe e começa a doer os olhos. Faz uso dos seguintes medicamentos: Lumigan 1x/dia entre outras conforme em anexo.

A referida enfermidade lhe impede de exercer a atividade laborativa que vinha exercendo, que é a de faxineira, como comprovam os laudos médicos que ora se junta em anexo.

Por tal razão, postulou perante a Agência do INSS a concessão de auxílio-doença, sendo que em 09 de junho de 2015, o referido benefício lhe fora deferido. O Benefício foi cancelado sob o seguinte argumento:

(X) O REQUERENTE NÃO ESTÁ INCAPACITADO PARA O TRABALHO

Assim sendo, pretende a Assistida ver reconhecido o direito à concessão do benefício de auxílio-doença ou, caso considerada a sua incapacidade total e definitiva para o exercício de qualquer atividade, a concessão de aposentadoria por invalidez.

Diferente do PAJ de dona Celeste, não há um detalhamento dos sintomas que ela relatou ao estagiário, apenas o registro de que “a pressão sobe e começa a doer dos olhos”, neste caso, a pressão intraocular.

A trajetória de dona Dóris, assim como a de dona Celeste, também é marcada pela informalidade no que diz respeito aos contratos de trabalho. Dona Dóris tem cinquenta e sete anos e nasceu em um município do Rio Grande do Sul que faz fronteira com o Uruguai. Órfão de pai, ela foi entregue pela mãe com onze anos de idade para um casal, que, segundo ela, a mantinha como empregada doméstica da casa, e não como “filha de criação”. “Eu não podia estudar, tinha que fazer todo o serviço”, ela complementou. Nesta “casa de família” ela permaneceu até os vinte e dois anos, quando conheceu aquele que seria o pai de seu único filho, Gustavo. Ainda morando no interior e já grávida, ela precisou procurar um emprego, pois o casamento e a promessa de uma “vida boa” não se concretizaram, segundo ela, pois o marido “bebia muito” e as “traições” eram constantes. Como uma prima já havia se mudado para Porto Alegre e apresentado um cenário de múltiplas possibilidades de emprego em “casas de família”, dona Dóris decidiu vir para a cidade também, já no último mês de gravidez. Na capital, dividiu uma pequena casa de quatro cômodos com a prima, que trabalhava como empregada doméstica. Desconhecendo as possibilidades de realização de exames pré-natais, descobriu a deficiência do primeiro e único filho somente após o nascimento deste. As brigas constantes com a prima e o diagnóstico de que o filho seria paraplégico a levaram a procurar outro local para morar, mas para isto precisava de um emprego fixo, diferente das faxinas esporádicas que realizava. Foi então que conheceu sua

antiga patroa, a família e a casa onde permaneceria trabalhando até o crescimento de Gustavo e do casal de filhos dos patrões. “Ela me aceitou com o Gustavo pequeno e doente. Eu conheci essa minha patroa porque tinha feito faxina na casa de uma amiga dela, que me indicou. Ela queria alguém que morasse no serviço e eu fui. Ajudei a criar os filhos deles, os dois são médicos, sinto muito orgulho deles. E tem que ver, eles cuidam de mim como se fosse mãe, sabe? Ela diz, enquanto observa os quadros de formatura dos dois na parede da sala. “Essas consultas particulares com oftalmologista e até os colírios caros que eu preciso usar eles me dão. Eu sou de confiança até hoje, tanto que eu cuido da filha dessa guria que eu ajudei a criar de vez em quando. A mãe deles é madrinha do Gustavo”.

Quando Gustavo completou dez anos, dona Dóris alugou uma pequena casa em um bairro na zona norte da cidade, bastante afastado da casa dos patrões. Porém, o valor do aluguel compensava, apesar da dificuldade de acessibilidade para Gustavo, a quem precisava deslocar na cadeira de rodas até a Associação de Atendimento a Criança com Deficiência (AACD). O encaminhamento para esta instituição ocorreu no CRAS, onde dona Dóris também tomou conhecimento da possibilidade de Gustavo receber o benefício assistencial BPC. “Aí eu levei o Gustavo no INSS, ele fez a perícia e recebeu. É um salário mínimo, mas sem esse dinheiro a gente não vive, eu pago aluguel com ele. As faxinas que eu faço é pra comida”.

Apesar de ser “considerada de confiança da família”, dona Dóris disse que sua carteira de trabalho foi assinada somente após a primeira vez em que precisou ficar afastada das atividades domésticas por conta das manifestações iniciais do glaucoma. “Eu sentia muita dor de cabeça, chegava a chorar. Nada passava. Achei que era AVC. E aí essa minha patroa começou a pagar o INSS, porque eu não pude trabalhar uma semana, e ela continuou pagando meu salário.” Certa vez, ela ajeitava a cadeira de rodas do filho em frente a casa, quando sentiu uma forte dor de cabeça e desmaiou.

Eu não lembro de nada, caí e acordei só no hospital. O Gustavo lembra de tudo. Os vizinhos vieram correndo, me colocaram no sofá e chamaram a SAMU. Disseram que meu olho tinha saído para fora, já viu uma coisa dessas? Me disseram que estava todo o “globo” do olho para fora assim, que na volta parecia uma esponja, tinha uma gordura parece. Quando eu cheguei no hospital Banco de Olhos eu não enxergava nada, fiquei uma semana sem enxergar e pedia a Deus para não me deixar cega por causa do Gustavo. Fiz cirurgia no olho e voltei a ver, mas bem pouco nesse olho. Então imagina o sufoco. E aí eu marquei perícia no INSS e ganhei o auxílio-doença. O médico

olhou os atestados, viu que eu não estava mentindo. Eu levo essa pasta com os documentos em tudo que é lugar.

Segundo dona Dóris, tão logo ela se recuperou da cirurgia e cessado o auxílio-doença ela retornou ao trabalho. No entanto, a visão “meio embaçada” e as dores de cabeça ainda eram constantes. Foi então que solicitou prorrogação do benefício, cujo pedido foi indeferido na última perícia médica que realizou, conforme indica o registro em seu PAJ.

O médico do INSS deve ter pensado que eu não queria trabalhar, ele não disse isso, mas deve ter pensado. O pobre sempre leva fama de mentir ou de querer “passar a perna”. Eu até falei para ele que quase não consegui seguir o tratamento, porque os colírios que o oftalmologista receitou eram caros, mas o filho da minha patroa conseguiu com um colega dele umas amostras grátis e me enviou pelo correio. Ele mora em Santa Catarina agora. Até já está acabando...Eu fui na farmácia do Estado, mas preciso de um atestado atual para abrir o processo. No posto vai demorar, então vou esperar a filha da minha antiga patroa pagar a consulta particular. Eu sei que eu não deveria, porque não enxergo direito, mas eu fico de babá da guriazinha dela as vezes, ela me ajuda muito e sem o auxílio-doença a gente precisa se virar.

Em diversas narrativas em relação ao exame pericial em si e ao processo de solicitação de benefícios havia uma ênfase no que seria uma presunção de desconfiança por parte dos médicos peritos e do próprio INSS. Conforme destacou dona Dóris, o médico “não falou, mas provavelmente deve ter pensado”. A esta desconfiança das pessoas em relação a suposta desconfiança dos médicos a respeito da veracidade de suas solicitações associa-se a “mentira”, como uma categoria de acusação moral, conforme já abordado no capítulo dois. Aqui, ela seria dirigida ao pobre, que “leva fama de mentir”. No entanto, é importante retomar esta discussão aqui, pois tanto dona Celeste quanto dona Dóris, apesar de já terem recebido auxílio-doença anteriormente, enfatizaram em suas falas que “não estavam mentindo” a respeito de suas doenças (vistas por elas como incapacitantes) para manter o benefício. “Verdade” e “mentira” também surgem nas narrativas como elementos de avaliação moral em relação a outros casos, como atributos cuja avaliação seria imprecisa por parte dos médicos peritos, tendo em vista que “pessoas inventam e recebem auxílio-doença”, como na fala de dona Celeste, “pessoas mentem e ganham o BPC”, ao passo que outras “falam a verdade” e não conseguem.

Dona Dóris fez questão de enfatizar que quando o médico concedeu a primeira vez o auxílio-doença, ele o fez porque teria constatado que ela não “estava mentindo” por meio dos

atestados levados no dia da perícia, que indicavam seu diagnóstico e a internação hospitalar para realização de cirurgia em um dos olhos. Porém, no processo que pode levar ou não à concessão de benefícios pelo INSS os documentos por si só não bastam. Por si só, eles não comprovam a existência da incapacidade e não garantem, portanto, a concessão dos benefícios, conforme sublinham os médicos peritos.

Os dois casos aqui apresentados, representativos da conversão em causas jurídicas na Defensoria, compartilham não apenas o pedido de prorrogação, mas também narrativas sobre doenças associadas à profissão de empregada doméstica e mesmo aos trabalhos eventuais como diarista, atividades que, segundo elas, exerceram sem o registro na carteira de trabalho⁶³. Na avaliação dos médicos que realizaram o exame em dona Dóris e dona Celeste, elas haviam recuperado a capacidade para o trabalho, apesar dos documentos que detinham o valor da “verdade”, como analisado no capítulo acerca da importância destes como meio de prova, e também de controvérsias. As duas compartilham, da mesma forma, o indeferimento ao reestabelecimento do auxílio-doença também na via judicial, pois as sentenças dos juízes que analisaram suas causa seguiram os pareceres dos médicos peritos judiciais, que concluíram que elas não apresentavam incapacidade para o trabalho.

5.5 Dos Processos de Assistência Jurídica (PAJs) à Justiça Federal – ou, da DPU à sentença final

Seguindo a trajetória dos casos em que o INSS se torna réu, ou a conversão destes em processos judiciais propriamente ditos, tem-se como último percurso o julgamento, a sentença final do juiz no âmbito da Justiça Federal. Nesta fase, o processo judicial, para além do PAJ na DPU, adquire um número de registro e um código para acesso eletrônico. É nesta fase, também, que os procuradores do INSS farão a defesa da autarquia e o perito médico judicial será designado pelo juiz para se pronunciar sob a existência (ou não) de incapacidade para o trabalho da parte autora.

⁶³ Como dispõe a Lei Complementar nº 150 de junho de 2015, que dispõe sobre o contrato de trabalho doméstico: “Art. 20. O empregado doméstico é segurado obrigatório da Previdência Social, sendo-lhe devidas, na forma da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, as prestações nela arroladas, atendido o disposto nesta Lei e observadas as características especiais do trabalho doméstico” (Brasil, 2015).

Assim que os Defensores tomam conhecimento do caso após a instauração do PAJ e através do registro efetuado pelos estagiários, eles iniciam, então, a produção do documento inicial do processo, onde expõem ao juiz as razões que justificam a concessão, seja de benefícios previdenciários, sobretudo os relacionados à incapacidade, como auxílio-doença ou aposentadoria por invalidez, seja de benefícios assistenciais, como o BPC. Todos os atestados médicos apresentados na abertura do PAJ também são anexados ao processo da Justiça Federal, bem como as cartas de indeferimento e de concessão, caso o pedido seja de prorrogação do auxílio-doença.

Seu Sérgio é um senhor de sessenta e dois anos, negro, que trabalhava como pedreiro até solicitar auxílio-doença, benefício este que lhe foi concedido pelo período em que esteve em tratamento por alcoolismo. Passado o período de concessão, seu Sérgio solicitou prorrogação do auxílio, sendo este negado após a realização da perícia médica, que não constatou a existência de incapacidade para o trabalho. No dia em que foi atendido na DPU, em uma gelada manhã de inverno, seu Sérgio calçava chinelos e vestia apenas um agasalho. Quando sua senha foi acionada, uma das primeiras, ele se dirigiu ao guichê com a cabeça baixa, carregando apenas uma pequena sacola plástica onde estavam seus documentos.

– Bom dia. O senhor é o Sérgio?

– Eu mesmo.

– Pode sentar, seu Sérgio. O senhor pode me passar sua carteira de identidade, por favor, para iniciarmos o atendimento? Disse a estagiária, sorrindo. Ele retribuiu o gesto e, também sorrindo, nos desejou bom dia.

Seu Sérgio se deslocou de Viamão, município localizado na região metropolitana de Porto Alegre, onde reside com a irmã, até a DPU. Ao contrário de muitos atendimentos que acompanhei, onde a narrativa a respeito das doenças era bastante extensa havendo uma associação entre estas e a (falta de) renda, seu Sérgio permaneceu boa parte do tempo calado, respondendo apenas o que a estagiária perguntava e de uma forma muito objetiva.

– Qual é a sua renda bruta, seu Sérgio?

– Não tenho renda. Estou desempregado.

– E como o senhor faz para manter seus gastos?

– *Eu dependo da ajuda dos meus irmãos, dos meus primos.*

Os atestados e receituários apresentados por seu Sérgio, assinados por médicos psiquiatras, indicavam que ele esteve internado em um hospital público do município de Viamão pelo período de um mês. Segundo constam nos atestados, o motivo da internação teria sido *devido à patologia CID 10 – F10.0*, identificada como transtornos mentais e comportamentais associadas ao uso de álcool – *dependência aguda*. Entre os documentos levados por ele naquele dia também estavam declarações de um dos Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS) de Viamão, assinados por psicólogos e assistentes sociais, que destacavam sua participação em grupos de apoio para alcoólatras e dependentes químicos, e os medicamentos que ele estava usando durante o tratamento. Desta vez, o CID foi como classificado como *F10.2* – ao invés de dependência aguda (10.0) associada a transtornos devido ao uso do álcool, este indicava, agora, *síndrome da dependência*.

É interessante se destacar, da mesma forma, o percurso institucional do caso de seu Sérgio antes mesmo deste ser judicializado e se tornar uma causa, tal como ocorre com tantos outros. Seguindo a trajetória através dos documentos que ele apresentou na DPU – ou a “biografia dos documentos” (Fonseca e Scalco, 2015) que também passaram a fazer parte de seu processo na Justiça Federal, percebe-se que houve o envolvimento de diversos profissionais vinculados à hospitais públicos, Unidades Básicas de Saúde (UBS), CRAS, o próprio CAPS, na análise, qualificação e construção do caso enquanto um problema a ser tratado e remediado, no sentido estrito do termo. Alexandre Zarias (2003), em sua análise antropológica sobre processos de interdição civil, destacou que o interditando concentraria vários discursos em torno de si: o familiar, o legal e o médico (p.60). Ele reuniria, neste sentido, diferentes instituições num momento único e particular (Zarias, 2003). O caso de seu Sérgio também ilustra bem esse encontro entre instituições, cujo alvo não é a interdição, mas a demonstração de uma doença incapacitante.

Desta forma, o alcoolismo, assim qualificado, se torna, então, um problema social, de saúde mental, comportamental, e que acarreta incapacidade para o trabalho, exigindo uma abordagem multidisciplinar, portanto. Um dos documentos que seu Sérgio carregava a respeito de seu caso representava de forma paradigmática isso. Tratava-se da Folha de Evolução, um registro efetuado por profissionais do CAPS que detalhava, como o nome sugere, a “evolução” do paciente durante o tratamento terapêutico. Este documento consiste em uma folha pautada com espaços para se inserir o nome do usuário, número do cartão do SUS e “evolução” propriamente dita deste durante o tratamento. A folha de evolução de seu

Sérgio continha o carimbo e a assinatura de psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionais, educadores físicos, técnicos de enfermagem, assistentes sociais e redutores de danos.

Em um destes documentos, além da narrativa de seu Sérgio, também havia o registro do que foi dito por sua irmã a respeito da situação. Segundo o registro, teria partido dela a busca por informações sobre o auxílio-doença para seu Sérgio, que foram repassadas por uma terapeuta ocupacional:

A irmã, Sueli, questiona sobre o auxílio-doença. Explico o funcionamento e oriento que ligue para o INSS.

