

ESCOLA DE GUERRA NAVAL

Curso C-PEM/98

Partido

Solução do P-III-7 (Mo) Monografia

Apresentada por

..... HELTON JOSÉ BASTOS SETTA

..... Capitão-de-Mar-e-Guerra (Md)

..... NOME E POSTO



RIO DE JANEIRO

19.98.....



MINISTÉRIO DA MARINHA
ESCOLA DE GUERRA NAVAL

-PERSPECTIVAS DA PERÍCIA MÉDICA NA MB-

HELTON JOSÉ BASTOS SETTA
Capitão-de-Mar-e-Guerra (MD)

1998

d: 66104

g: 91558

ME-EGN
31 108 10000
N: 5,156



Setta, Helton José Bastos
Perspectivas da Perícia Médica na MB. - Rio de Janeiro: EGN, 1998.

57p.

Bibliografia:

Monografia: CPEM, 1998.

1. Perícia Médica. 2. Reabilitação Profissional.
- I. Título.

EXTRATO

O estudo da importância da atividade médico-pericial na MB, a sua evolução e conseqüente análise da Reabilitação, dentro da atual situação prevalente nos meios civil e militar.

Uma visão pessoal das dificuldades do Subsistema Médico-Pericial da MB, bem com^o dos seus aspectos legais e financeiros e a avaliação da Reabilitação Profissional.

A criação do Centro de Perícias Médicas da Marinha surgiu da necessidade de se conseguir uma Organização autônoma administrativamente que pudesse coordenar, planejar, fiscalizar e executar os procedimentos periciais.

O trabalho conclui que a Reabilitação ou Readaptação Profissional é o recurso administrativo apropriado para se disponibilizar o potencial de mão-de-obra, ainda produtiva, correspondente às centenas de militares e civis que todos os anos são reformados ou aposentados, por serem portadores de alguma restrição parcial e permanente, diminuindo custos e otimizando o aproveitamento dos Recursos Humanos, já qualificados.

Tema: Perícia Médica

Título: PERSPECTIVAS DA PERÍCIA MÉDICA NA MB

Tópicos a Abordar: - A importância da Perícia Médica e sua evolução;

- O atual Subsistema Médico-Pericial na MB;

- Apreciação dos resultados obtidos;

- Aspectos legais e financeiros da Perícia Médica;

- Perícia Médica X Reabilitação Funcional;

- Sugestões; e

- Conclusão.

Proposição:

Analisar o atual Subsistema Médico-Pericial da MB. Apreciar a Reabilitação Profissional no meio civil, estudar sua aplicação nas Forças Armadas e mais especificamente na MB. Propor medidas para o aprimoramento do Subsistema Médico-Pericial da MB.

Nº de Palavras: 10.276

SUMÁRIO

	PÁGINA
Proposição.....	
Introdução.....	
CAPÍTULO 1 - A PERÍCIA MÉDICA NA MB.....	1
- SEÇÃO I - SUA IMPORTÂNCIA.....	1
- SEÇÃO II - A EVOLUÇÃO DA PERÍCIA MÉDICA.....	4
- SEÇÃO III - O SUBSISTEMA MÉDICO-PERICIAL DA MARINHA.....	6
- SEÇÃO IV - CONSTITUIÇÃO E CARACTERÍSTICAS DAS JUNTAS DE SAÚDE.....	10
- SEÇÃO V - AUDITORIA DE PERÍCIAS MÉDICAS.....	12
- SEÇÃO VI - ANÁLISE DA PERÍCIA MÉDICA E SUGESTÕES.....	14
- SEÇÃO VII - APRECIÇÃO DOS RESULTADOS OBTIDOS	22
 CAPÍTULO 2 - ASPECTOS ÉTICO-LEGAIS, LEGAIS E FINAN- CEIROS RELACIONADOS A PERÍCIA MÉDICA..	 26
- SEÇÃO I - ASPECTOS ÉTICO-LEGAIS.....	26
- SEÇÃO II - ASPECTOS LEGAIS.....	27
- SEÇÃO III - ASPECTOS FINANCEIROS.....	30
 CAPÍTULO 3 - REABILITAÇÃO PROFISSIONAL.....	 34
- SEÇÃO I - A IMPORTÂNCIA DA REABILITAÇÃO PROFISSIONAL.....	34
- SEÇÃO II - MERCADO DE TRABALHO.....	35
- SEÇÃO III - A REABILITAÇÃO PROFISSIONAL NO MEIO CIVIL.....	35
- SEÇÃO IV - CENTRO DE REABILITAÇÃO PROFISSI- ONAL DO INSS.....	37
- SEÇÃO V - REABILITAÇÃO PROFISSIONAL NA MA- RINHA.....	41
- SEÇÃO VI - REABILITAÇÃO PROFISSIONAL NO E- XÉRCITO.....	43
- SEÇÃO VII - REABILITAÇÃO PROFISSIONAL NA AE- RONÁUTICA.....	44
- SEÇÃO VIII - SUGESTÕES.....	47
 CAPÍTULO 4 - CONCLUSÃO.....	 50
 ANEXO A - PROPÓSITOS DA PERÍCIA MÉDICA.....	 A-1
ANEXO B - ORGANOGRAMA SIMPLIFICADO DO CPMM.....	B-1
ANEXO C - TIPOS DE INSPEÇÕES DE SAÚDE.....	C-1
ANEXO D - HIERARQUIA FUNCIONAL DO SSPM.....	D-1
ANEXO E - FLUXOGRAMA DO PROCESSO DE REABILITAÇÃO...	E-1
ANEXO F - PERÍCIA MÉDICA X ACIDENTE DE TRABALHO X REABILITAÇÃO.....	F-1
ANEXO G - RELAÇÃO DE ENTREVISTAS REALIZADAS.....	G-1
BIBLIOGRAFIA.....	H-1