Seu Sérgio encaminhou, então, o pedido de auxílio, passando pela avaliação da perícia médica. O parecer do médico perito foi favorável à concessão pelo período de dois meses. Logo que este período foi encerrado e o benefício suspenso, ele solicitou Pedido de Prorrogação (PP), passando novamente pela perícia médica. Desta vez, o pedido foi indeferido. No comunicado de decisão que recebeu após o exame havia a seguinte descrição:

Assunto: Pedido de Prorrogação

Decisão: Indeferimento do Pedido

Motivo: Inexistência de Incapacidade Laborativa

Fundamentação Legal: Art. 59 da Lei nº 8.213, de 24/07/1991, Art. 71 do Decreto nº 3.048, de 06/05/1999; Portaria Ministerial 359 de 31/08/2006

Após este indeferimento, seu Sérgio solicitou Pedido de Reconsideração (PR) da decisão, passando por outra avaliação pericial. A decisão do médico perito não alterou a anterior, e novamente não houve a constatação de incapacidade laborativa. Foi então que ele procurou a Defensoria. Tal como nos casos de dona Celeste e dona Dóris apresentada há algumas páginas atrás, no Processo de Assistência jurídica (PAJ) de seu Sérgio na DPU também há o registro dos medicamentos utilizados por ele e do número do CID, já destacado aqui. O que chama atenção, no entanto, é o conteúdo e o peso moral que o caso adquiriu durante o registro final do PAJ:

O assistido está desempregado e conta com a caridade de parentes e amigos, na atualidade mora de favor. Importante salientar que o mesmo está ciente de sua patologia e vem a recorrer a este Órgão no intuito de ter seu quadro clínico reestabelecido e revertido. O Sr. Sérgio está fazendo todo o tratamento necessário para atingir seu objetivo e, diante dessa situação, requer o reestabelecimento do benefício já concedido em tempo.

Por tratar-se de um pedido de prorrogação do auxílio-doença negado, cuja incapacidade para o trabalho estaria relacionada ao alcoolismo, houve uma tentativa de demonstrar o esforço do solicitante em *reverter o seu quadro clínico*, tendo em vista que ele estaria realizando todo o *tratamento necessário para atingir este objetivo*. A ênfase dada a essa "busca pela cura" ou, mais precisamente, a reversão do quadro clínico, tem a intenção de diminuir o possível peso moral da (auto) responsabilidade que comumente se atribui aqueles que são classificados como alcoólatras no que tange ao uso (e abuso) de bebidas alcoólicas. Esse recurso argumentativo também visa desconstruir as imagens associadas à dependência e ao vício, que seriam moralmente duvidosas. Ao mesmo tempo, essa responsabilidade não é negada ou anulada na composição do caso enquanto processo de assistência jurídica, e a frase "*o assistido está ciente de sua patologia*" busca demonstrar isto – que o "assistido" não seria uma vítima passiva de sua *patologia* (o alcoolismo), mas alguém que a reconhece e busca superá-la.

O recurso a argumentos morais permeou a construção do caso de seu Sérgio desde a DPU até a Justiça Federal. Aqui, a questão que vai do convencimento ao julgamento⁶⁴ não ocorre mais entre médicos peritos e os "requerentes" ou "periciados", ou seja, entre aqueles que necessitam passar pelo exame pericial em sua busca por benefícios, mas entre o Defensor Público Federal e o Juiz responsável pela análise do caso. Neste sentido, o defensor busca não apenas demonstrar ao juiz os possíveis erros do INSS (representado pelos médicos peritos) que acarretaram a possível violação de um direito, mas, sobretudo, convencer o juiz sobre necessidade da concessão ou prorrogação (imediata) do benefício solicitado.

O documento inicial do Processo na Justiça Federal, produzido pelo Defensor de seu Sérgio, apresenta, para além do pedido de reestabelecimento do auxílio-doença, suspenso pela não constatação de incapacidade laborativa após a realização de perícia médica, o pedido de tutela antecipada ao juiz, tal como em outros já destacados neste capítulo. Seguindo o conteúdo do PAJ de seu Sérgio, o Defensor expôs da seguinte forma a situação de seu "assistido", agora não mais designado desta forma no Processo, mas como "autor da causa":

Segundo se extrai dos laudos e atestados médicos acostados a esta inicial, evidencia-se que o autor é portador de grave mazela, descrita no Código Internacional de Doenças (CID) sob o número:

⁶⁴ Já tratada em sessão específica no capítulo dois, numa tentativa de dar conta da relação entre médicos peritos (que julgam a existência ou não de incapacidade para o trabalho) e "periciados" (pessoas que passam pela perícia e que buscam convencer o perito da necessidade da concessão).

F 10.2 – Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool – síndrome de dependência.

Faz uso dos seguintes medicamentos: Amitriptilina, 25mg e Carbamazepina, 200mg. A referida enfermidade lhe impede de exercer a atividade laborativa que vinha exercendo, que é a de Pedreiro, com CTPS assinada, como comprovam os laudos médicos em anexo.

O primeiro passo para a autotransformação do indivíduo é a aceitação, aceitação de que existe algo em si em desconformidade com os objetivos almejados. Após, age-se de maneira que, através da auto-observação e dos cuidados necessários, possa ocorrer a transmutação das atitudes indolentes.

A acumulação dos efeitos tóxicos derivados do abuso crônico de álcool provoca problemas médicos e psiquiátricos. O autor da presente causa está ciente de sua doença, tendo em vista que busca tratamento para curá-la. Entretanto, a abstinência do álcool pode provocar problemas de saúde, e a sua desintoxicação deve ser cuidadosamente acompanhada. Portanto, o restabelecimento do referido benefício é importante para o autor, visto que é carente financeiramente, para que possa focar a sua atenção apenas em sua doença, com a intenção de transmutá-la e, partindo de um novo quadro clínico, retornar às atividades laborativas.

Os dois últimos parágrafos foram destacados para demonstrar este que parece ser o argumento central no Processo de seu Sérgio, segundo o Defensor. Novamente, há um apelo moral ao fato de que o “autor da causa” está ciente de sua doença e encontra-se em tratamento. A questão da autotransformação e da aceitação também são interessantes de se destacar neste argumento, pois demonstram o papel, reconhecido pelo Defensor, que a própria pessoa deve desempenhar na busca pela cura de sua doença, sobretudo esta, classificada, segundo o CID, como distúrbios comportamentais e mentais associadas ao uso de álcool. A (auto)transformação aparece como diretamente relacionada à aceitação de que existe “algo em desconformidade com os objetivos almejados”, conforme sustenta o Defensor. Estes objetivos seriam o retorno ao trabalho e o desempenho regular de suas atividades. O benefício pleiteado (e que fora negado) surge, então, como meio através do qual o tratamento se torna ainda mais possível, tendo em vista que a atenção do autor estará voltada apenas para sua doença na tentativa de curá-la (ou “transmutá-la”, seguindo termo utilizado pelo Defensor) para que este possa, então, retornar às suas atividades.

Como forma de demonstrar que o “autor da causa” preenche os requisitos legais para concessão do benefício solicitado, o Defensor passa a descrever as leis que regulam e normatizam os benefícios por incapacidade da Previdência Social. Da mesma forma, destaca a fundamentação legal relacionada a “qualidade de segurado”, que trata da contribuição mínima exigida para solicitação de benefícios junto ao INSS. Após diversas citações de artigos de leis, ele conclui que a única etapa que se mostrou contrária ao restabelecimento do auxílio foi o

parecer da perícia médica, que não constatou a existência de incapacidade para o trabalho. E solicita, então, a realização de “perícia médica por profissional de confiança” do juiz. No entanto, ainda que apareça como pedido feito pelo Defensor dentro do processo, a perícia judicial, realizada por médicos peritos que não possuem vínculo com o INSS, é uma das etapas obrigatórias e exigidas pelo juiz para análise do *caso* quando este chega à Justiça Federal e passa a se constituir em uma *causa* judicial. O parecer do perito judicial será transcrito adiante.

Cabe destacar, igualmente, o pedido liminar de antecipação de tutela feito pelo Defensor ao juiz através do seguinte argumento:

*O periculum in mora*⁶⁵ demonstra-se no efetivo risco que pode advir na demora ainda maior no reconhecimento do possível direito e na obtenção da prestação jurisdicional, merecendo especial referência ao fato da parte autora permanecer sem prestação pecuniária alguma por tempo indeterminado, aguardando decisão de mérito na presente ação, em virtude de medida equivocada da autarquia que indeferiu o benefício sem ter a demandante condições de exercer atividade laborativa.

Conforme já destacado, este pedido visa a concessão imediata do benefício através da análise antecipada do mérito por parte do juiz responsável pela sentença, e foi solicitado em muitos outros casos e processos que tive contato na Defensoria. A demonstração de urgência estaria relacionada, segundo o Defensor, ao fato de seu Sérgio “permanecer sem prestação pecuniária alguma por tempo indeterminado” enquanto aguardava decisão judicial. Isto justificaria o restabelecimento imediato do auxílio-doença, tendo em vista que o demandante não se encontraria em condições de retornar ao trabalho, ao contrário do que teria sido determinado, de “forma equivocada”, pela autarquia ao indeferir o benefício.

Tendo sido expostas todas as justificativas em relação aos pedidos, o Defensor destaca, já finalizando o documento, que

Protesta por todos os meios de prova em direito admitidos, notadamente documental, testemunhal e pericial, apresentando, desde já, os quesitos, em anexo, tendo em vista as enfermidades apresentadas pela parte autora.

Na composição da prova da incapacidade de seu Sérgio, todos os documentos que ele levou a Defensoria foram anexados ao processo, incluindo os atendimentos realizados nas instituições de saúde e assistência social do município de Viamão.

⁶⁵ Destaque do termo em latim mantido do original.

Após esta fase inicial, em que o Defensor apresenta os argumentos que considera relevantes e busca embasar a legitimidade da causa, há a designação do perito judicial no processo, cujo laudo produzido se tornará uma das peças principais do processo. No caso de seu Sérgio, o juiz determinou que este passasse pela avaliação de um psiquiatra, selecionado entre os médicos peritos cadastrados na Justiça Federal. Após elencar uma série de quesitos em um laudo padronizado, tais como dados pessoais, motivo alegado da incapacidade, as provas documentais levadas, diagnóstico e CID, o perito concluiu que:

Há elementos que permitam concluir, com razoável grau de confiabilidade, acerca de eventual incapacidade pretérita (elementos de convicção: história natural da doença, evolução clínica, provas documentais e documentos médicos, exame do estado mental atual e depoimento do examinado).

Não há atualmente elementos de convicção com base em provas documentais e no exame do estado mental atual para a conclusão de incapacidade por patologia psiquiátrica.

É oportuno salientar que não se caracteriza afronta à dignidade humana o estabelecimento legal de critérios médicos para concessão de benefícios. Neste caso, há ausência de incapacidade por patologia psiquiátrica e a atividade produtiva é fundamental para a manutenção da saúde psíquica do indivíduo.

Aqui, o perito judicial reconheceu, em parte, a incapacidade de seu Sérgio – esta incapacidade seria “pretérita”, e não “atual”. O juiz seguiu esta avaliação em sua sentença e, após citar o trecho do laudo pericial aqui apresentado, concluiu que:

Entendo que o autor faz jus à concessão do benefício de auxílio-doença de 14/02/2014 a 30/09/2014.

No entanto, não é a decisão judicial em si que parece informada, na prática, por determinadas moralidades, porque, como destacou a juíza em entrevista, estas decisões levam em consideração o laudo do médico perito judicial. No caso do laudo de seu Sérgio, um aconselhamento (moral) foi explicitado ao final da conclusão: “a atividade produtiva é fundamental para a manutenção da saúde psíquica do indivíduo”. Neste sentido, se seu Sérgio desejava reestabelecer (e manter) seu quadro de saúde, conforme sustentado pelo defensor no processo, ele deveria seguir em atividade, e não afastado do trabalho recebendo auxílio-doença. E, no momento atual, ele não estaria incapaz de exercer sua atividade como pedreiro, por isso o benefício foi reestabelecido apenas nos meses em que ele se encontrava em tratamento por alcoolismo, conforme os documentos apresentados no momento do exame indicavam.

5.6 Em busca de jurisprudência

Muito embora os “assistidos” sejam identificados e reconhecidos por suas demandas particulares, a recorrência de determinados casos envolvendo o INSS acaba levando a um processo de uniformização e desingularização destes para produção de uma causa jurídica, seja durante as fases do atendimento inicial ou mesmo nas fases posteriores, conforme abordado na sessão anterior.

No entanto, e apesar do tratamento padronizado e procedimental, em muito relatos que acompanhei no setor de atendimento ao público havia uma reivindicação de singularidade e especificidade por parte das pessoas durante a apresentação de seus casos. O ponto de semelhança em relação a outros, e o que se tornava recorrente nas narrativas, era uma ênfase em relação sofrimento causado pela falta ou necessidade do benefício pleiteado. E deste sofrimento narrado e, em muitas situações, também exposto, se enfatizava a *biolegitimidade* (Fassin, 2003) da causa. No entanto, o apelo à particularidade sugere, mais ainda, uma reivindicação de jurisprudência⁶⁶, uma busca por algo que possa justificar uma mudança na lei, mudança esta que contemple as situações particulares não previstas por ela, como os que seguem abaixo:

Uma senhora procurou a Defensoria a fim de que sua mãe, aposentada por idade e portadora de Alzheimer, recebesse o adicional de vinte e cinco por cento no valor de sua aposentadoria. A solicitação do reajuste em si não traria diferencial algum em relação às demais solicitações recebidas na instituição, não fosse o fato de que este adicional está previsto em lei apenas para os casos em que a aposentadoria ocorre por invalidez, e apenas naqueles onde há comprovação da necessidade de um cuidador. Assim, a Lei 8.213 instituída em 1991 e que dispõe sobre os benefícios da Previdência Social, prevê:

⁶⁶ “A única coisa que existe é a jurisprudência. Portanto, é lutar pela jurisprudência” disse Gilles Deleuze ao falar sobre os Direitos Humanos no conjunto de entrevistas que compõe o documentário *Abecedário de Gilles Deleuze*. Segundo ele: *a justiça não existe! Direitos Humanos não existem! O que importa é a jurisprudência. Esta é a invenção do Direito. Trata-se de criar, não de se fazer aplicar os Direitos Humanos. Trata-se de inventar as jurisprudências em que, para cada caso, tal coisa não será mais possível.*

Art. 45. O valor da aposentadoria por invalidez do segurado que necessitar da assistência permanente de outra pessoa será acrescido de 25% (vinte e cinco por cento)⁶⁷.

Eu estou aqui para solicitar o reajuste de vinte e cinco por cento para minha mãe, me disseram que era só na justiça que se conseguia. Ela tem Alzheimer e eu tive que parar de trabalhar para cuidar dela. Eu fui no INSS e eles disseram que o reajuste era só para aposentados por invalidez, para as pessoas que cuidam delas, e a minha mãe é aposentada por idade, como que fica no caso dela? Eu sou a pessoa que cuida dela, ela depende de mim, não tem discernimento de nada. Nós vivemos com o dinheiro da aposentadoria dela, precisamos desse adicional. Eu dou banho, troco fraldas, faço tudo, então eu acho que também temos direito. Ela era uma pessoa normal quando se aposentou, a doença veio depois, isso não tem como prever. A minha mãe era forte, a gente nunca imaginou que ela fosse envelhecer desse jeito. Eu só tenho um irmão e ele não mora aqui, mora em outro Estado. Quando ela começou a ter os primeiros sintomas, eu larguei tudo para cuidar dela, eu trabalhava numa loja fazia muitos anos. Vocês acreditam que eu preciso lembrar ela até de comer, de tomar água, coisas assim? Essa doença é muito triste... Ela pergunta de uma irmã dela que já morreu há anos, eu tenho quase certeza que ela acha que sou a mãe dela, porque além de perguntar dos irmãos que já morreram, ela me trata como se eu fosse mãe dela, sabe? Deve ser porque eu estou sempre na volta, cuidando, dando banho. Então, eu acho que essa lei aí não está certa. E se a pessoa precisa de outra para cuidar dela, como foi o caso da minha mãe, não pode porque ela não era doente ou uma inválida quando se aposentou?

Outro caso igualmente significativo foi o de uma mulher que procurou a Defensoria com o objetivo de ter reconhecido seu direito ao benefício assistencial. Carregando uma sacola plástica lilás, ela vestia uma espécie de túnica branca e usava um boné vermelho. Antes de se dirigir ao guichê de triagem que anunciou sua senha, ela se dirigiu, primeiramente, ao guichê da frente, onde lhe fora indicado o correto. Tentando se comunicar com bastante dificuldade, ela pergunta: *É aqui? Estou perdida, menina. Não entendo isso. É aqui mesmo*, eu respondo. As mãos trêmulas e os dedos repletos de anéis, cujas as unhas ainda mantinham resquícios de um esmalte vermelho, tentavam segurar firmemente o papel que lhe fora dado na recepção com o número da senha. A sacola estava apoiada em um dos pulsos. Ao entregar

⁶⁷ O decreto nº 3.048 de 1999, que promulga o Regulamento da Previdência Social incluiu ao artigo 45 um anexo, onde constam a relação das situações em que o aposentado por invalidez terá direito ao reajuste de vinte e cinco por cento. São elas: cegueira total; perda de nove dedos das mãos ou superior a esta; paralisia dos dois membros superiores ou inferiores; perda dos membros inferiores, acima dos pés, quando a prótese for impossível; perda de uma das mãos e de dois pés, ainda que a prótese seja possível; perda de um membro superior e outro inferior, quando a prótese for impossível; alteração das faculdades mentais com grave perturbação da vida orgânica e social; doença que exija permanência contínua no leito e incapacidade permanente para as atividades da vida diária (BRASIL, 1999).

o papel onde constavam o número de sua senha, seu nome e a pretensão de atendimento, percebemos que o caso envolvia pedido de Benefício de Prestação Continuada. Abaixo da senha estava escrito a caneta: “BPC/LOAS”.

Segundo consta no site do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome (MDS), responsável pela administração do benefício:

O BPC é devido à pessoa idosa, com 65 (sessenta e cinco) anos ou mais, e à pessoa com deficiência, de qualquer idade, que comprove renda per capita mensal da família inferior a $\frac{1}{4}$ (um quarto) do salário mínimo. As pessoas com deficiência também precisam passar por avaliação médica e social realizadas por profissionais do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS).

-Dona Elza? Pergunta a supervisora do atendimento, naquele dia uma das responsáveis pela triagem. Eu, ela diz. Tudo bem? Pode sentar.

-O que trouxe a senhora aqui hoje, dona Elza?

- Eu vim atrás do “LOAS” que me negaram lá no “INPS”.

-A senhora tem algum documento onde diz que eles não vão dar o benefício para a senhora?

-Acho que tenho, só um pouquinho.

Dona Elza é uma senhora negra, de aparência debilitada. Ao revirar a sacola em busca de documentos, ela foi deixando diversas cartelas de medicamentos controlados sobre a mesa, alguns ainda permaneciam em suas caixas completamente amassadas, como um cuja composição era cloridrato de biperideno, e outros mantinham visíveis a indicação do controle através da tarja preta. Sua dificuldade de fala não era causada pela ausência de boa parte dos dentes. Logo percebo que a fala enrolada e pouco compreensível, assim como a tremedeira constante nas mãos, possivelmente seriam efeitos colaterais destes medicamentos. *Eu tomo essa sacola de remédios todos os dias. Até me perco, tem muitos aqui... E no que a senhora trabalha? Eu pergunto. O que? Ela diz. A senhora faz o quê? Interfere a supervisora. Ah, eu sou diarista, faço faxina... Quando eu consigo uma faxina eu até faço, mas tomando esse monte de remédios fica difícil... Eu fui no “INPS” e disseram que não posso receber esse “LOAS” aí porque eu não tenho sessenta e cinco anos e não sou doente, mas por que eu não posso? Eu tenho sessenta anos já! Tomando esse monte de remédio para a cabeça, cheia de problema, claro que eu sou doente. Não posso trabalhar nesse estado, aí eu fico dependendo dos outros, passando necessidade.* Juntamente com os medicamentos, ela dispôs diversos

atestados e receitas médicas na mesa. *Pode olhar aqui (os atestados), uma mulher velha e doente e eles vem dizer que não posso receber. Mas quem disse isso para a senhora?* Pergunta a supervisora. *Lá no “INPS” mesmo, quando eu disse que queria fazer o exame (perícia médica). Disseram que não tenho direito, não teve conversa.*

Seu Olavo buscou ajuda na Defensoria para resolver a situação da suspensão de seu auxílio-doença. Seu Olavo é um senhor na faixa dos cinquenta anos, desempregado, morador de um albergue mantido pela prefeitura Porto Alegre, que trabalhou como vigilante em uma empresa de segurança privada até ficar “doente da coluna”. Já tendo recebido auxílio-doença uma vez durante o período em que trabalhou com “carteira assinada”, ele pleiteava novamente o benefício após a descoberta recente, segundo ele, de uma “osteoporose na coluna”:

A primeira vez que eu fiz perícia eu ganhei auxílio-doença. Depois eu tive alta, a perita disse que já tinha condições de voltar e eu voltei, já não estava mais trabalhando na empresa, consegui uma vaguinha numa obra. Aí eu fiz outra perícia. Naquela época eu achava que não era tão grave o problema, tanto que na primeira semana eu até fui, mas na segunda eu não conseguia levantar a pá. Porque dor na coluna é pior do que dor de dente e dor de cabeça, que tu vai lá toma um remédio e passa. A coluna não, a gente sofre mais porque ela nos sustenta. E lá no albergue onde to parando, aquele lugar não é muito apropriado para uma pessoa doente como eu, mas não tenho condições de ficar perambulando por aí. Se eu conseguisse um aluguel social... mas a nossa situação social já está terrível e pelo jeito não vai mudar tão cedo... proposta de trabalho eu até tenho, mas como eu vou assumir compromisso? Não consigo parar em serviço, é muita dor. Não consigo ficar em pé e nem sentado muito tempo. Agora estou aguardando para fazer a cirurgia pelo SUS, não sei como vai ser a recuperação, ainda mais que não tenho uma casa. É tudo muito difícil... eu preciso resolver essa situação, porque eu quero trabalhar, mas como fica agora? Estão dizendo aí que não tenho direito...

Em sua carta de indeferimento do INSS a justificativa não estava no não reconhecimento da incapacidade por parte do médico perito, mas na constatação de que o diagnóstico de osteoporose seria anterior ao período de contribuição à Previdência. Isto porque, segundo a Lei 8.213 de 1991, que rege os Benefícios da Previdência Social,

Parágrafo único. Não será devido auxílio-doença ao segurado que se filiar ao Regime Geral de Previdência Social já portador da doença ou da lesão invocada como causa para o benefício, salvo quando a incapacidade sobrevier por motivo de progressão ou agravamento dessa doença ou lesão (Brasil, 1991).

Outro caso emblemático de reivindicação de jurisprudência foi de uma senhora que chegou até a Defensoria representando o filho, cuja aposentadoria por invalidez havia sido suspensa após o não comparecimento para realização da perícia médica. *O meu filho tem HIV...tem muitas complicações, tem infecção fortíssima na urina, sabe? Parece que apodreceu por dentro. Essa doença é muito triste... ele está numa cama agora, mal consegue levantar. Eu trouxe todos os atestados aqui, tem os códigos todos, porque eu não gosto de mentira. Eu ganho mil “cruzeiros” de pensão do meu marido e preciso cuidar desse filho ainda, e só isso não dá pra nada. Nós recebemos uma carta do INSS falando que ele precisava fazer a perícia de novo, mas ele já estava aposentado. O coitado já está no fim da vida, não caminha mais... não teve como ir fazer e não entendo porque cancelaram a aposentadoria dele, o mínimo que podem fazer com uma pessoa como ele é deixar como está...Quantos ele tem?* Eu perguntei. *Quarenta e dois anos, minha filha. Ele trabalhava como vigilante, era bem de saúde, tem uma filha adolescente para sustentar ainda.* Neste momento, ela baixou a cabeça, levou uma das mãos sobre olhos e chorou. *Desculpa, é que só de lembrar de como ele era antes de adoecer...Eu só quero resolver isso, antes que não dê mais tempo...*

Segundo dispõe o artigo 46 do Decreto 3.040, implementado em 1999,

O segurado aposentado por invalidez está obrigado, a qualquer tempo, sem prejuízo do disposto no parágrafo único e independentemente de sua idade e sob pena de suspensão do benefício, a submeter-se a exame médico a cargo da previdência social, processo de reabilitação profissional por ela prescrito e custeado e tratamento dispensado gratuitamente, exceto o cirúrgico e a transfusão de sangue, que são facultativos.

Parágrafo único. Observado o disposto no **caput**, o aposentado por invalidez fica obrigado, sob pena de sustação do pagamento do benefício, a submeter-se a exames médico-periciais, a realizarem-se bianualmente (Brasil, 1999).

Seguindo, pois, o caminho que conduz à judicialização em busca de auxílio jurídico (ou ajuda) para resolver seus litígios contra o Estado, representado pelo INSS, muitas pessoas estão, também, em busca de jurisprudência. Para além do que poderia ser definido como certo desconhecimento em relação às Leis ou das etapas administrativas a serem seguidas e preenchidas e dos critérios de elegibilidade, os casos apresentados aqui sugerem não apenas um pedido de alteração normativa que possa abarcar o seu caso específico, não previsto no texto legal, mas também um reconhecimento daquilo que se percebe como um direito.

Em relação ao primeiro caso apresentado nesta sessão, sobre o pedido de adicional de vinte e cinco por cento no valor da aposentadoria por idade, já existem casos de jurisprudência, por exemplo. Nos demais, e em todos conjuntamente, seja no não reconhecimento do direito ao benefício assistencial por idade inferior ao previsto em lei para concessão, seja no reconhecimento da incapacidade, que não garante o direito ao auxílio-doença caso ela tenha ocorrido anteriormente ao período de contribuição, como no de seu Olavo, lançava-se o questionamento: “mas e no meu caso, como fica?”. Em todos os relatos, há uma justificativa para a legitimidade da causa. Dona Elza fez questão de enfatizar que estava velha e doente – não tinha sessenta e cinco anos para ser considerada uma idosa candidata ao BPC, mas já tinha sessenta e tomava muitos “remédios para a cabeça”, podendo ser considerada uma pessoa doente (ou deficiente) que faria jus ao benefício, portanto. Não comparecer ao INSS para realização de perícia médica após a convocação da instituição não seria visto como descumprimento das normas estabelecidas, mas justificada pelo fato de a pessoa já estar no “fim da vida”, não havendo necessidade de verificar se sua condição de inválida foi alterada ou não, ou mesmo se a capacidade para o trabalho foi recuperada.

Os quatro casos que ilustram esta sessão tiveram um atendimento “inicial” encaminhado, ou seja, todos se tornaram “assistidos” da Defensoria. Mas, que tipo de encaminhamento é dado aos casos não previstos? Ou, como são conduzidos, na instituição, os casos concretos face à aplicação da Lei? Via de regra, conforme já destacado aqui, todas as pessoas que buscam auxílio ou assistência jurídica recebem algum tipo de atendimento no que diz respeito à sua demanda, ainda que seja apenas um esclarecimento pontual. O que parece operar no processo de construção de uma “causa jurídica”, e no próprio argumento apresentado pelos defensores em defesa desta causa, é o que Jacqueline Muniz (1996) designou como “direito interativo” em sua etnografia e análises sobre negociações de conflitos a época das chamadas Delegacias Especiais de Atendimento à Mulher (DEAMs) na cidade do Rio de Janeiro. Para a autora,

A juridicidade que ali se constitui é um direito não-oficial que conjuga os princípios do **direito de todos**, instituído pelo estado, e um **outro direito**, instituinte, cuja origem está no universo valorativo da clientela que solicita os serviços das DEAMs. Não se trata, apenas, de um "uso alternativo" do direito oficial, no sentido de um simples ajustamento da norma legal aos interesses das partes. Mais que isto, este direito apresenta-se como uma interação jurídica plural, entre formas distintas de percepção do mundo das regras. Neste direito que passo a chamar de **interativo**, assiste-se a uma complexa operação de convergência entre vários sistemas classificatórios não necessariamente coincidentes, como os sistemas simbólicos do mundo policial, da vida ordinária e da instância jurídica (Muniz, 1996. Grifos da autora)

Na Defensoria, tal como nos casos observados por Jacqueline Muniz nas DEAMs, para além da reivindicação do “direito de todos” também há um apelo ao reconhecimento de um “outro direito”, que não se encaixa nos preceitos legais e escapa à normatividade expressa. No entanto, diferente das DEAMs, o que se processa na Defensoria não é simplesmente a conjugação ou uma relação de homologia entre dois tipos de direitos – o “oficial” e o “informal”, uma vez que, sendo uma instituição jurídica-estatal, ela é representativa da ordem expressa pelo “direito oficial”, e todo ritual de acolhimento, padronização e tradução dos casos para a produção de uma causa jurídica bem demonstra isso. O que parece definir, então, na prática, a atuação da Defensoria ante a sua principal demanda (que são os conflitos envolvendo o INSS) e a reivindicação de particularidade de um “outro direito”, por parte de seus “assistidos”, é a incorporação de elementos e estratégias narrativas de cunho moral na produção destas causas, ou seja, em seus documentos oficiais. O recurso a determinados preceitos morais serve como estratégia de convencimento que tem como intenção reforçar ao juiz a necessidade da concessão (imediata), e o esforço (individual) para alteração do quadro de saúde, caso o pedido seja de auxílio-doença, ou a dificuldade de subsistência, potencializada por deficiências, caso envolva o benefício assistencial. Em todos os casos, conforme já apresentado neste capítulo, há uma ênfase na condição de “miserabilidade extrema” e dificuldades diversas, associadas ao conceito de incapacidade, numa busca por demonstrar, igualmente, que, na avaliação de ambos os benefícios, o INSS (ou o Estado) pode cometer equívocos ao não reconhecer estas dificuldades, que também são causas de incapacidades, em seu sentido amplo.

5.7 Sobre o “atendimento humanizado” face à *produção social da indiferença*

Muitas situações relatadas durante o trabalho de campo na DPU envolviam reclamações em relação ao tratamento recebido no INSS. Estas queixas enfatizavam que o “destrato” iniciaria na recepção e se estenderia até o momento do exame pericial e dirigiam-se, sobretudo, à algumas colocações que seriam feitas pelos médicos peritos durante a avaliação, e que demonstrariam a desconfiança em relação à veracidade do pedido, à falta de interação e diálogo durante a perícia médica, e mesmo durante o atendimento no INSS, e também a pouca importância que seria dada aos documentos médicos levados. Algumas

peças gostariam apenas de expor o infortúnio e serem escutadas pelos agentes, tanto médicos quanto funcionários administrativos. E com o tratamento impessoal recebido nesta instituição não haveria espaço para o relato de dramas e sofrimentos pessoais. É essa necessidade do relato que torna incompreensível o fato de o “*médico perito não conversar durante a perícia*” ou mesmo de “*ninguém querer ouvir no INSS*”. Em um dos atendimentos que acompanhei na Defensoria, que tratava de pedido de prorrogação de auxílio-doença negado, uma senhora disse ao final: *Muito obrigada, meninas, eu fui muito bem atendida aqui. Agradeço muito por vocês (eu e a estagiária) terem me escutado, vou sair aliviada agora*”. A classificação do atendimento nestes espaços institucionais entre bom ou mau está relacionada, igualmente, à disposição ou recusa à escuta. O ato de não escutar seria um ato de descaso, desprovido de sensibilidade para com o sofrimento alheio. Em outra situação, uma senhora, que teve o pedido de auxílio-doença negado por não possuir o número mínimo de contribuições necessárias para ter direito ao benefício, disse: “*Toda vez que eu vou lá (INSS) eu saio desse jeito (chorando), eu fui em quase todas as agências e eles não quiseram me ouvir, é muito triste...eles só falam que não podem fazer nada, não me explicam o que eu mesma posso fazer*”.