INTRODUÇÃO

A escolha do tema é plenamente relevante pela importância das suas diversas implicações para a Administração Naval. As transformações que ocorreram desde a implantação da atividade pericial na Marinha do Brasil (MB), por volta de 1850, até os dias atuais, mostram a conveniência de se examinar sanitariamente o indivíduo que ingressará na MB, e de se manter o seu acompanhamento periódico posterior com a finalidade de se evitar ou detectar precocemente, condições indesejáveis, minimizando os transtornos para a Instituição e para os próprios indivíduos.

Meu contato com a Perícia Médica teve início quando ainda no posto de Primeiro-Tenente, desempenhando a função de Médico Perito Isolado (MPI), tendo prosseguido até atingir o cargo de Vice-Diretor do Centro de Perícias Médicas da Marinha, como Capitão-de-Mar-e-Guerra. Essa experiência motivou a escolha do referido tema.

A Perícia Médica passou por várias fases, tendo adquirido maior relevância a partir de 1966, com a emissão das "Instruções Reguladoras para as Inspeções de Saúde na Marinha (IRISMA)". Com o progressivo desenvolvimento do setor pericial, a MB fortaleceu o seu Sistema de Saúde (SSM), uma vez que estabeleceu, como um dos pilares do mesmo, o Subsistema Médico-Pericial (SMP).

A criação do Centro de Perícias Médicas da Marinha (CPMM), em 1995, propiciou a consolidação das experiências adquiridas durante as últimas quatro décadas, tanto no aspecto técnico como no administrativo, e originou uma Organização Militar(OM) com autonomia para coordenar, planejar, fiscalizar e executar as atividades periciais.

A MB despende considerável parcela de tempo e dinheiro na formação do pessoal de que necessita, distribuídos pelos seus diversos Corpos e Quadros. Frequentemente, esse investimento é desperdiçado, ao se reformar militares que poderiam ser reabilitados ou readaptados para outras funções.

Os propósitos deste trabalho são: demonstrar a importância da Perícia Médica; relatar algumas das dificuldades observadas no âmbito do SMP; os resultados obtidos; os aspectos legais e financeiros envolvendo o Subsistema; e a Reabilitação Profissional de militares qualificados que ainda apresentam relativa capacidade laboral; e, por fim, avaliar a Reabilitação Profissional no meio civil, na Aeronáutica e no Exército, a fim de prover um embasamento para futuras decisões.

Não é pretensão do autor sanar as dificuldades relacionadas à Perícia Médica da Marinha, mas, sim, oferecer subsídios para que a atividade pericial possa alcançar o aprimoramento que levaria a níveis ainda mais elevados de integração do homem com a instituição, atingindo o desempenho a que todos almejam.

CAPÍTULO 1

A PERÍCIA MÉDICA NA MARINHA DO BRASIL.

SEÇÃO I - SUA IMPORTÂNCIA

Escusado é ressaltar-se a importância da manutenção da higidez no âmbito da carreira militar. Conseqüentemente, é preciso aferi-la com considerável freqüência - eis aí o primordial papel do SMP.

A atividade-fim do SMP é realizar inspeções de saúde em pessoas indicadas pelas autoridades competentes, com a finalidade de verificar formalmente, em determinado momento, o seu estado de sanidade psicofísica. Essa função é denominada de *Perícia Médica*. Por extensão, as Perícias Médicas de conteúdo técnico mais complexo, para atender a determinadas finalidades médico-administrativas, são consideradas *Inspeções de Saúde*(IS).

É fundamental que o SMP: selecione os mais aptos, por ocasião do ingresso na MB; controle a higidez daqueles que participam dos seus efetivos; e identifique aqueles que já não têm condições de saúde para atender aos requisitos da carreira, e precisam receber o amparo da legislação de caráter ocupacional. Essas tarefas básicas são da maior importância no assessoramento da Administração de Pessoal, para que a MB possa cumprir a contento sua missão.

Dos médicos incumbidos do exercício da Medicina Pericial, isto é, aqueles que procedem à avaliação da capacidade laborativa do homem, são exigidas certas particularidades, tais como conhecimento especializado de Perícia Médica, e capacidade de pronunciar-se conclusivamente sobre condições de saúde e aptidão para o exercício de trabalho, a fim de enquadrar o inspecionado em situações legais ou regulamentares pertinentes.

As doenças devem ser correlacionadas com o tipo de trabalho e o ambiente em que ele é exercido, e o Médico Perito deve ser treinado para avaliar estas e outras variáveis.

É necessário ter conhecimentos de clínica-geral e noções sobre as demais especialidades médicas; interpretar exames complementares; elaborar hipóteses diagnósticas e diagnósticos etiológicos; analisar as terapêuticas prescritas; conhecer a legislação referente ao Trabalho e à Previdência Social; e, obviamente, para julgar, dispor de atributos de personalidade e caráter, entre eles idoneidade moral, independência, equilíbrio e imparcialidade, além de facilidade de comunicação e relacionamento.

Por ter a atividade pericial mais características administrativas do que médicas, além de exigir grande responsabilidade e qualificação específica, não oferece atrativos a quem para ela é designado, sendo, sempre que possível substituída por outras atividades mais atraentes do ponto de vista médico, como a clínica e a cirurgia.

A árdua e incessante tarefa obriga os que a desempenham a uma permanente atualização, pois a evolução constante da Medicina, e a recorrente modificação de dispositivos legais e regulamentares, rapidamente tornam obsoletos conceitos até há pouco válidos. Sob outro ângulo, poder-se-ia propugnar um SMP mais ativo, que buscasse desenvolver padrões de saúde ideais, a despeito do volume expressivo de trabalho, necessariamente preciso e ágil, que abrange a ascensão do militar desde seu ingresso na MB, até a transferência para a reserva e/ou reforma.

Medicinas Pericial e Preventiva em consonância: esta seria a realização plena do SMP, buscando levar os militares e servidores civis a desfrutar de um estado de saúde plena, o mais completo e duradouro possível a cada um.

Atualmente, a Diretoria-Geral do Pessoal da Marinha (DGPM), por meio da DGPM-406 (Normas Reguladoras para Inspeções de Saúde na Marinha), assessorada pela Diretoria de Saúde da Marinha (DSM), institui índices mínimos e padrões obrigatórios. A DGPM é a responsável pela delicada função de estabelecer critérios e diretrizes para avaliação de condições psicofísicas que preencham as necessidades da MB.

Com base nesses índices mínimos de higidez e demais exames, selecionam-se os candidatos ao ingresso na MB. Esses procedimentos continuam através de exames de controle periódico para permanência no SAM, habilitação para cursos diversos, para comissões especiais, para promoção e transferência para reserva remunerada, e outras situações,

quando necessário.

Dentro de um contexto logístico de saúde, a Perícia Médica tem, entre seus propósitos principais: a profilaxia e a detecção precoce de patologias, o levantamento do perfil psicológico e biométrico, a manutenção da prontificação das tripulações, a reclassificação para novas atividades, e a seleção dos mais aptos para as tarefas especiais (ANEXO A).

As questões sobre a Readaptação Profissional e a Reclassificação Funcional, ou seja, a Reabilitação Profissional, são assuntos merecedores de uma análise mais detalhada e constituem o ponto maior de reflexão desta monografia com o intuito do aperfeiçoamento do ato pericial e conseqüente ganho para a MB, em termos de redução do ônus financeiros e da manutenção em atividade de pessoas no mínimo bem qualificadas.

SEÇÃO II - A EVOLUÇÃO DA PERÍCIA MÉDICA

A Perícia Médica na MB teve seu início com a criação do Corpo de Saúde, e a primeira Junta de Saúde(JS) de que se tem notícia, no meio naval, foi aprovada pelo Decreto nº 1981, de setembro de 1857, com regulamentação no ano seguinte.

O desenvolvimento da Perícia Médica foi lento, pois as IS careciam de normatização objetiva de seus critérios. Inicialmente, a seleção era feita em bases puramente orgânicas, eliminando aqueles que apresentassem deficiências físicas evidentes e grosseiras. A tarefa de selecionar os fisicamente mais capazes e de identificar

aqueles que não demonstrassem condições de satisfatório desempenho, coube ao médico militar, desde o início de sua participação nas campanhas militares, datando daí, a importância da Perícia Médica como atividade a ser desempenhada pelos profissionais da Saúde, paralelamente às demais por eles exercidas.

Pelo Decreto nº 6507, de 11 de junho de 1907, foi reorganizada a Inspetoria de Saúde Naval; o Capítulo V do mesmo dispunha sobre "Juntas de Saúde da Marinha", caracterizando-as como atividade organizada. A Perícia Médica foi sendo ampliada; e passou a dispor de legislação pertinente pelo Aviso nº 4672, de 24 de novembro de 1924, só revogado pelo de nº 659, de 13 de abril de 1945, que aprovou as "Instruções para o Serviço de Inspeção de Saúde da Marinha", e as "Listas das doenças, afecções, síndromes, deformidades funcionais, que invalidam, motivam a inaptidão ou isentam para o Serviço da Armada".

Entretanto, só a partir do Decreto nº 57654, de 20 de janeiro de 1966, que aprovou as IRISMA é que se constatou uma real evolução na área pericial. A consolidação dessas iniciativas teve lugar com a criação do SMP, por meio da Portaria nº 0150, de 23 de janeiro de 1979, que o incluiu no SSM.

O passo seguinte ocorreu em 1984, com a ativação do Centro de Perícias Médicas, em nível equivalente a uma superintendência, do Hospital Central da Marinha (CPM-HCM). Um de seus propósitos era a centralização, naquele hospital,

das IS para seleção. Isso levou à regulamentação complementar dos tópicos abordados nas IRISMA, com a edição das instruções permanentes denominadas por HOSPIMARINST-RIO.