A recorrência de casos envolvendo reclamações ao atendimento do INSS levou a supervisora do setor de atendimento ao público da DPU em Porto Alegre a sugerir à defensora pública titular do ofício de Direitos Humanos e Tutela Coletiva (DHTC) da instituição a abertura de um PAJ coletivo, com o objetivo de tratar das queixas, que seriam constantes, em relação ao tratamento recebido, sobretudo, no momento do exame pericial. O processo foi instaurado, então, para coleta de informações a respeito. Com isto, quando constatadas reclamações envolvendo o INSS, os estagiários eram orientados a informar a pessoa da existência deste processo administrativo e, caso ela assim desejasse, poderia deixar registrada a narrativa sobre o atendimento que teria recebido na instituição. Eles também deveriam orientar a pessoa a procurar igualmente a Ouvidoria do INSS, caso ainda não o tivesse feito.

Conversando com o defensor Rafael sobre o quanto as pessoas aproveitavam o momento do atendimento na Defensoria para desabafar, reclamar, chorar, ele fez questão de enfatizar essa dimensão do atendimento humanizado na DPU:

*Uma coisa que eu posso falar com bastante convicção, e acredito que tu já tenhas bastante experiência pelo tempo que vem acompanhando nosso trabalho, é que aqui se busca um tratamento muito humanizado, muito mesmo. O cidadão sabe que no momento em que ele sentar no guichê ele vai ser ouvido e essa **escuta sensível** dificilmente é feita em*

outros órgãos. Aqui, querendo ou não, é um trabalho até psicológico que é feito, de o cidadão poder desabafar, às vezes, é a única possibilidade que ele tem de ser ouvido na vida dele, então é um órgão que ouve o cidadão (...) E também existe uma atuação rápida por parte da Defensoria, os benefícios por incapacidade, muitas vezes, se nós já temos toda documentação, nós entramos com o processo de forma imediata, em um dia, dois, três. E sempre que há alguma informação relevante que nós precisamos passar, nós entramos em contato com as pessoas e isso para elas é muito importante, o momento em que recebem o telefonema, o retorno do defensor público informando o que está acontecendo, elas sentem realmente que são respeitadas e que nós damos valor, importância ao ser humano, ao nosso assistido.

Apresentada dessa forma, a Defensoria busca se contrapor, então, à certa *produção social da indiferença* que caracterizaria a burocracia e as práticas de Estado segundo destaca Michael Herzfeld (1992); busca se contrapor, neste sentido, ao próprio INSS. Esta que pode ser definida como uma tentativa de “humanização da burocracia”, uma disposição para escuta face à indiferença burocrática seria, igualmente, o que definiria (e diferenciaria) a atuação entre uma e outra, por exemplo. Nesse sentido, a DPU seria parte do que Didier Fassin (2004) designa como “lugares de escuta” (*lieux d’écoute*), se referindo às instituições estatais na França que tem esse papel específico de ouvir e permitir que as pessoas falem sobre o seu sofrimento⁶⁸. Esse “lugar de escuta” que a Defensoria acaba ocupando, no entanto, foi sendo construído pelas próprias pessoas que lá procuram atendimento jurídico.

Se, como destacou Herzfeld (1992), a *indiferença* seria caracterizada pela “rejeição a uma *humanidade* comum”, a proposta de um atendimento humanizado na Defensoria seria, ao contrário, a de valorizar este senso de identidade (ou humanidade) comum e, com isto, diminuir a distância que separa atendentes e atendidos ou entre defensores e “defendidos”. Humanizar o atendimento significa, igualmente, se afastar um pouco da tecnicidade jurídica que poderia caracterizar a instituição. E aqui, a escuta se torna um valor fundamental. Uma das narrativas registradas no “PAJ sobre atendimento humanizado” enfatiza esta dimensão da indiferença, e também da (falta de) escuta:

O Sr. Oswaldo já passou por diversas perícias do INSS e reclama do mau atendimento que já inicia na recepção. A recepcionista **atende com muita indiferença** e de costas, não cumprimenta e não olha para o assistido **o tratando com indiferença** e má vontade de atende-lo. O local não tem infraestrutura para receber os pacientes e isso já se nota na recepção, pois o ambiente não tem ventilação, é muito abafado, propício a contágios. **Sobre o perito, este também**

⁶⁸ Quanto a isto ver: Fassin, Didier. *Des maux indicibles: sociologie des lieux d’écute*, 2004.

trata com indiferença, não gosta de escutar o paciente e por muitas vezes pede para que o paciente silencie-se, dos documentos que o paciente leva para análise, o perito não olha todos, apenas alguns, sendo extremamente **indiferente e irônico**. Esses tipos de situações, narrou o assistido, o deixaram depressivo e com complexo de inferioridade, pede o assistido que encaminhem alguém para observar os fatos narrados por ele para constatar que são verdadeiros (PAJ Atendimento Humanizado, 2013, grifos meus).

O próprio estagiário que registrou a narrativa de seu Oswaldo valeu-se, diversas vezes, do termo *indiferença* para se referir ao atendimento recebido por este no INSS, indiferença esta que começava na recepção e se estendia ao momento da perícia. Como destacou Herzfeld (1992), a indiferença seria parte constituinte da burocracia, da rotina burocrática, tão logo o funcionário se encontrasse atrás das mesas de atendimento, neste caso do outro lado – o lado do Estado, acentuando ainda mais a distância entre aqueles que necessitariam e, em razão disso, buscariam seus serviços.

Apesar da produção (e reprodução) social da indiferença ser vista como representativa do atendimento prestado no INSS, as mudanças operadas na instituição nos últimos anos aparecem como paradigmáticas nos discursos de modernização e reforma do Estado. A redução das filas de espera para atendimento nas agências e a informatização do acesso aos serviços oferecidos, como agendamento de perícia médica através de uma central telefônica ou pelo sistema de agendamento eletrônico no site da Previdência Social, seriam as mudanças mais significativas. No entanto, as reclamações que chegam na Defensoria estão relacionadas à falta de diálogo, pouco tempo para realização do exame no caso da perícia médica, e à não disponibilidade para a escuta ou análise dos documentos levados. Essa preocupação com o tempo, aliás, também está muito associada à questão da eficiência e da agilidade na administração pública, próprias aos processos de (e discursos sobre) reforma e modernização do Estado, do qual não apenas o INSS, mas a própria Defensoria faz parte. A aproximação e o distanciamento entre ambas as instituições em relação ao “tempo de espera” para atendimento foi destaca pelo defensor Rafael:

*Em relação ao tempo de espera por atendimento, nós temos aqui na Defensoria ferramentas de controle, ferramenta que é do INSS, é o SGA que, se eu não me engano, foi elaborado pelo INSS e hoje nós temos acesso por esse sistema, se tem um controle absoluto do que está acontecendo em cada atendimento desde o momento em que a pessoa entra na Defensoria Pública e retira a senha, nós sabemos quanto tempo ela está esperando para ser atendida, o tempo de duração do atendimento, isso é algo importante para ser monitorado? Claro, para se primar sempre pela qualidade do serviço, mas eu acredito que **essa ferramenta ela jamais pode ser utilizada para se***

*perder essa escuta sensível, ou seja, a qualidade não necessariamente está ligada à velocidade, ao tempo de duração da espera ou do próprio atendimento. Claro, o tempo de espera é um tempo muito importante, e nós criamos ferramentas para que ele seja diminuído. Mas o tempo no guichê é um tempo sagrado pra mim, porque cada cidadão tem uma forma de se expressar se e as vezes a gente tem dificuldade de compreensão, o próprio cidadão tem dificuldade de expressar o que ele realmente deseja, então, a gente tem que ter muito cuidado nesse momento, analisar a documentação com afinco, ouvir o cidadão no tempo que for necessário. Então, eu acredito que **não é rapidez que vai trazer a qualidade do serviço, mas essa escuta adequada do cidadão.***

Neste sentido, INSS e defensoria compartilham não apenas os casos, mas também, seguindo o que foi exposto pelo defensor, a própria ferramenta desenvolvida pelo INSS para controlar o fluxo de atendimento em suas agências – o Sistema de Gerenciamento do Atendimento (SGA). O diferencial da defensoria, no entanto, seria uma busca por conjugar o “tempo de atendimento” com o “tempo de escuta”, com uma abertura para a “escuta sensível”, tal como destacou o defensor.

A busca por um “atendimento humanizado” na instituição partiu do setor de sociologia⁶⁹, de onde surgiram iniciativas para chamar a atenção dos estagiários do setor de atendimento ao público, sobretudo dos recém contratados, sobre a importância do “acolhimento” e de uma “escuta compreensiva”. Durante uma das reuniões de equipe que participei, para além de um detalhamento das correntes conceituais que embasavam este tipo de atendimento⁷⁰, um dos servidores da DPU, que se tornou, posteriormente, um dos supervisores do setor de atendimento ao público, disse aos estagiários: *A nossa tentativa, aqui, é a de humanizar o Estado. Então, é importante que vocês tenham em mente que não são vocês que atendem, vocês estão representando o Estado no momento do atendimento. Nós precisamos humanizar as relações de poder. Aqui, é o Estado estreitando relações.* Nesta visão de Estado, há uma ênfase no caráter de externalidade deste em relação ao que seria “humano”. Aqui, ele é evocado tal como um objeto desprovido de sensibilidade (portanto, humanidade), “indiferente” às relações humanas. Ao “humanizar o Estado” busca-se mitigar

⁶⁹ A presença de profissionais e estagiários das chamadas *áreas de humanidades* no setor de atendimento, como a de uma socióloga, cientistas sociais em formação, de uma assistente social (que não se encontrava mais no quadro de servidores da Unidade da DPU em Porto Alegre quando iniciei o trabalho de campo), e psicólogos (mais recentemente) foi decisiva no desenvolvimento da proposta, reconhecida, inclusive, pelos próprios defensores públicos federais com quem tive a oportunidade de dialogar durante a pesquisa.

⁷⁰ A proposta teve como orientação um projeto desenvolvido pelo Ministério da Saúde, cujo objetivo seria implementar “políticas de humanização” no atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Instituída em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH) embasou o projeto denominado “Humaniza SUS”.

esta indiferença, tornar próximo e “estretar relações” com esta entidade que possui e investe de poder e autoridade aqueles que o representam. Esta busca pela humanização se tornou quase um compromisso, firmado e assumido pelos estagiários que precisam, obrigatoriamente, passar pelo setor de atendimento ao público no período em que estiverem na instituição.

A tentativa de tornar o atendimento diferenciado em relação a outras instituições estatais, por ter uma atuação voltada a grupos diferenciados, levou a Defensoria a oferecer um curso de formação em atendimento humanizado para seus servidores e estagiários, curso este também organizado e coordenado pelo setor de sociologia. Na abertura do curso, a defensora responsável pelos contratos de estágio salientou esse diferencial:

Nós temos um público muito especial aqui. Nós somos o último suspiro daqueles que não sabem mais para onde recorrer. Então, nós não temos apenas uma questão jurídica, a questão se torna maior até. O atendimento é a nossa porta de entrada, nossa vitrine, e eu acho que nós podemos dar uma visão mais humana do que é o Direito.

Nesta fala não é mais o “Estado”, mas o “Direito” que precisa ser humanizado para tornar mais próximo o atendimento à um “público muito especial”, cujas demandas não possuiriam apenas uma dimensão jurídica. É interessante focar um pouco a atenção na metáfora do “último suspiro” porque a responsabilidade de ser vista como a “última esperança”, “último recurso” ou a “reta final” nas tentativas de resolução dos conflitos com o INSS também permeia os discursos dos defensores em relação à sua atuação. Ser o “último suspiro daqueles que não sabem mais para onde recorrer” amplia enormemente esta responsabilidade porque, sendo ela representativa do último sopro de vida e de esperança, o desfecho do conflito precisa ser favorável à parte autora que eles irão defender perante à Justiça Federal. E, de fato, as pessoas têm a expectativa de que os benefícios indeferidos administrativamente no INSS serão (ou deverão ser) concedidos na esfera judicial através da atuação da Defensoria.

A participação de quatro integrantes do Centro de Valorização da Vida (CVV) também compunha a programação do curso. Elas foram convidadas a falar sobre sua experiência em relação ao que seria um atendimento humanizado. O CVV se constitui em

uma Organização Não-Governamental (ONG)⁷¹ que reúne um grupo de voluntários que se dedicam a escutar e prestar apoio emocional a qualquer pessoa que necessite conversar ou expor seus problemas. Esta disponibilidade para a escuta é o que caracteriza o trabalho da organização, e ela pode ocorrer através de diversos canais de comunicação, seja pessoalmente, por telefone ou chat virtual. Um dos folhetos entregues por elas aos participantes trazia a seguinte inscrição: *você não está só! Ligue para nós. Apoio emocional-compreensão-respeito-sigilo 24 horas por dia.* Na primeira parte do curso, as voluntárias fizeram uma apresentação do trabalho que realizam e comentaram alguns casos que consideravam significativos. Todos eles envolviam relatos de solidão e tristeza por parte das pessoas que buscaram ajuda do Centro, seja pela morte de alguma pessoa da família, separações conjugais, problemas financeiros ou a morte de animais de estimação. Daí a importância, segundo elas, do “não julgamento” dos casos após a escuta dos relatos:

Uma vez eu atendi a ligação de uma senhora, ela mal conseguia falar de tanto que chorava. Ela me disse: sabe o que é? Faz uma semana que meu gato faleceu e eu não consigo superar isso, ele era meu companheiro. E imaginem vocês: eu estava ali trabalhando como voluntária, ouvindo aquilo, e também estava em luto, porque fazia exatamente uma semana que eu havia perdido o meu marido também. Eu poderia falar para essa senhora: olha aqui, tu estás chorando por causa de um gato e eu acabei de perder o meu marido, que era meu companheiro também, então, por favor, pare. Mas eu não ia falar isso, eu não posso avaliar quem está sofrendo mais ou menos por perdas distintas, disse uma das voluntárias, ao que outra complementou: Gente, não existe problema pequeno. Nem problema grande. Não podemos fazer esse tipo de avaliação sobre o problema do outro, mas validar esse problema. Se a pessoa chorar, tem que prestar algum tipo de apoio, falar: olha, eu estou aqui contigo, tem que fazer esse acolhimento. Nós estamos ali para deixar a pessoa desabafar e ouvir tudo o que ela tem para dizer, e ela merece nosso total respeito e atenção.

Na segunda parte, os estagiários presentes foram convidados a expor questionamentos suscitados pelo relato das voluntárias do CVV, pensando no atendimento que realizam na Defensoria, ou compartilhar situações vivenciadas em seu cotidiano de trabalho. Uma delas, então, levantou a mão: *Eu acho que é importante sempre ter em mente que a vida da pessoa não se resume só àquele benefício que ela está buscando. Ela tem uma história de vida. E*

⁷¹ Segundo consta em seu site: *o Centro de Valorização da Vida (CVV) realiza apoio emocional e prevenção do suicídio, atendendo voluntária e gratuitamente todas as pessoas que querem e precisam conversar, sob total sigilo por telefone, e-mail, chat e Skype 24 horas todos os dias.*

quando estas pessoas chegam aqui elas trazem muitas outras demandas, e nós sempre temos que buscar outras alternativas, outros caminhos. Sim, (interrompe uma das voluntárias) as pessoas chegam aqui pedindo ajuda, e eu pergunto: como nós podemos melhorar a comunicação com o outro nessa relação de ajuda, de auxílio? Então vejam a importância da escuta, de entender o que está subentendido também. E nesse trabalho nós estamos disponibilizando o que temos de mais precioso, que é o tempo. Notem que não existe curso para ouvintes, mas existe oratória, por exemplo. Mas é a escuta que torna o atendimento mais humano, porque se vocês não forem bons ouvintes, não serão bons em nada.