Em 1991, a DSM após exaustivas revisões, alterações e complementações, reuniu todas as publicações relacionadas no âmbito pericial e emitiu a DOUTOMARINST nº 20-01, que unifica todos os documentos técnico-administrativos orientadores dos procedimentos médico-periciais. Por fim, a Portaria Ministerial nº 0184, de 13 de março de 1995, criou CPMM como OM, com o propósito de contribuir para a eficácia do SSM. Cabe-lhe planejar, coordenar e controlar as atividades do SMP, realizar IS e propor à DSM a adoção de medidas para o aperfeiçoamento do SMP.

SEÇÃO III - O SUBSISTEMA MÉDICO-PERICIAL DA MARINHA (SMP)

O SMP é um dos três pilares do SSM, em conjunto com o Subsistema Assistencial e o Subsistema Logístico de Saúde.

Na criação do CPMM, estabeleceu-se que a ele competiria planejar, coordenar e controlar as atividades médico-periciais da MB, cujas tarefas são desempenhadas por suas diversas JS e pelos MPI, em todos os Distritos Navais (DN). O CPMM, além de auditar todas as IS realizadas pelo SMP, é o maior executor das referidas IS, tendo realizado, em 1997, 42500 auditagens, 12750 IS realizadas, e expedido 5816 certidões, laudos e outros documentos (G:15).

O CPMM é a maior estrutura organizacional do SMP. Seu Diretor é um Contra-Almirante Médico, que também exerce as funções de Presidente da Junta Superior de Saúde (JSS), como é demonstrado no ANEXO B.

O SMP, de acordo com a publicação DGPM-406, é constituído por diversos níveis de JS e MPI, estes utilizados apenas para situações especiais, obedecendo ao princípio da hierarquia funcional e de acordo com a obrigatoriedade de cada JS.

Para uma melhor compreensão do assunto, vale mencionar alguns conceitos relacionados à atividade médico-pericial:

a) Junta de Saúde(JS):

É a reunião formal de três ou cinco médicos da MB, militares ou civis, designados por Portaria de autoridade competente, para exercerem, em grupo, determinadas funções periciais. São organizadas hierarquicamente, como se verá a seguir.

b) Inspeção de Saúde(IS):

É a perícia médica realizada por uma JS ou MPI em qualquer pessoa, militar ou civil, indicada por autoridade competente, com a finalidade de verificar, naquele momento, o seu estado de sanidade psicofísico.

c) Médico Perito Isolado(MPI):

É o médico militar ou civil da MB, investido por ato da autoridade a que estiver subordinado, para realizar exames médico-periciais e emitir laudos de IS de sua competência, que serão encaminhados às Juntas Regulares de Saúde(JRS) e

Junta de Saúde para Atividades Especiais(JSAE). Os casos suspeitos de inaptidão não poderão ser concluídos pelo MPI e deverão ser encaminhados às JS mencionadas.

d) Perícia Médica:

É a atividade em si de se examinar o postulante, e de se avaliar sua capacidade laborativa para habilitação a uma situação prevista em lei - freqüentemente o direito à percepção de um benefício.

e) Médico Perito (Agente Médico-Pericial):

É o médico dedicado à avaliação da capacidade do examinado, para enquadramento na situação legal pertinente.

O perito deve ater-se à boa técnica e respeitar a disciplina legal e administrativa. Deve ser justo, para não negar o que é legítimo, nem conceder graciosamente o que não é devido. Deve rejeitar pressões de qualquer natureza ou origem, tanto a dos beneficiários, como especialmente as de outras fontes que procurem exercer tráfico de influência, seja de suposta autoridade ou de interesse pecuniário. Respeitadas as leis e os preceitos técnicos, o médico perito deve ser independente e responder apenas à sua consciência, como um bom juiz.

f) Incapacidade Temporária:

É a situação em que o militar ou servidor civil, no momento da IS, apresenta sinais de lesão, doença ou defeito físico passível de cura.

g) Invalidez:

É a situação em que o militar ou servidor civil, no

momento da IS, apresenta sinais de lesão, doença ou defeito físico incurável e impeditivo de qualquer atividade.

Vistos esses conceitos, passamos a demonstrar como funciona a atividade pericial, em termos estruturais. Sua dinâmica é apresentada no Anexo C. Qualquer JS pode exercer, nas situações previstas na legislação, as atribuições que normalmente competem a JS de instância inferior ou ao MPI.

Hierarquicamente, existe a seguinte precedência no SMP:

-Junta Superior de Saúde (JSS).

-Junta Superior Distrital (JSD) e Junta de Saúde para Atividades Especiais (JSAE).

-Junta Regular de Saúde (JRS).

-Médicos Peritos Isolados (MPI).

A JSS e a JSAE funcionam apenas no CPMM. As JSD são em número de sete, uma em cada Distrito Naval, exceto no 8º DN. As JRS são trinta e duas, assim distribuídas: dezoito no 1º DN; duas no 2º DN; cinco no 3º DN; duas no 4º DN; duas no 5º DN; uma no 6º DN; uma no 7º DN; e uma no 8º DN. Colaborando com o SMP, com um número variável, vêm os MPI que constituem a menor unidade organizacional do conjunto (ANEXO D).

Complementando toda essa estrutura, pode-se citar o Departamento de Auditoria Médico-Pericial, diretamente subordinada ao Diretor do CPMM, que realiza a auditoria médica de todas as IS realizados na MB, concluindo o ciclo médico-legal do SMP.

SEÇÃO IV - CONSTITUIÇÃO E CARACTERÍSTICAS DAS JUNTAS DE SAÚDE

Junta Superior de Saúde (JSS)

A JSS constitui a instância hierárquica máxima nas questões periciais do SMP. É a única presidida por um Oficial General Médico, que é o Diretor do CPMM. É composta por quatro membros médicos e um secretário, também médico, porém sem direito a voto, cujo os nomes são propostos pelo DSM ao DGPM, que os designa por Portaria. Seu funcionamento se dá no CPMM e as IS que realiza são em grau de recurso ou revisão das inspeções efetuadas pelas JSD e JSAE. Estas IS podem ser solicitadas pelos Titulares das OM, mas só o DGPM, pode determiná-las.

Juntas Superiores Distritais (JSD)

São os agentes médico-periciais regionais de nível mais elevado nas áreas de jurisdição dos Distritos Navais. São constituídas por um Oficial Superior médico da ativa (Presidente) e quatro membros, também médicos, todos designados pelos Comandantes dos DN.

As JSD funcionam nos Hospitais Navais Distritais ou nos Departamentos de Saúde dos Comandos dos DN. No 1º DN, funciona no CPMM. Elas homologam ou revêem os laudos das JRS e JSAE que tenham sido exarados relatando incapacidade definitiva em militares do Serviço Ativo da Marinha (SAM) e da reserva remunerada por invalidez, bem como por incapacidade permanente de Servidores Civis. São consideradas JS de

Revisão e Recurso de primeira instância.

Junta de Saúde para Atividades Especiais (JSAE)

É o agente médico-pericial responsável pelas IS relacionadas com o exercício de atividades especiais, que exijam um elevado grau de higidez psicofísica, como missões ligadas a pára-quedismo, aviação, mergulho e imersão.

É presidida por um Oficial Superior médico da ativa, aperfeiçoado em Medicina de Aviação, ou Medicina Submarina e de Mergulho. Conta com outros quatro membros, sendo dois cursados em Medicina de Aviação e dois em Medicina Submarina e de Mergulho.

A JSAE funciona no CPMM. O Médico Perito Isolado Qualificado (MPIQ), com curso de Emergência em Medicina Submarina e Mergulho pode realizar IS periódicas no pessoal militar da ativa ou civil, que exerce atividades hiperbáricas. Mas se verificada uma incapacidade temporária ou definitiva para o SAM ou para Atividades Especiais, o militar ou civil deve ser encaminhado para a JSAE. Caso o militar seja enquadrado numa Incapacidade Definitiva para o SAM (ou o civil, para o Serviço Público), ele deverá ser encaminhado à JSD.

Junta Regular de Saúde (JRS)

São os agentes médico-periciais que realizam o maior número de IS, comparadas com as demais JS, apesar de existirem em maior número. São presididas, preferencialmente,

por um Oficial Superior médico da ativa e dispõe de mais dois membros, designados por Comandante ou Diretor da OM, podendo existir tantas quantas forem necessárias em cada Setor de Distribuição de Pessoal (SDP). Executam as IS de rotina, exceto as realizadas pelas JS, hierarquicamente superiores e homologam as IS realizadas pelos MPI.

Estas juntas também realizam IS em servidores civis, sendo imprescindível que seus membros tenham conhecimento da Lei 8.112, de 11 de dezembro de 1990, que dispõe sobre o Regime Jurídico dos Servidores Públicos Civis da União.

As JRS realizam IS para seleção e ingresso nos diversos Corpos e Quadros da MB, estando por isso mais expostas à interposição de ações judiciais.

Médico Perito Isolado (MPI)

Tem por atribuição realizar IS nos locais onde inexistem JS. Num passado remoto, contribuía para aliviar a sobrecarga das JS. Hoje, esta atividade só é exercida em localidades de difícil acesso e sem possibilidade de formação de JS. Esta função pode ser desempenhada por quaisquer médicos da MB. Realizam apenas as IS de rotina, e mesmo que tenham concluído pela aptidão do inspecionado, deverão encaminhar seus laudos, para homologação, a uma JS de instância superior.

SEÇÃO V - AUDITORIA DE PERÍCIAS MÉDICAS

Trata-se de um setor do CPMM, em nível de Departamento, subordinado diretamente ao Diretor, incumbido de auditar

todas as IS e atos afins realizados na MB. A fiscalização que este setor exerce na documentação médico-pericial deve ser minuciosa, verificando se a forma e o conteúdo dos mesmos estão de acordo com as normas preconizadas.

Se a documentação não corresponder às normas, deverá ser devolvida à JS de origem, acompanhada de uma papeleta de processamento que indique as impropriedades encontradas e a maneira correta para saná-las. O documento, após ser novamente escriturado (já que não deverá apresentar rasuras), será restituído à Auditoria, junto com a papeleta que apontava os erros e as medidas corretivas (G:7).

A Auditoria não tem caráter punitivo ou disciplinar, mas deve detectar os possíveis erros documentais e a coerência entre o texto e o laudo emitido, uniformizando, desta forma, os atos médico-periciais em toda a MB. Esta documentação deverá ser a mais correta possível, pois com certa frequência é solicitada pelas Justiças Militar e Comum.

Dentre as atribuições da Auditoria, cabe ainda ressaltar: emitir certidão nos casos de invalidez; fornecer cópia ou certidão de documento médico-pericial para fins administrativos e judiciais; e controlar o arquivamento destes documentos.