Desta forma, a valorização de uma escuta adjetivada – “escuta qualificada”, “escuta sensível”, “escuta sem julgamento” seria o que tornaria humano qualquer tipo de atendimento ou auxílio, seja na prestação de apoio emocional, como no caso do CVV, seja na de assistência jurídica desempenhada pela Defensoria. Este “atendimento humanizado”, operado e preconizado como um ideal que precisa ser alcançado e colocado em prática, deveria representar, então, o seu *diferencial* em relação à *indiferença* que marcaria o atendimento prestado em outros espaços estatais.

5.7.1 “Humanizado” e Humanitário

Conforme já destacado, a retórica da valorização do “humano” e da “humanização” das relações também é acionada numa tentativa de aproximar os estagiários das pessoas que procuram a DPU para resolver seus litígios contra o Estado. Isto porque, na prática, a distância social entre eles acaba influenciando a condução do atendimento⁷² e, na lida diária com a *diferença*, o esforço deve ser o de promover uma aproximação através de certa empatia para com o sofrimento e o problema do outro. A abertura para a “escuta sensível”, a qual um dos defensores citados fez referência em sua fala, também foi uma das dimensões enfatizadas no curso de formação em atendimento humanizado. E aqui, o paralelo com o “humanitário” (e a “ajuda humanitária”) torna-se bastante significativo, levando-se em consideração a multiplicidade de atores e práticas que atualmente poderiam ser inseridas no rol deste conceito, como mostra Francine Saillant (2010). Segundo a autora, a noção contemporânea do humanitário não corresponderia apenas a ações e intervenções promovidas por médicos voluntários e dirigidas, em caráter de urgência, a refugiados em situação de guerra. Cada vez

⁷² Grande parte dos estagiários que conheci, sobretudo do curso de Direito, eram oriundos de classes mais abastadas e estudavam em prestigiosas e renomadas instituições de ensino em Porto Alegre.

mais, profissionais como advogados, engenheiros, jornalistas, psicólogos, bombeiros, entre outros, estariam se engajando e atuando em prol da ajuda a múltiplas figuras ou populações vulneráveis, que corresponderiam a moradores de rua, crianças, mulheres, deficientes físicos e os próprios refugiados. No caso tratado aqui, esta ajuda não partiria necessariamente de atores específicos ou de uma organização não-governamental em particular, mas de uma instituição estatal como um todo, porque a Defensoria está envolvida (ou engajada) em múltiplas formas de ajuda aos considerados “vulneráveis” ou “necessitados”, tal como define a Constituição.

Para pensar esta associação entre “humanizado” e “humanitário” na atuação da defensoria pública também é importante que se considere as inter-relações entre práticas humanitárias e a implementação de direitos, como destacam Jaqueline Ferreira e Patrice Schuch (2010). Ou, a relação entre direito e humanitário através “do direito de pedir e de receber ajuda, assim como do direito de ajudar” como argumenta Francine Saillant (2010). A própria dimensão da ajuda, da “assistência (jurídica) aos necessitados”, foi instituída como o direito ao “acesso à justiça de forma gratuita e integral”, conforme previsto na Constituição Federal. No entanto, é importante que se considere este acesso à justiça (e a promoção deste acesso) tratada na primeira parte do capítulo também enquanto uma categoria êmica e não apenas acadêmica. Grande parte dos defensores públicos federais com quem tive a oportunidade de conversar durante o trabalho de campo, e que atuavam ou já atuaram em causas previdenciárias, seja na própria Defensoria ou durante sua “trajetória jurídica”, disseram ter escolhido a profissão por se sentirem “vocacionados” para tal. Nesta que poderia ser definida como *ajuda institucionalizada*, a vocação também é encarada como uma missão – a de serem promotores do acesso aos direitos (para o qual o acesso à justiça seria uma das vias); defensores (quase protetores) daqueles para os quais este acesso possa vir a ser dificultado por não conseguirem pagar por um advogado e tenham, algumas vezes flagrantemente, seus direitos violados. Um destes fez questão de enfatizar que muitos defensores estariam preparados para passar em concurso para juiz federal ou para procurador da república, concursos de ampla concorrência e de maior status social, mas optaram por permanecer como defensores por vocação, por “identificação com o serviço que é prestado pela Defensoria”. A promoção do acesso aos direitos seria, portanto, a missão desempenhada pelos defensores, uma missão diferenciada, levando-se em consideração que a Defensoria é uma instituição estatal que tem sua atuação voltada contra as supostas violações ou equívocos cometidos pelo próprio Estado, como já mostrado aqui.

Esta noção ampliada do conceito de “ajuda” também está associada à de “tratamento humanizado”. Conversando com uma das supervisoras do setor de atendimento sobre o que ela considerava ser um atendimento humanizado, ela disse:

Eu não acho que precisa colocar a pessoa no colo, mas se colocar no lugar dela, respeitar a pessoa e reconhecer o direito dela. Isso, para mim, é um tratamento humanizado, e é isso que nós fazemos aqui. Teve o caso de uma assistida que me deixou muito impressionada, ela não tinha o que comer em casa. Ela queria auxílio-doença e a gente viu que ela não teria como ganhar, não tinha como, porque ela não tinha contribuição, mas ela acabou ganhando o “LOAS” depois por aqui. Ela contou que no dia em que ela foi fazer a perícia ela ferveu umas cascas, umas coisas do lixo, ela comeu aquilo antes de fazer o exame! Talvez tenha sido a única refeição dela no dia, imagina. E não é só ela nessa situação, tem vários assistidos assim, e ver tudo isso me deixou um pouco mais fria, sabe? Isso que eu já não era muito emotiva...

A dimensão da ajuda, aqui, aparece como meio de solucionar situações de miserabilidade extrema no encontro com “vidas precárias”, as quais Didier Fassin (2010) faz referência ao analisar as formas de governo do que designa como “razão humanitária”. Não possuir o tempo de contribuição necessário para solicitação de auxílio-doença, realizar a perícia médica após se alimentar com restos de comida encontrada no lixo, são situações que levam à busca por alternativas que possam garantir que a pessoa sairá da Defensoria com algum tipo de encaminhamento que, no caso narrado acima, acabou sendo o benefício assistencial. A recorrência de casos semelhantes, como salientou a supervisora, leva, igualmente, ao que Didier Fassin (2005) destacou em suas análises sobre os pedidos de asilo e auxílio para desempregados na França: a banalização do sofrimento, que acabaria produzindo uma espécie de extinção dos afetos por parte daqueles que precisam tomar as decisões de concessão ou não destes benefícios. No caso da Defensoria, buscaram-se alternativas ou caminhos que possam solucionar os pedidos de ajuda imediata, porque em muitos dos casos que lá chegam, as pessoas sequer “têm o que comer em casa” ou, quando têm, trata-se de “comida estragada”, com o “prazo de validade vencido”, tal como o caso narrado pelo então Defensor Público-Chefe, Daniel Cogoy. Segundo ele, trata-se de caso que ele considera ser um dos mais significativos em sua atuação como defensor público federal, ainda na cidade de Pelotas, região sul do Estado:

Eu tive um caso uma vez, que era de benefício por incapacidade também, pedido de prorrogação de auxílio-doença, que eu nunca

mais esqueci. Foi um dos que mais me chocou, assim. Era um senhor, velhinho, que entrou no meu gabinete. Ele contou toda a história dele, e eu perguntei: mas como o senhor está fazendo para sobreviver? Ele estava doente, a esposa não trabalhava, tinha um filho pequeno, e ele disse: “pois é, doutor, eu trabalhar não tem mais como mesmo (ele tinha um problema sério de coluna), mas eu faço o seguinte: eu vou na venda e peço fiado, e como eu perdi o benefício, não tenho como pagar, mas como eu sou amigo do cara da venda, ele faz o seguinte: quando vence a comida e ele não pode mais vender ele dá pra mim”. Então, tu imaginas, ele estava se alimentando há não sei quantos meses de comida vencida, comida estragada. Tem situações assim aqui...

Em diversos momentos no setor de atendimento os estagiários efetuavam ligações para os CRAS que atendiam a região da pessoa que buscava auxílio na Defensoria a fim de encaminhar seus casos, buscar informações e sanar dúvidas a respeito do auxílio que poderia ser efetuado em determinadas situações, como pedidos de cestas básicas, recebimento de benefício oriundo do Programa Bolsa Família, tratamento de dependência química, situações de violência doméstica, entre tantas outras. Com isto, havia a necessidade de se mobilizar uma rede institucional de promoção de ajuda, no sentido de se acionar outras instituições que também seriam encarregadas de prestar assistência e auxiliar os considerados “vulneráveis”.

É importante que se destaque, também, o quanto o conceito de *incapacidade* na Defensoria acaba sendo associado ou mesmo se torna sinônimo de *vulnerabilidade*, *miserabilidade* ou *dificuldade* de colocação no mercado de trabalho, por exemplo, por conta de doenças ou deficiências. Esse sentido amplo dado ao conceito, conforme já destacado, de uma “incapacidade social”, é que não estaria sendo levado em consideração, segundo os defensores, nas decisões do INSS. Da mesma forma, o próprio conceito de assistência jurídica acaba sendo ampliado para abarcar o de assistência social, que busca encontrar alternativas e soluções tanto para o cidadão que contribui com a previdência, quanto para aquele que não contribui.

A dimensão da necessidade acaba se constituindo em uma questão também para os médicos peritos. Um dos médicos peritos com quem conversei destacou o que se configuraria como um dilema entre “precisar” (realmente) e “ter direito” (de fato) durante a avaliação pericial:

A gente escuta muito essa expressão: “estou precisando muito”, “sem o benefício eu não vou poder comprar o remédio”, e a gente não olha se a pessoa precisa ou não precisa. A gente avalia se pessoa tem

direito ou não tem direito, se merece ou não merece, a luz de uma legislação. Então, as vezes é sofrido para o perito indeferir uma situação que a pessoa precisa de fato, mas não tem direito. As vezes a pessoa tem direito e não precisa, e a gente tem que conceder, porque ela preenche os quesitos legais.

Na defensoria, no entanto, também há o reconhecimento de que “muitas pessoas procuram o INSS, e também a DPU, não estando incapacitadas. Buscam o benefício para ter um meio de renda, não porque necessariamente tenham direito a ele”, segundo destacou um dos defensores. A juíza federal que entrevistei destacou, da mesma forma, que os benefícios por incapacidade seriam, de fato, substitutivos de renda, mas apenas para os considerados incapazes. Segundo ela, o que se observaria, no entanto, é que em períodos de estabilidade econômica os processos judiciais envolvendo estes benefícios na Justiça Federal apresentam certa estabilidade, e nos períodos de crise econômica haveria um aumento da demanda e de casos que envolvem a discussão sobre incapacidade e do direito ao recebimento destes benefícios. Um médico perito também fez questão de enfatizar essa dimensão do benefício como alternativa ou substituto de renda: *“no Brasil a Previdência é utilizada como um plano B, ou seja, nós temos um problema muito sério de estabilidade no emprego e oportunidade. As pessoas têm dificuldade de manter a sobrevivência, as vagas formais diminuem, a informalidade aumenta. O próprio LOAS (benefício assistencial) também se tornou um plano B”*.

Por outro lado, como afirmou um dos defensores, existiria um agravante em grande parte dos casos atendidos na Defensoria que tratam de indeferimento de benefícios por incapacidade ou do benefício assistencial, o que conferiria a estes um caráter de urgência na resolução: a necessidade de conviver com a doença, muitas vezes doenças graves, que impediriam estas pessoas de trabalhar. Neste sentido, para além da falta de renda, haveria o fator de “convivência com uma situação de enfermidade”, que notoriamente demandariam uma solução imediata. Não por acaso, em muitos processos que consultei através do sistema online no site da Justiça Federal do Rio Grande do Sul, oriundos da unidade da DPU em Porto Alegre e que tratavam de negativas de concessão ou prorrogação de auxílio-doença, havia pedidos liminares de tutela antecipada encaminhados pelos defensores. Ou seja, solicitações para que o juiz ou a juíza responsável pelo caso decidisse o mérito deste de forma quase imediata, e proferisse sua sentença (que os defensores esperavam ser procedente à concessão do benefício) antes mesmo da análise de todos os elementos do processo. Conforme já apresentado no segundo capítulo, o argumento comum apresentado pelos defensores nestes

pedidos era o da necessidade (e centralidade) dos benefícios para gastos com alimentação, considerando que a pessoa se encontraria impossibilitada (ou incapacitada) de retornar às suas atividades e não disporia de outros recursos para o sustento próprio e de sua família. Esta condição justificaria a urgência⁷³ na determinação de concessão ou reestabelecimento imediato dos benefícios por parte do INSS, através da antecipação das decisões dos juízes ante aos prazos estipulados para que emitissem sua sentença.

A atuação dos defensores e a proposta de um “atendimento humanizado” demonstra que a associação entre justiça e assistência operada na defensoria não é uma associação problemática ou vista como contraditória, uma vez que esta atuação também é encarada como uma missão ou uma vocação, como relataram alguns dos defensores com quem conversei. Nessa conjugação, a justiça não se torna apenas “humanizada”, mas também “politizada”, onde a assistência (jurídica) aos considerados *vulneráveis*, prevista constitucionalmente, se torna um meio e uma garantia de acesso às políticas de seguridade social como um todo, através de embates contra o próprio Estado. E, aqui, contribuintes e não contribuintes da previdência considerados pobres se encontram na defensoria em busca de uma resolução para seus conflitos envolvendo o INSS, sobretudo envolvendo decisões médicas periciais.

5.8 Uma ação coletiva e as controvérsias da concessão sem perícia

A Defensoria não está envolvida apenas na resolução de litígios que envolvam o indeferimento de benefícios por parte INSS, mas também nos conflitos em relação à demora para agendamento de perícias médicas no país. Partiu da DPU no Rio Grande do Sul, especificamente da unidade de Porto Alegre, uma Ação Civil Pública (ACP) que solicitou a concessão automática de benefícios como auxílio-doença e aposentadoria por invalidez, sem a necessidade de perícia médica, portanto, caso o agendamento para a avaliação ultrapassasse quarenta e cinco dias desde a solicitação.

⁷³ A própria dinâmica de funcionamento dos Juizados Especiais Federais, instituídos em 2001, neste caso os que tratam de matéria previdenciária, permite que estes casos sejam analisados de uma forma rápida, em relação à “morosidade” da justiça comum. É para estes juizados que são encaminhadas as causas de até sessenta salários mínimos, o que seria o caso de muitos processos envolvendo benefícios previdenciários. Antes não existia essa possibilidade de acesso que se tem com a criação dos juizados. “A reestruturação da justiça com os juizados facilitou o acesso do cidadão. Isso faz com que as pessoas que tenham o benefício indeferido venham a procurar o judiciário. Diferente das varas de competência ordinária, os princípios do juizado são pautados na simplicidade, celeridade e conciliação. O procedimento ordinário ele é mais burocratizado, enquanto que no juizado o procedimento é mais simplificado”, disse a juíza.

Esta iniciativa teve grande repercussão e suscitou diversos debates, sobretudo no que tange à possíveis fraudes que poderiam ser cometidas para recebimento de benefícios sem a constatação de incapacidade pelos peritos do Estado, o que poderia acarretar concessões indevidas, também sobre a necessidade de ampliação do número de médicos para realizar perícias principalmente no Rio Grande do Sul, onde os atrasos seriam maiores por conta da insuficiência de especialistas, e até que ponto o judiciário poderia intervir nestas decisões.