Após a auditoria, os documentos periciais são numerados, microfilmados e sob esta forma arquivados no Serviço de Documentação da Marinha (SDM), em condições ideais de segurança e climatização, que podem perdurar ali aproximadamente por cem anos. Cópia dos mesmos é enviada para

a Auditoria, para consultas rotineiras.

SEÇÃO VI - ANÁLISE DA PERÍCIA MÉDICA E SUGESTÕES

Sem a pretensão de efetuar uma análise completa da situação atual do SMP, são abordados a seguir alguns tópicos, selecionados por sua relevância, com o propósito de expor certas situações e características passíveis de elevação dos seus padrões de eficiência.

Recursos Humanos:

O SMP compartilha das mesmas limitações quantitativas, de Recursos Humanos, do SSM; portanto, com frequência algumas das JS são temporária ou definitivamente desativadas. Os integrantes das JS, em sua maioria, não contam com substitutos para cobrir as suas férias e outros afastamentos temporários do serviço, previsíveis.

Isto gera significativas dificuldades administrativas, tanto para as OM que sediam os Agentes Médicos-Periciais, como para o SMP, pois outras JS são inopinadamente incubidas de arcar com as tarefas das JS desativadas, quando ocorrem os citados afastamentos temporários.

O ideal seria que cada JS contasse com um membro adicional, denominado "suplente", que acompanharia os trabalhos, sem ter direito a voto, e que, em caso de afastamento de quaisquer dos membros, atuaria na condição de membro efetivo. Em caso da falta do Presidente, o membro efetivo mais antigo o substituiria, e o suplente, agora na

sug. 101

condição de membro efetivo, completaria a composição da JS (a exemplo do que já é praticado em várias das outras modalidades de comissões padronizadas na MB).

Ainda está pendente a definição de uma Política de Recursos Humanos para o SMP, que atenda efetivamente aos seus aspectos qualitativos, pois se sabe que o perfil desejável dos Agentes Médicos-Periciais inclui:

a) uma razoável experiência da prática médica em geral, o que, a princípio, já exclui os recém-formados;

b) a motivação para atuar no SMP, primordial porque essa tarefa exige iniciativa, capacidade de observação ativa e crítica e de análise inquiritiva, características comportamentais pouco frequentes nos profissionais compelidos, e intimamente inconformados, com a designação para a função médico-pericial;

c) atributos específicos, como: tato, bom senso, discernimento, autodeterminação, discrição, adaptabilidade ao trabalho em equipe, e capacidade de resistir a pressões psicológicas; e

d) uma satisfatória experiência especializada de atuação no setor médico-pericial, a qual é fundamentalmente adquirida na prática do dia-a-dia.

Seria apropriado que o médico fosse inicialmente designado como membro de uma JS, ao lado de pelo menos dois médicos experientes como Agentes Médicos-Periciais, ou então como MPI, sob a supervisão atenta e constante de um Agente Médico-Pericial experiente, somente vindo a galgar a posição

de Presidente de uma JRS ou a de membro de uma JSD, após muitos meses de treinamento prático.

Pelo mesmo motivo, deve ser evitada a substituição simultânea de dois ou mais integrantes de uma JS, e sim um de cada vez, e com o intervalo de vários meses entre elas, para se permitir a adaptação e a transferência de conhecimentos necessários aos iniciantes. } super

De forma análoga, as designações para a presidência das JSD; para o Departamento de Auditoria Médico-Pericial; e para a chefia do Departamento de Perícias Médicas do CPMM; bem como para a assessoria médico-pericial da DSM seriam preferencialmente reservadas aos Agentes Médico-Periciais experientes.

Algumas especialidades são de suma importância ao SMP, e surgem freqüentes dificuldades quando os peritos precisam basear-se exclusivamente em Pareceres Clínicos de médicos especialistas, restritos à visão assistencial, por uma questão de diferenças de paradigmas. Como exemplo, podemos citar, em ordem de importância: Psiquiatria, Ortopedia, Cardiologia e Neurologia. É necessário que exista pelo menos um especialista de cada uma destas áreas atuando no CPMM. } departamentos

O papel desempenhado pela enfermagem também é fundamental, uma vez que vários dos procedimentos técnicos são exclusivamente confiados ao pessoal da enfermagem, desde que os seus resultados sejam reportados como normais (somente quando é participada aos peritos a obtenção de um resultado anormal, um dos médicos se incube de aprofundar a avaliação

quanto àquele aspecto específico). Dentre eles podem ser citadas as mensurações de: peso, altura, temperatura, frequência cardíaca, pressão arterial, acuidade visual e auditiva e capacidade de discriminação de cores.

Para elevar o grau de compromisso e integração do pessoal de enfermagem com os peritos, o ideal é que fosse instituída a função de "Técnico Médico-Pericial", e que as praças passassem a ser formalmente designadas para o desempenho da mesma, por Ato Administrativo do titular das OM, distinguindo-as das demais (G:2).

As praças que atuam como auxiliares dos peritos devem ser selecionadas sobretudo pela confiabilidade que inspiram, pois exercem atividades técnicas de grande responsabilidade e manipulam a documentação médico-pericial, sempre sigilosa, desempenhando também importantes atividades administrativas.