Por tratar-se de uma ação coletiva, diversos casos envolvendo reclamações sobre a demora para realização da avaliação pericial que chegaram nas unidades da Defensoria em todo o Estado foram reunidos para composição do processo. Com isto, os casos cuja espera para agendamento de perícia médica ultrapasse demasiadamente a data de solicitação dos benefícios passaram a fazer parte, então, da ACP organizada pelo ofício de Direitos Humanos e Tutela Coletiva (DHTC) da unidade da DPU em Porto Alegre onde, mais uma vez, o INSS tornou-se réu.

A ação foi ajuizada em 2011 e solicitava a concessão automática de benefícios por incapacidade apenas com a apresentação de atestados que indicassem incapacidade, atestados estes que poderiam ser produzidos tanto em consultas médicas realizadas através do SUS, quanto por médicos particulares. Este pedido outorgaria aos médicos assistentes a legitimidade no que diz respeito a avaliação sobre incapacidade para o trabalho, pois os atestados por eles produzidos bastariam para o reconhecimento desta por parte do INSS.

Em conversa com a defensora pública federal Fernanda Hahn, responsável pelo DHTC e pelo processo em questão sobre as reações à suas proposições, ela destacou:

Eu concordo que tenha que passar pela perícia médica, realmente precisa, eu nunca disse que não precisaria. Eu dizia muito isso nas reuniões com o INSS: eu não estou defendendo que não precisa ter perícia médica, eu estou defendendo que o prazo tem que ser exíguo para fazer o exame. Agora, se o INSS não consegue, a presunção tem que ser em favor do segurado e do médico assistente dele. O grande argumento do INSS contra, dos médicos peritos e de toda a parte, era a questão da fraude, a questão da má fé, porque eles diziam que as pessoas iriam forjar documentos. Bom, é aquilo que eu sempre digo: não se pode pautar tudo pela má fé, a gente não tem condições de fazer mais nada se for assim. Não se pode pautar as relações humanas através das decisões de má fé, então até que prove ao contrário...e aí, claro, houve bastante resistência, sim, mas por quê? Porque com essa medida o INSS não precisaria ter mais médicos. E eu acho que precisa ter, o que não pode é a pessoa ter que esperar muito para fazer perícia.

Após tentativas de resolução, sem sucesso, entre a Defensoria e o INSS, a ação foi ajuizada, recebendo a sentença de um juiz federal em maio de 2013. Cabe destacar que o conflito se estendeu, pois esta decisão foi retomada pela defensoria no início de 2016 como forma de resolver novamente atrasos no agendamento de perícias ocasionados pela greve dos médicos peritos ocorrida no segundo semestre de 2015.

O teor do relatório apresentado pelo juiz antes de anunciar sua decisão expõe todas as controvérsias existentes no que tange a competências, legitimidades, moralidades, fraude e outros elementos de disputa apresentados ao longo desta tese envolvendo a perícia médica do INSS. Finalizando o capítulo, a tentativa, aqui, será a de reconstruir os eventos e os argumentos apresentados por ambas as instituições tal como aparecem no processo judicial, a começar pelo da Defensoria:

Quando o PAJ foi instaurado na DPU, o objetivo seria o de tentar solucionar os problemas relativos à demora para agendamento de perícias junto ao INSS. A resposta da autarquia, no entanto, teria sido a de que o número de médicos peritos no Rio Grande do Sul seria insuficiente ante a crescente demanda em relação aos benefícios que necessitavam de seus pareceres para concessão. Para a defensoria, as pessoas não poderiam esperar demasiadamente para realizar o exame, tendo em vista que, nesse ínterim, não estariam recebendo seu salário, por conta do afastamento do trabalho, tampouco o auxílio-doença solicitado por não conseguirem agendar a perícia. A defensora responsável ajuizou, então, ação cível pública com pedido de antecipação de tutela solicitando que, caso a data de agendamento do exame ultrapasse trinta dias desde o requerimento, o benefício deveria ser concedido automaticamente a partir do trigésimo primeiro dia através de apresentação de atestado médico, desde que a pessoa se enquadrasse nos outros critérios de concessão além da perícia, comprovando a qualidade de segurado e período de carência, portanto. Solicitou ainda que, caso a perícia oficial realizada por médico perito do INSS viesse a constatar o contrário em relação ao atestado do médico assistente, e concluir pela não existência de incapacidade para o trabalho, os valores do benefício já recebidos não deveriam ser cobrados ou devolvidos por aquele que teve a concessão automática deferida e, por fim, que o INSS deveria pagar multa caso não concedesse benefícios sem a realização de perícia oficial nos casos em que agendamento fosse posterior ao prazo estipulado.

No documento inicial do processo, a defensora também teria enfatizado dois pontos que poderiam resumir o argumento a favor da concessão de benefícios por incapacidade sem a realização de perícia médica: o “princípio da dignidade da pessoa humana” como o

fundamento da Previdência Social, e o “princípio da eficiência na administração pública”. O primeiro estaria relacionado à cobertura previdenciária para os casos onde exista impossibilidade de seguir atividade de trabalho por conta de doença ou invalidez (manter a dignidade), e o segundo à garantia desta cobertura sem atrasos ou demora (eficiência). Estes dois “princípios constitucionais” (ou preceitos morais) fundamentam, por um lado, o argumento apresentado pela defensoria ao propor a ação. Isto porque os mesmos não estariam sendo levados em consideração pelo INSS, que dificultaria o acesso à um “direito fundamental” exatamente pela demora em demasia para que uma das etapas do processo de concessão, no caso a perícia, fosse realizada.

O argumento apresentado por procuradores federais em defesa do INSS, por outro lado, teria questionado a legitimidade da DPU para propor ações coletivas, uma vez que esta seria competência do Ministério Público Federal (MPF), que agiria em defesa dos interesses da sociedade, ao passo que a defensoria deveria atuar em defesa dos necessitados. Outros argumentos foram apresentados, mas cabe registrar aqui apenas mais dois: que a situação da demora no agendamento não seria tão grave como o apresentado pela defensoria, e que a concessão sem perícia seria um ato ilícito e poderia acarretar a ocorrência de fraudes contra a Previdência Social.

Conforme destacado no relatório apresentado pelo juiz, o processo foi encaminhado ao Centro Judiciário de Solução de Conflitos e Cidadania (CEJUSCON), com o objetivo de promover uma resolução consensual para o conflito. Após pedidos de suspensão temporária do processo para análise, o INSS teria apresentado diversas medidas administrativas que estariam sendo implantadas à época para viabilizar a realização de perícias médicas, apesar de a defensoria ainda constatar atrasos no agendamento destas. Novamente, o INSS teria apresentado contestação, alegando que não teria violado os “princípios de dignidade da pessoa humana”, tampouco o da “eficiência na administração pública”, conforme teria afirmado a Defensoria. Segundo a defesa da autarquia, a eficiência no serviço público não poderia estar dissociada da legalidade, servindo para concessão de benefícios sem o preenchimento dos quesitos que garantem o direito a eles. Destacou que o INSS não poderia realizar contratos emergenciais de médicos peritos para suprir a demanda por perícia médica por ser esta uma atividade privativa de servidor público, e a inclusão de novos profissionais dependeria da realização de concurso público, mediante autorização da União. Neste caso, a instituição não poderia ser responsabilizada pela demora no agendamento. Salientou, igualmente, que judicializar a gestão do atendimento aos segurados, como propôs a defensoria, seria incorrer

em violação do princípio de separação dos poderes. A defensoria apresentou réplica, reiterando os argumentos apresentados sobre a procedência do pedido. O Ministério Público Federal (MPF) também se manifestou no processo, salientando, da mesma forma, a procedência e os argumentos da defensoria sobre o quanto o atraso para realização da avaliação pericial poderia prejudicar o segurado que se encontraria temporariamente incapaz de retornar ao trabalho.

A decisão do mérito pelo juiz salientou a gravidade da situação referente ao atraso para marcação de perícia médica. Destacou que, em que pese o comprometimento por parte do INSS em tentar solucionar a questão administrativamente, não teriam ocorrido alterações significativas e a demora para agendamento deste exame, indispensável para concessão de benefícios por incapacidade, ainda persistia. Ante a esta situação, o juiz decidiu acolher parcialmente o pedido interposto pela defensoria, e fixou a data para concessão automática do benefício a partir do 46º dia, caso o agendamento ultrapasse quarenta e cinco dias desde o requerimento, e não a partir do 31º, como propôs a ação coletiva.

O juiz também utilizou os argumentos apresentados por um desembargador federal para embasar sua decisão. Este desembargador teria analisado e deferido o pedido de antecipação de tutela encaminhado pela defensoria. Dentre todos os argumentos apresentados, um chama a atenção em especial. Trata-se de sua resposta ao INSS sobre possível ocorrência de fraudes que a concessão sem a realização de perícia oficial poderia acarretar:

Ponderando os interesses postos em causa, no entanto, entendo que, embora a possibilidade de implantação do benefício sem perícia oficial prévia (restrita aos casos em que o tempo de espera extrapolar o razoável) possa induzir um aumento no número de requerimentos de benefícios por incapacidade, o risco social ao qual estão submetidos os segurados efetivamente incapacitados, que sequer obtêm êxito em realizar o exame médico pericial em prazo razoável, sobrepõe-se à eventual ação de pessoas que tenham a intenção maliciosa de se aproveitar de uma medida emergencial. Aliás, vale lembrar que quem comprovadamente obtiver vantagem ilegal a partir da presente determinação estará sujeito às sanções não apenas administrativas, mas também cíveis e criminais.

Ante ao argumento da fraude, o desembargador salientou que, apesar de a concessão sem perícia acarretar possivelmente um aumento nos pedidos de benefícios, ou tentativas de se conseguir tais benefícios através de atos considerados fraudulentos, a decisão direciona-se aos segurados que se encontrariam efetivamente incapazes, cujo o “risco social” sobrepõem-

se a prováveis “intenções maliciosas” daqueles que tentarem se aproveitar da medida, pois poderão responder, inclusive, criminalmente, por seus atos.

Amparando-se nos argumentos apresentados pelo desembargador, o juiz seguiu, então, elencando os motivos do deferimento parcial no documento. No entanto, destacou que, em seu entendimento, a concessão automática de benefícios por incapacidade não estaria relacionada a simples violação do princípio de eficiência na administração pública por parte do INSS, tal como enfatizou a defensoria ao propor a ação, mas sim à para garantia de um “direito social fundamental” e pelo caráter de urgência de que o auxílio-doença se revestiria.

Já tendo estabelecido a data em que a concessão automática passaria a valer, o juiz então destaca que:

Para tanto, o segurado deverá juntar com o requerimento inicial algum documento médico que indique o início da incapacidade, devendo ser mantido o benefício até a data final indicada nesse documento ou até a data da perícia médica administrativa. A partir desta, o benefício terá a duração conforme a conclusão da perícia administrativa (pelo prazo definido pelo perito do INSS), ou será cancelado a partir dessa data, caso constatada a ausência de incapacidade.

Aqui, é o parecer do médico assistente, do médico que trata a pessoa, que será considerado no encaminhamento administrativo até que a perícia realizada por médicos do INSS seja, de fato, realizada. Caso não constatada a incapacidade na perícia oficial, o INSS não poderá solicitar ou tentar reaver os valores pagos em benefícios concedidos sem o aval do perito do Estado.

Esta sentença foi proferida em 2013 e o INSS ingressou com recurso. No entanto, após uma longa greve organizada pelos médicos peritos em 2015, o agendamento de perícias, novamente, passou a ser realizado com atraso, que superaria o limite estipulado na decisão, de quarenta e cinco dias. Com isto, diversos casos de reclamações quanto a este atraso chegaram na defensoria, que verificou que o INSS não estava, de fato, cumprindo a ordem judicial de concessão automática apesar da greve. Novamente houve a reunião de casos cujo agendamento ultrapassavam o estabelecido judicialmente e a defensora Fernanda, responsável pelo processo no ofício de Direitos Humanos e Tutela Coletiva (DHTC) produziu um documento inicial, solicitando a reabertura do processo administrativo no âmbito da DPU e também a análise dos atrasos por conta da greve no âmbito da Justiça Federal, com o pedido de execução provisória da sentença, para que o INSS pudesse ser intimado a cumprir a

decisão. Neste documento, ela retoma os argumentos do juiz ao expor sua sentença e reitera o argumento de que o INSS não estaria cumprindo a decisão de concessão automática, realizando estas apenas nos casos em que haveria um pedido (ou provocação, como ela salienta) por parte da defensoria. Ela fez questão de salientar, entre diversos pontos, que, caso o INSS não desejasse implantar o benefício de maneira automática deveria, tão somente, realizar o exame pericial e efetuar o primeiro pagamento do benefício dentro do prazo do prazo. O INSS apresentou seus argumentos no processo, respondendo aos casos que eram anexados pela defensoria, e o juiz determinou que a instituição cumprisse, de forma efetiva, a demanda da ação coletiva. Até o momento de escrita deste texto, o processo encontrava-se em movimentação.

A sucessão dos fatos, no processo judicial e fora dela, dão conta de que toda a disputa e os embates entre a defensoria e o INSS ocorrem a partir da desconstrução da legitimidade que cada uma possuiria em relação a gestão dos benefícios previdenciários. Quem teria o direito de dizer o direito, aqui, acaba indo além da simples enunciação para ceder lugar ao questionamento de quem teria o direito a barrar o acesso à um direito – a defensoria, e o próprio juiz na sentença, argumentam que o auxílio-doença seria um benefício que possuiria um caráter de urgência, não podendo haver demora no processo de solicitação e encaminhamento de respostas ao segurado, o que estaria ocorrendo no Rio Grande do Sul. O INSS alegou, por outro lado, que a defensoria, ao judicializar a administração dos benefícios, estaria invadindo uma seara que não seria de sua competência, barrando o direito que a própria autarquia teria de fazê-lo. O argumento da fraude, da suspeita pelo acesso que seria facilitado ao auxílio-doença por meio da concessão automática, a questão da eficiência na administração pública, tudo que foi apresentado até aqui se aglutina nesta ação coletiva. Moralidades e discursos diversos permeiam, portanto, toda a discussão em torno da concessão de benefícios sem a necessidade da perícia, trazendo para o debate questionamentos sobre a centralidade do critério de avaliação médica estatal para além da avaliação que as pessoas que solicitam estes benefícios já possuiriam, através de seus médicos assistentes.

Para encerrar esta discussão sobre a judicialização do acesso aos benefícios da seguridade, e sobre o papel da DPU nos conflitos envolvendo o INSS, também é importante trazer as discussões empreendidas por João Biehl (2013) e João Biehl e Adriana Petryna (2013) sobre o fenômeno da *judicialização do direito à saúde* no Brasil, relacionado ao

acesso à medicamentos de alta tecnologia e alto custo. João Biehl (2013) destacou, por exemplo, que enquanto analisava a tensa negociação para garantia do direito à saúde, percebia que determinados papéis sociais e posições políticas pareciam estar fora de lugar: o judiciário atuava como uma farmácia, o defensor público como um médico, o médico como um ativista e os pacientes-cidadãos se tornavam os consumidores. Também aqui, esta sensação de que papéis estavam fora de lugar era constante. Porém, neste caso, o judiciário se torna o INSS e os defensores públicos federais os médicos, não os peritos, mas médicos assistentes, aqueles que cuidam e se compadecem do sofrimento de seus pacientes, como mostrado há alguns capítulos atrás. Neste sentido, a busca pelo judiciário para garantia de direitos sociais também tem suscitado diversos debates sobre o papel do Estado e do judiciário, que atua para impelir a ação do primeiro na garantia destes direitos constitucionais, seja através do acesso à medicamentos, do acesso ao auxílio-doença e ao BPC. Aqui, da mesma forma, a judicialização acaba sendo uma alternativa de acesso às políticas de seguridade como um todo, não apenas em relação ao direito à saúde, mas também à previdência e à assistência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A perícia médica previdenciária, como critério de acesso a determinados benefícios de seguridade social, tem suscitado diversos debates, tensões e conflitos. Nesta tese, foram apresentados discursos, concepções, narrativas e disputas em torno desta prática de Estado, que tornaram explícitas moralidades diversas. Diferentes dimensões destes conflitos foram destacadas ao longo dos cinco capítulos que compõem este trabalho. No primeiro, a tentativa foi de apresentar o contexto mais amplo em que a perícia está inserida, demonstrando o quanto as políticas que passaram a integrar o sistema de seguridade social na chamada “Constituição cidadã” foram pautadas por uma distribuição seletiva e desigual de direitos no que tange à previdência e à assistência social. Isto porque a “seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços” (Brasil, 1999) tornaram-se parte de seus princípios constitucionais, embora já acompanhassem a trajetória da seguridade e o lugar que a previdência e assistência ocuparam em diferentes governos e períodos históricos.