O número de praças da especialidade de Enfermagem(EF) necessárias a cada JS é variável, em função do volume de trabalho de cada uma, e das características operacionais peculiares a cada modalidade de Agente Médico Pericial. Em relação aos escreventes, pelo menos, até que esteja plenamente disponível o Sistema de Emissão Informatizada de Termos de Inspeção de Saúde(TIS), para se estimar a necessidade de Escreventes, pode-se tomar por base que uma praça treinada datilografa, em média, quinze TIS por dia, desde que esteja isenta de outras atribuições colaterais, dedicando-se exclusivamente a essa atividade.

Aspectos Conjunturais

O SMP seria beneficiado caso houvesse um processo de conscientização e esclarecimento permanentes do pessoal em geral do SSM, quanto a pontos específicos, como:

a) a obrigatoriedade da confirmação da identificação dos pacientes, no ato da realização de qualquer exame que subsidiará Perícias Médicas, sem concessões de qualquer tipo;

b) noções básicas sobre as diversas modalidades de IS e as decorrências administrativas dos variados laudos, de modo a reconhecer os casos em que o inspecionado tende a subdimensionar o relato do seu quadro (mais notadamente em inspeções admissionais e demais de caráter seletivo); em contraste com aquelas em que a tendência é a de supervalorizar as queixas, prevalente nos casos passíveis de concessão de Licença para Tratamento de Saúde Própria (LTSP), nos militares que se julgam atravessando situação adversa, nas respectivas carreiras, nas suas vidas privadas, ou em suas OM; e

c) a perspectiva de que as IS admissionais ou seletivas do pessoal sem estabilidade visam a salvaguardar a Administração Naval do ônus decorrente da aprovação de inspecionados portadores de patologias, de má-formação ou adquiridas, ainda que em grau discreto de acometimento, passíveis de gerar limitações das condições laborativas, de tratamento especializado e dispendioso, ou ainda da necessidade de uma reforma, a curto e médio prazos.

Sabe-se que, até mesmo alguns dos profissionais da área de saúde, com visão exclusivamente assistencial, quer através de sua emissão de pareceres especializados, quer através de conversas informais, manifestam sua improcedente divergência, quando os Peritos consideram jovens como incapazes para ingresso ou para a permanência no SAM, porque estes são portadores de patologias, por exemplo, oftalmológicas, ortopédicas, cardiocirculatórias, e otorrinolaringológicas em graus moderados de acometimento.

Em relação ao pessoal dos demais Corpos e Quadros, também caberia maior esclarecimento quanto ao SMP, de modo a que:

a) profissionais do SMP fossem ouvidos quanto à elaboração dos cronogramas dos processos seletivos, mormente os admissionais;

b) as IS dos Processos Seletivos Admissionais, inclusive os realizados em localidades fora do Rio de Janeiro, deveriam ser efetuados por peritos experientes do SMP, com o apoio das equipes adequadas, e com disponibilidade de tempo necessário a uma boa seleção, uma vez que eventuais equívocos nestas IS geram conseqüências desagradáveis e muitas vezes onerosas para o SSM;

c) ter em vista a observância dos prazos de apresentação e reapresentação (e para o efetivo comparecimento) de seus subordinados às sedes dos Agentes Médico-Periciais, bem como para o controle, sob os aspectos administrativo e militar, do pessoal que se encontra em LTSP; e

d)atenção para a criteriosa apuração das circunstâncias que envolvem os acidentes com os seus subordinados, para o correto preenchimento do Atestado de Origem (AO), mesmo quando os acidentes não têm nexos causal com o serviço, pois o AO tanto visa a resguardar os direitos dos acidentados em serviço, como à Administração Naval, de futuras pretensões descabidas.

Com relação a aspectos normativos:

a)seria benéfica a adoção de uma dinâmica de freqüentes e constantes revisões, reavaliações, reposicionamentos e reajustes das normas que regem o SMP, por meio de Folhas de Distribuição de Modificações (FOM) visando a um progressivo aprimoramento e atualização nos dispositivos regulamentares de cunho médico-pericial. Estes dispositivos com facilidade se tornam obsoletos em virtude dos avanços da medicina, das mudanças conjunturais e estruturais da MB e da Legislação. Existe uma dificuldade própria, natural, em serem redigidos, de forma isolada, documentos tão abrangentes, sem deixar pontos omissos, ou sem incorrer em trechos, redigidos, de forma a que não deixassem dúvidas quanto à sua interpretação;

b)ainda pode ser melhorada a forma de controle do pessoal que se encontra em LTSP, de modo a que o SMP se certifique, de fato, de que o Licenciado está se dedicando, com empenho, ao seu tratamento;

c)os dados estatísticos e as tendências por meio deles levantadas ainda podem ser mais bem aproveitadas para

direcionar o planejamento de ações, nos campos da prevenção e do diagnóstico precoce de patologias;

d) para um melhor aproveitamento dos militares já com estabilidade assegurada na MB, e detentores de experiência profissional valiosa, porém portadores de patologias que gerem restrições laborativas, parciais em caráter prolongado (ou definitivo), seria desejável que as normas possibilitassem o enquadramento em recomendações restritivas por períodos longos (ou definitivos, pois o máximo atualmente permitido é de seis meses consecutivos);