Assim, através da nova Constituição, aqueles que podem pagar pelo seguro tem acesso à previdência social e seus benefícios, e aqueles que não podem tem acesso à assistência e aos programas assistenciais de governo. Neste contexto de implementação de direitos sociais (desiguais), a perícia, enquanto uma carreira de Estado, acabou tornando-se um critério decisivo de acesso a estes direitos, e pode-se dizer também que a própria figura do médico perito – o agente do Estado, buscou promover a seleção daqueles que têm direito a determinados benefícios e quais não têm.

Outro ponto destacado nesta tese foi o das múltiplas controvérsias associadas à perícia, tornada uma tecnologia de governo. Uma delas diz respeito ao debate em torno dos conceitos de incapacidade e doença, ao debate em torno da alteração da nomenclatura do benefício auxílio-doença, e questões envolvendo fraude e desconfiança. Da mesma forma, ao tentar se reconstituir os debates morais e os conflitos associados à perícia médica, também foram destacadas disputas de legitimidade associada à atuação dos chamados médicos assistentes, que apresentam diagnósticos e atestam doenças, e da própria prática da perícia em si. O argumento dos médicos peritos do INSS é de que eles possuem a prerrogativa de decisão

sobre a incapacidade (e a deficiência) para o reconhecimento (ou não) de direitos. Isto porque, além de especialistas neste tipo de avaliação, eles também são os profissionais investidos de poder pelo Estado, representantes de uma autarquia federal que administra recursos públicos sob a forma de benefícios previdenciários e também assistenciais. Neste sentido, o laudo médico pericial se diferenciaria do atestado emitido por médicos que tratam as doenças de seus pacientes por ser um documento oficial que responde pela (in)capacidade ou deficiência daqueles que solicitam benefícios junto ao INSS. O argumento moral da justiça social, associado à distribuição e administração do dinheiro público, aos embates com profissionais do campo jurídico sobre o laudo pericial e à utilização de termos técnicos em sua produção, também se constituíram em uma das dimensões dos conflitos levantadas neste trabalho.

A importância que os documentos adquirem para as pessoas, seja no momento de realização da perícia, seja durante a abertura de processo administrativo na Defensoria Pública da União, também foi tema do capítulo quatro. Conforme destacado na introdução do capítulo 4, esta importância foi um dos aspectos mais significativos que se revelaram durante o trabalho de campo. Chamava-me a atenção a quantidade e variedade dos documentos apresentados, não apenas de atestados médicos, exames clínicos e outros que se constituíam como meio de prova de suas doenças e incapacidades (assim como da honestidade e veracidade das solicitações), mas também da própria carteira de trabalho, como comprovante do exercício de determinada atividade e também de determinada cidadania, associada ao emprego remunerado e à contribuição. Embora a apresentação de documentos médicos seja uma exigência legal – “o segurado tem o ônus da prova”, destaca o Manual de Perícias Médicas – o que se verificou, na prática, foi que não existe prova anterior à realização da perícia e que esta prova é produzida pelos próprios médicos peritos no ato da avaliação através do laudo médico pericial. Neste sentido, a decisão final pode levar ou não em consideração os atestados e outros documentos apresentados. Por isso muitas pessoas relatavam a frustração de reunir diversos documentos que sequer seriam lidos durante a perícia, causando perplexidade o indeferimento dos benefícios solicitados mesmo diante da apresentação de diversos atestados e exames que seriam comprovantes também da necessidade dos mesmos. Da mesma forma, a reunião de diversos papéis também se mostrou como representativa da constituição de um arquivo pessoal, com o registro de acontecimentos significativos associados ao diagnóstico de determinadas doenças.

O último capítulo foi dedicado à temática da judicialização do acesso aos benefícios da seguridade social, com destaque para a atuação da Defensoria Pública da União (DPU) nos

conflitos envolvendo o INSS. O trabalho de campo nesta instituição perpassou todos os capítulos da tese, porém neste houve uma tentativa de se destacar não apenas os pontos de tensão e os argumentos de diferenciação da defensoria em relação ao INSS, mas também o quanto há de aproximação entre estas duas instituições estatais, sobretudo através de procedimentos, formalidades e da constituição de uma rotina burocrática, porém “humanizada”. Histórias, casos e causas judiciais foram apresentadas neste capítulo, assim como os diversos argumentos (morais) associados ao debate sobre a concessão automática de benefícios sem a realização de perícia médica. Isto porque a DPU no Rio Grande do Sul também ajuizou uma Ação Civil Pública (ACP) que solicitou esta concessão por conta da demora no agendamento de avaliação pericial junto ao INSS.

Esta tese teve como objetivo mostrar os diferentes conflitos e as diversas moralidades associadas à perícia médica previdenciária. Contudo, quando se destaca, aqui, as diversas moralidades em jogo nestas disputas, sobretudo em relação às decisões e definições de incapacidade, doença e deficiência, não o é para afirmar que existe uma moralidade “corporativa institucional” associada aos médicos peritos, que tem no discurso da fraude e da promoção da justiça social sua expressão máxima, tampouco para se destacar a atuação de promotores do acesso à justiça (defensores públicos) federais *versus* os que dificultariam o acesso à direitos (peritos médicos). Da mesma forma, não quis destacar a existência de uma moralidade médica e uma moralidade jurídica em disputa ante a uma legião de pessoas que se consideram incapacitadas, inválidas ou deficientes, lutando contra as decisões desfavoráveis à concessão de seus benefícios. O que se procurou mostrar foram as disputas em torno das decisões sobre (in)capacidade e deficiência, que acabam conferindo direitos no seu próprio processo de definição. Isto porque, quando se trata de conflitos envolvendo a avaliação pericial do INSS, a definição biomédica e as decisões dos peritos não se constituem na única via possível, sendo estas passíveis de contestação.

Neste sentido, diversos atores buscam não apenas decidir sobre, mas também definir estes conceitos, sejam os próprios médicos peritos de Estado, que teriam competência e legitimidade para tal, sejam os defensores públicos federais, advogados previdenciários que atuam nas instâncias recursais administrativas do INSS, os procuradores federais, em defesa da autarquia e das decisões dos médicos peritos, os peritos judiciais, os médicos do trabalho, os juízes federais que analisam casos e processos judiciais envolvendo contestação do indeferimento de benefícios, e as próprias pessoas que solicitam benefícios, com seus

documentos, seus diagnósticos, suas trajetórias, suas narrativas, seus dramas, e suas reivindicações de jurisprudência.

Após todo o debate apresentado, e enquanto escrevia tese, um decreto alterando o Regulamento de Previdência Social, e associado à determinadas prerrogativas da perícia médica do INSS, foi aprovado⁷⁴. Dentre as alterações previstas estão a possibilidade de a avaliação pericial vir ser realizada por médicos vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS), e a utilização e validação da documentação médica para pedidos de prorrogação do auxílio-doença sem a necessidade de realização de perícia médica. Neste caso, o benefício poderá ser concedido tendo como base o período de recuperação indicado pelo médico assistente. O decreto retira, portanto, a exclusividade da perícia e da produção da prova da incapacidade por parte dos médicos peritos de Estado, e acaba reunindo em torno de si toda a discussão apresentada ao longo desta tese – desde a reivindicação pelo reconhecimento de uma carreira de perícia médica estatal, passando pelos debates (e conflitos) associados à legitimidade das decisões dos peritos do INSS face às avaliações dos chamados médicos assistentes, ao “papel” da documentação médica apresentada pelas pessoas, até à judicialização do acesso aos benefícios da seguridade e às controvérsias da concessão sem a realização de perícia.

Este decreto foi aprovado após um longo período de greve por parte dos peritos do INSS, que tinham entre suas reivindicações a redução da jornada de trabalho de quarenta para trinta horas semanais e em um contexto de diversas ações civis públicas em diferentes unidades federativas prevendo a concessão automática de benefícios por conta do atraso no agendamento e realização de perícias médicas. Neste sentido, as prerrogativas dos peritos também se constituem em pontos de tensão e permanente negociação.

O argumento apresentado pelos médicos peritos em repúdio ao decreto foi o de que a perícia seria um meio de controle de fraudes e concessões indevidas. Esse argumento também perpassou todo o processo de negociação para que a criação de uma carreira de peritos médicos previdenciários fosse aprovada, por mais que a exigência de uma prova da incapacidade já se tornasse uma normativa legal e acompanhasse o desenvolvimento do sistema de seguridade social no Brasil. Estas decisões também acabaram sendo inseridas nos

⁷⁴ 74 Trata-se do Decreto nº 8.691 de março de 2016, que destaca, entre outros pontos, que: “Art. 75A - O reconhecimento da incapacidade para concessão ou prorrogação do auxílio-doença decorre da **realização de avaliação pericial ou da recepção da documentação médica** do segurado, hipótese em que o benefício **será concedido com base no período de recuperação indicado pelo médico assistente**” (Brasil, 2016, grifos meus).

debates sobre a necessidade e centralidade da perícia como condição de acesso aos benefícios da seguridade social.

Neste sentido, diversas moralidades e diferentes olhares estão em jogo nestes conflitos, incluindo o da própria pesquisadora que, do que viu e do que ouviu (em campo), tal como o escritor retratado por Gilles Deleuze em *A literatura e a vida*, “regressou com os olhos vermelhos e o tímpano furado”. Na defensoria, e fora dela, eu ouvi histórias, li documentos, processos, conheci determinadas doenças, sintomas e diagnósticos, vi, ouvi e aprendi sobre (diversas concepções de) incapacidade(s) e deficiência(s), dimensões estas que se tornaram parte do questionamento que dá título a esta tese, e do qual ela procurou dar conta. Também na defensoria, acompanhando os “casos que não deram certo” na via administrativa do INSS, conforme destacado na introdução, ouvi relatos de frustração e angústia frente às decisões de Estado, e as repercussões destas na vida das pessoas que lá buscavam ajuda para resolver seus litígios com o INSS. Ao sair de lá, no entanto, foi reconfortante saber que existe uma motivação e uma luta para que estas decisões possam ser contestadas, ainda que isso implique em novas disputas, e deflagre novos conflitos.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Eduardo Henrique. Aspectos Bioéticos da Perícia Médica Previdenciária. In: *Revista Bioética*, 2011.
- _____. 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.
- _____. Autonomia da perícia médica. *Jirnal do CRM*, CRM MG, 15 dez. 2009.
- ALVES, Cleber Francisco. *Justiça para todos! Assistência jurídica gratuita nos Estados Unidos, na França e no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2006.
- AUYERO, Javier. *Patients of the State: The Politics of Waiting in Argentina*: Duke University Press, 2012.
- BERTUSSI, Luis Antônio Sleimann; TEJADA, César. Conceito, estrutura e evolução da Previdência Social no Brasil. *Teoria e Evidência Econômica*, Passo Fundo, v.11, n.20, maio 2003.
- BEVILAQUA, Ciméa. Etnografias do Estado: algumas questões metodológicas e éticas. In: *Cadernos de Campo*, v.3, 2003.
- _____; LEIRNER, Piero de Camargo. Notas antropológicas sobre a análise antropológica de setores do Estado brasileiro. In: *Revista de Antropologia*. São Paulo, USP, v.43, n.2, 2000.

BIEHL, João. Antropologia no campo de saúde global. In: *Horizontes antropológicos*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2011.

_____ et al. Judicialisation and the Right to Health in Brazil. *The Lancet*, 2009.

_____. The judicialization of biopolitics: Claiming the right to pharmaceuticals in Brazilian courts. In: *American Ethnologist*, v. 40, n.3, pp. 419–436, 2013.

_____; PETRYNA, Adriana. Legal Remedies: therapeutic markets and the judicialization of the right to health. In: _____ *When people come first. Critical studies in global health*. Princeton University Press, 2013.

BOURDIEU, Pierre. A força do direito: elementos para uma sociologia do campo jurídico. In: *O Poder Simbólico*. Bertrand Brasil, 1989.

_____. Espíritos de Estado: gênese e estrutura do campo burocrático. In: *Razões Práticas: sobre a teoria da ação*. Campinas: Papirus, 1996.

BORGES, Antonádia. Sobre pessoas e variáveis: etnografia de uma crença política. In: *Mana. Estudos em Antropologia Social*, 2005.

_____. *Tempo de Brasília: etnografando lugares-eventos da política*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2004.

BOSCHETTI, Ivanete. Implicações da Reforma da Previdência na Seguridade Social Brasileira. *Revista Psicologia e Sociedade*, Porto Alegre, v. 15, n.1, p. 57-96, 2003.

_____. *Seguridade social e trabalho: paradoxos na construção das políticas de previdência e assistência social*. Brasília: Letras Livres/Editora da UnB, 2006.

_____. A Política de Seguridade Social no Brasil. In: *CFESS; ABEPSS. (Org.). Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais*. 1ed. Brasília: CFESS, 2009, v. 1, p. 323-340.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

BRASIL. *Decreto N° 4.682*, de 24 de janeiro de 1923. Lei Eloy Chaves. Cria, em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no país, uma caixa de aposentadoria e pensões para os respectivos empregados.

BRASIL. *Decreto N° 8.691*, de 14 de março de 2016. Altera o Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto n° 3.048, de 6 de maio de 1999.

BRASIL. *Lei N° 3.807*, de 26 de agosto de 1960. Lei Orgânica de Previdência Social. Dispõe sobre a Lei Orgânica da Previdência Social.

BRASIL. *Lei N° 6.179*, de 11 de dezembro de 1974. Institui amparo previdenciário para maiores de setenta anos de idade e para inválidos, e dá outras providências.

BRASIL. *Lei N° 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.

BRASIL. *Lei N° 8.213*, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências.

BRASIL. *Lei N° 8.742*, de 7 de dezembro de 1993. Lei Orgânica de Assistência Social. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências.

BRASIL. *Lei N° 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.

BRASIL. *Lei N° 12.435*, de 6 de julho de 2011. Altera a Lei no 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social.

BRASIL. *Lei N° 12.470*, de 31 de agosto de 2011. Altera os arts. 21 e 24 da Lei no 8.212, de 24 de julho de 1991, que dispõe sobre o Plano de Custeio da Previdência Social, para estabelecer alíquota diferenciada de contribuição para o microempreendedor individual e do segurado facultativo sem renda própria que se dedique exclusivamente ao trabalho doméstico no âmbito de sua residência, desde que pertencente a família de baixa renda; altera os arts. 16, 72 e 77 da Lei no 8.213, de 24 de julho de 1991, que dispõe sobre o Plano de Benefícios da Previdência Social, para incluir o filho ou o irmão que tenha deficiência intelectual ou mental como dependente e determinar o pagamento do salário-maternidade devido à empregada do microempreendedor individual diretamente pela Previdência Social; altera os arts. 20 e 21 e acrescenta o art. 21-A à Lei no 8.742, de 7 de dezembro de 1993 - Lei Orgânica de Assistência Social, para alterar regras do benefício de prestação continuada da pessoa com deficiência; e acrescenta os §§ 4o e 5o ao art. 968 da Lei no 10.406, de 10 de janeiro de 2002 - Código Civil, para estabelecer trâmite especial e simplificado para o processo de abertura, registro, alteração e baixa do microempreendedor individual.

BRASIL. *Lei N° 12.842*, de 10 de julho de 2013. Lei do Ato Médico. Dispõe sobre o exercício da Medicina.

BRASIL. *Lei N° 13.135*, de 17 de junho De 2015. Estatuto da Pessoa com Deficiência. Altera as Leis no 8.213, de 24 de julho de 1991, no 10.876, de 2 de junho de 2004, no 8.112, de 11 de dezembro de 1990, e no 10.666, de 8 de maio de 2003, e dá outras providências.

BRASIL. *Lei Complementar Nº 132*, de 7 de outubro de 2009. Altera dispositivos da Lei Complementar nº 80, de 12 de janeiro de 1994, que organiza a Defensoria Pública da União, do Distrito Federal e dos Territórios e prescreve normas gerais para sua organização nos Estados, e da Lei nº 1.060, de 5 de fevereiro de 1950, e dá outras providências.

BRASIL. *Relatório Tribunal de Contas da União – Concessão e manutenção do auxílio-doença*, 2010.

CAPPELLETTI, Mauro; GARTH, Bryant. *Acesso à justiça*. Porto Alegre: Editora Fabris, 1988.

CARVALHO, José Murilo de. *Cidadania no Brasil. O longo Caminho*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

CODO, Wanderley (org.). *Julgar e cuidar (Saúde mental e trabalho do perito médico)*. São Paulo: LTR Editora, 2013.

COGOY, Daniel Mourgues. Assistência jurídica e judiciária no Brasil: legitimação, eficácia e desafios no modelo brasileiro. In: *Revista da Defensoria Pública da União*, n.5, 2012, p. 155-156.

COHN, Amelia. *Previdência Social e processo político no Brasil*. São Paulo: Editora Moderna, 1981.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA – Departamento de Pesquisas Jurídicas – *Relatório dos cem maiores litigantes do Brasil 2010 e 2011*.

DINIZ, Debora; SQUINCA, Flavia; MEDEIROS, Marcelo. Deficiência, Cuidado e Justiça Distributiva. In: Malu Fontes; Sergio Costa; Flávia Squinca. (Org.). *Tópicos em Bioética*. 1aed. Brasília: LetrasLivres, 2006, v. , p. 82-94.

_____ ; SQUINCA, Flávia; MEDEIROS, Marcelo. Qual deficiência? Perícia médica e assistência social no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(11):2589-2596, 2007.

_____ e SANTOS, Wederson Rufino. Deficiência e perícia médica: os contornos do corpo. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*, Rio de Janeiro, v.3, n.2, p.16-23, jun., 2009^a.

_____ e BARBOSA, Livia. Diversidade corporal e perícia médica: novos contornos da deficiência para o Benefício de Prestação Continuada. *Revista Textos e Contextos*, Porto Alegre v. 8 n.2 p. 377-390. jul./dez. 2009b.

_____. Deficiência, direitos humanos e justiça. In: *SUR – Revista Internacional de Direitos Humanos*, v.6, n.9, 2009c.

_____ e SILVA, Janaína Lima Penalva da. Mínimo social e igualdade: deficiência, perícia e benefício assistencial na LOAS. *Revista Katálysis*, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 262-269, jul./dez. 2012.

DOUGLAS, Mary. *Pureza e Perigo*. Lisboa: Edições 70, 1991.

DUBOIS, Vincent. *The bureaucrat and the poor. Encounters in French welfare office*. Aldershot Ashgate, 2010.

_____. The Functions of Bureaucratic Routines in a Changing Social State: On Interactions with Recipients in French Welfare Offices. forthcoming in Ph. Sandermann (ed.), 2013.

DUARTE, Luiz Fernando Dias. *Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas*. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 1986.

FASSIN, Didier. Gobernar por los cuerpos, políticas de reconocimiento hacia los pobres y los inmigrantes en Francia. *Cuadernos de Antropología Social*, n.17, pp. 49-78 Argentina, Universidade de Buenos Aires, 2003.

FASSIN, Didier. "Le corps exposé: essai d'économie morale d'illégitimité". In: D. Fassin & D. Memmi (orgs.), *Le gouvernement des corps*. Paris: Éditions de l'EHESS, 2004.. pp. 237-266.

_____. "Gobernar por los cuerpos, políticas de reconocimiento hacia los pobres y los imigrantes". *Educação*, 56(2):201-226, 2005.

_____; D'HALLUIM, Estelle. The Truth from the Body: Medical Certificates as Ultimate Evidence for Asylum Seekers. In: *American Anthropologist*, Vol. 107, Issue 4, pp. 597–608, 2005.

_____. *When bodies remember: experiences and politics of AIDS in South Africa*. Berkeley: University of California Press, 2007.

_____. Another politics of life is possible. *Theory, Culture & Society*, Londres, Vol. 26(5): 44–60, 2009.

_____; RECHTMAN, Richard. *The empire of trauma. An inquiry into the condition of victimhood*. Princeton University Press, 2009.

_____. *La raison humanitaire: une histoire morale du temps présent*. Paris: Hautes Études, Gallimard-Seuil, 2010.

_____. "Why ethnography matters: on anthropology and its publics". *Cultural Anthropology*, 28(4):621-646, 2013.

FERREIRA, Leticia Carvalho de Mesquita. *Uma etnografia para muitas ausências: o desaparecimento de pessoas como ocorrência policial e problema social*. Tese de doutorado. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Museu Nacional, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social. Rio de Janeiro, 2011.

_____. "Apenas preencher papel": reflexões sobre registros policiais de desaparecimento de pessoa e outros documentos. In: *Mana*, v.19 n.1 Rio de Janeiro, 2013.

FIGUEIRA, Luiz Eduardo de Vasconcellos. *O Ritual Judiciário do Tribunal do Júri*. Tese de doutorado em Antropologia. Universidade Federal Fluminense. Programa de Pós-Graduação em Antropologia. Niterói, 2007.

FISCHER, Brodwyn. *A poverty of rights: citizenship and inequality in twetieth-century Rio de Janeiro*. Stanford University Press, 2008.

FONSECA, Claudia; SCALCO, Lúcia. A biografia dos documentos: uma antropologia das tecnologias de identificação. In: _____; MACHADO, Helena (org.). *Ciência, identificação e tecnologias de governo*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2015.

_____; MACHADO, Helena. Apresentação. In: *Ciência, identificação e tecnologias de governo*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2015.

FOUCAULT, Michel. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 1977.

_____. *Segurança, Território, População*. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

GIAMBIAGI, Fabio; ALÉM, Ana Cláudia de. *Finanças Públicas: teoria e prática no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2008 – 3ª edição.

GURGEL, JB Serra e. *Evolução da Previdência Social*. Brasília: FUNPREV Fundação ANASPS, 2008.

GINZBURG, Carlo. Sinais: raízes de um paradigma indiciário. In: _____ *Mitos, Emblemas e Sinais. Morfologia e história*. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

GONZAGA, Paulo. *Perícia médica da Previdência Social*. São Paulo: LTR Editora, 4ª Edição, 2006.

GUPTA, Akhil. blurred boundaries: the discourse of corruption, the culture of politics, and the imagined state. In: *American Ethnologist* 22(2):375-402, 1995.

_____. *Red Tape: Bureaucracy, Structural Violence, and Poverty in India*. Durham, Duke University Press, 2012.

HERZFELD, Michael. *The Social Production of Indifference: Exploring the Symbolic Roots of Western Bureaucracy*. Chicago: the University of Chicago Press, 1992.

HOLSTON, James. *Insurgent citizenship: disjunctions of democracy and modernity in Brazil*. Princeton: Princeton University Press, 2008.

- HOMCI, Arthur Laércio. A evolução histórica da previdência social no Brasil. *Revista Jus Navigandi*, Teresina, ano 14, n. 2104, 5 abr. 2009. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/12493>>. Acesso em: 27 jun. 2016.
- JARDIM, Denise. Etnografia entre aduanas. Reflexiones acerca de las formas difusas del control migratório. In: *Revista Temas de Antropología y Migración*, n.3, 2012.
- JASANOFF, Sheila. Just Evidence: The Limits of Science in the Legal Process. In: *Journal of Law, Medicine and Ehtics*, 2006.
- JERÓNIMO, Helena Mateus. A peritagem científica perante o risco e as incertezas. *Análise Social*, Lisboa v.181 n.181 , 2006.
- JUNQUEIRA, Eliane Botelho. Acesso à Justiça: um olhar retrospectivo. *Revista Estudos Históricos*, [S.l.], v. 9, n. 18, p. 389-402, dez. 1996. ISSN 2178-1494. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/reh/article/view/2025>>. Acesso em: 28 Jun. 2016.
- KANT DE LIMA, Roberto. Cultura jurídica e práticas policiais. A tradição inquisitorial. In: *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, n.10, vol. 4, 1989.
- KERTZMAN, Ivan; MARTINEZ, Luciano. *Guia prático da Previdência Social*. São Paulo: Editora da Saraiva, 5ª Edição, 2014.
- LISE, Michelle Larissa Zini et al. Isenção e autonomia na perícia médica previdenciária no Brasil. *Revista Bioética*, 21 (1): 67-74, 2013.
- MELO, Maria da Penha Pereira; ASSUNÇÃO, Ada. A decisão pericial no âmbito da Previdência Social. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 13(2):105-127, 2003

_____. Governo da população: relação médico-paciente no âmbito da perícia médica da Previdência Social. *Interface*, Botucatu, vol.18, n.48, 2014a.

_____. Moralidade e risco na interface médico-paciente na perícia médica da previdência social. *Physis*, vol.24, no.1, Rio de Janeiro, Jan./Mar. 2014b.

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL. *Manual de perícia médica da Previdência Social*. Brasília, 2002.

_____. *Anuário Estatístico da Previdência Social*. Brasília, 2010.

_____. *Anuário Estatístico da Previdência Social: Suplemento Histórico*. Brasília, 2011.

_____. *Anuário Estatístico da Previdência Social*. Brasília, 2014.

_____. 1º Boletim Quadrimestral sobre benefício por incapacidade. *Negativas de concessão do benefício auxílio-doença por forma de filiação*, 2015.

MUNIZ, Jacqueline. Os direitos dos outros e outros direitos: um estudo sobre negociações de conflitos nas DEAMs/RJ. In: SOARES, Luiz Eduardo et al. *Violência e política no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1996.

NERY, Pedro Fernando. *O programa assistencial mais caro do Brasil: sobre o Benefício de Prestação Continuada e uma comparação com o Bolsa Família*. Brasília: Núcleo de Estudos e Pesquisas/CONLEG/Senado, (Boletim do Legislativo nº 16, de 2014). Disponível em: www.senado.leg.br/estudos. Acesso em dezembro de 2014.

NEVES, Delma Pessanha. Políticas de “vitimização” e direitos sociais seletivos. In: SCHUCH, Patrice; FERREIRA, Jaqueline (org.). *Direitos e ajuda humanitária: perspectivas sobre família, gênero e saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

NOVO CÓDIGO DE PROCESSO CIVIL ANOTADO. Porto Alegre: OAB/RS, 2015

OLIVEIRA, Luis Roberto Cardoso de. *Direito legal e insulto moral: dilemas da cidadania no Brasil, Quebec e EUA*. Rio de Janeiro: Relume Dumara, 2002.

OLIVEIRA, Jaime Araújo; TEIXEIRA, Sonia Fleury. *(im)previdência social: 60 de Previdência Social no Brasil*. Petrópolis: Editora Vozes e Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2ª Edição, 1989.

PEIRANO, Mariza. O paradoxo dos documentos de identidade: relato de uma experiência nos Estados Unidos. *Horizontes Antropológicos*, ano 15, n. 32, p. 53-80, 2009.

PEREIRA JÚNIOR, Aécio. Evolução histórica da Previdência Social e os direitos fundamentais. *Jus Navigandi*, Teresina, ano 9, n. 707, 12 jun. 2005. Disponível em: <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.sp?id=6881>>. Acesso em: 28 jun. 2016

PETRYNA, Adriana. *Life exposed. Biological citizens after Chernobyl*. Princeton: Princeton University Press, 2002.

RILES, Annelise. Introduction: in response. In: ____ (ed). *Documents: artifacts of modern knowledge*. Ann Arbor: The University of Michigan Press, 2006.

SADEK, M. T. . Acesso à Justiça: um direito e seus obstáculos. *Revista USP*, v. 93, p. 55-66, 2014.

SAILLANT, Francine. A responsabilidade na intervenção humanitária: indiferença ou engajamento? In: SCHUCH, Patrice; FERREIRA, Jaqueline (org.). *Direitos e ajuda humanitária: perspectivas sobre família, gênero e saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

SANTOS, Boaventura de Sousa. *Para uma revolução democrática da justiça*. São Paulo: Cortez, 2006.

SANTOS, Wanderley Guilherme dos. *Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Campus LTDA, 1979.

SCHUCH, Patrice. *Práticas de Justiça: Antropologia dos modos de governo da infância e da juventude no contexto pós-ECA*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

_____. “Antropologia em campos up, ética e pesquisa”. In: SCHUCH, Patrice; VIEIRA, Miriam S. e PETERS, Roberta. *Experiências, Dilemas e Desafios do Fazer Etnográfico Contemporâneo*. POA, Editora da UFRGS, 2010, p. 29-48.

_____ ; FERREIRA, Jaqueline. Apresentação: direitos e ajuda humanitária: um campo de possibilidades. In: _____. *Direitos e ajuda humanitária: perspectivas sobre família, gênero e saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

SIGAUD, Lygia. *Os clandestinos e a cidade*. São Paulo: Duas Cidades, 1979.

_____. Direito e coerção moral no mundo dos engenhos. In: *Revista estudos históricos*, v.9, n. 18, 1996.

SINHORETTO, Jacqueline. *Ir aonde o povo está. Etnografia de uma reforma da justiça*. Tese de doutorado. Universidade de São Paulo, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, 2006.

SOUZA LIMA, Antonio Carlos de. (Org.) *Gestar e Gerir: estudos para uma antropologia da administração pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2002.

TEIXEIRA, Carla Costa. Pesquisando instâncias estatais: reflexões sobre o segredo e a mentira. In: CASTILHO, Sérgio Ricardo Rodrigues; SOUZA LIMA, Antonio Carlos; _____. (orgs.) *Antropologia das práticas de poder – reflexões etnográficas entre burocratas, elites e corporações*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2014.

TORRES, Graziela Cristine Bündchen. Celeridade do processo e meios alternativos de solução de conflitos: a experiência do Sicoprev. In: *Revista de Doutrina da 4ª Região*. Escola da Magistratura do Tribunal Regional Federal da 4ª Região, 2014. Disponível em: http://www.revistadoutrina.trf4.jus.br/index.htm?http://www.revistadoutrina.trf4.jus.br/artigos/edicao062/Graziela_Bundchen.html. Acessado em outubro de 2015.

VIANNA, Maria Lucia Werneck. *A americanização (perversa) da Seguridade Social no Brasil: estratégias de bem estar e políticas públicas*. Rio de Janeiro: Editora Revan, 1998.

ZACHER, Laura Fernanda. *Estado social, acesso à justiça e defensoria pública. Análise sociológica a partir do estudo de caso do processo de implementação da Defensoria Pública da União*. Monografia de especialização. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2012.

ZARIAS, Alexandre. *Negócio público e interesse privado: análise dos processos de interdição*. Dissertação de mestrado em Antropologia Social. Universidade Estadual de Campinas. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Campinas, 2003.