e) foi constatada a necessidade de que a modalidade de IS para missão no exterior seja melhor regulamentada, pois atualmente, os militares que simplesmente renovam o seu controle periódico se encontram aptos para viajar em missão para o exterior, sem terem sido submetidos a parâmetros especiais. Entretanto, outros que são apresentados com a finalidade específica de Verificação de Saúde para Missão no Exterior, por uma mera questão de enquadramento, são submetidos a parâmetros significativamente mais rígidos, havendo a possibilidade de uma incapacitação, que não teria ocorrido caso a apresentação tivesse sido para uma simples renovação do controle periódico; e

f) recentemente foi emitida pelo Estado-Maior das Forças Armadas (EMFA) uma Portaria normatizando o enquadramento nas condições psicofísicas previstas no item V do artigo 108 da Lei 6880/80 (Estatuto dos Militares), que alterou a filosofia em que os Peritos vinham trabalhando há muitos anos. Esse

documento gerou dúvidas e controvérsias, sobretudo no que tange às IS dos portadores de neoplasias malignas. Assim, caberia um aprofundamento da discussão destes tópicos, visando a uma regulamentação subsidiária ou ao encaminhamento de um novo estudo solicitando que o EMFA modifique a redação do citado documento.

SEÇÃO VII - APRECIÇÃO DOS RESULTADOS OBTIDOS

A importância do CPMM só será plena, quando se conseguir avaliar todos os resultados alcançados até o momento, e, a partir daí, implementar-se uma política pericial única para todo o SMP. Sabemos que é uma tarefa difícil, de grande responsabilidade, e que originará diversas discussões, mas que com certeza evitará ônus financeiros desnecessários à União, por resultados de exames periciais indevidos.

Com o propósito de detectar as nosologias de maior incidência na área pericial e apreciá-las em relação à Readaptação Funcional, tomamos como parâmetro o CPMM, por ser a OM que realiza o maior número de IS na MB. Para melhor compreendermos essa incidência nosológica, apresentaremos a seguir as incapacidades, em três grupos, com as respectivas patologias:

a) Incapacidade para o ingresso no SAM - Escoliose, patologias dentárias (cárie e má oclusão), deformidades congênitas (pé plano, geno-valgo e varo), distúrbios visuais e distúrbios auditivos;

b) Incapacidade temporária para o SAM - Sida/Aids (sem

manifestações clínicas), patologias hipertensivas, distúrbios visuais e distúrbios auditivos; e

c) Incapacidade Definitiva para o SAM - Distúrbios visuais, distúrbios auditivos, doenças isquêmicas, patologias hipertensivas e Sida/Aids.

A análise inicial desses dados demonstra que a seleção para ingresso no SAM está atendendo às expectativas da MB. Os candidatos que apresentam as patologias citadas em a), caso aprovados na seleção para o ingresso no SAM, estariam, com o passar do tempo, impossibilitados de exercer plenamente as suas funções, prejudicando sobremaneira os Quadros e Corpos da MB, com a diminuição do seu efetivo. } 100%?

Esse fato pode ser confirmado através das nosologias de maior prevalência na incapacidade temporária para o SAM e mesmo com a incapacidade definitiva para o SAM. Nos casos de incapacidade temporária, o militar poderá entrar em LTSP por dois períodos de seis meses, ficando agregado por um período de até dois anos, na tentativa de sua recuperação. Caso isso não ocorra, a JS o declarará incapaz definitivamente para o SAM e procederá a sua reforma.

As incapacidades decorrem de inúmeros fatores, os quais são estipulados no Estatuto dos Militares. Dependendo do tipo de incapacidade, o militar poderá ser reformado por tempo integral ou proporcional ao serviço e com os proventos no mesmo posto ou graduação, ou ainda na graduação ou posto imediato ao seu. Esse assunto será abordado no tópico sobre aspectos legais e financeiros da Perícia Médica.

Em análise realizada nas IS no ano de 1995, verificou-se que as 399 incapacidades temporárias encontradas resultaram em 131 incapacidades definitivas, o que corresponde a 39% de inspecionados não recuperados. Em 1996, 172 incapacitados temporários originaram 102 incapacidades definitivas, representando 59% de inspecionados não recuperados; finalmente, em 1997, 130 incapacidades temporárias ocasionaram 80 incapacidades definitivas, significando 61% de pacientes não recuperados (G:5).

Esses militares, que se tornaram incapazes definitivamente para o SAM, por não satisfazerem às exigências operativas da MB, eram indivíduos altamente especializados e integrados ao meio militar. Sua perda para a MB se reflete duramente nos Quadros de lotação e ocasiona uma grande frustração para eles.

Por que, então, não aproveitá-los em outro Quadro, por meio de uma Readaptação Funcional? Como exemplo, exercendo a função de digitadores, já que a informática, atualmente, é uma ferramenta imprescindível, em termos de renovação do atual processo administrativo na MB.

Essa Readaptação Funcional seria aplicável a determinadas incapacidades que impossibilitariam o militar de exercer funções operativas, mas que não o impedissem de desempenhar outras atividades. Como ilustração, podem-se citar os indivíduos com nosologias auditivas, problemas nos membros inferiores, distúrbios cardiocirculatórios sem repercussões hemodinâmicas, alguns tipos de distúrbios

visuais, e tantos outros.

É importante salientar o fato de que o maior número de incapacidades atinge as graduações de cabos e sargentos, níveis esses importantes no apoio da Administração Naval. Aqueles que fossem julgados inválidos ou portadores de doença especificadas em Lei, não entrariam na questão da Readaptação Funcional.

A Reabilitação do militar diminuiria significativamente o ônus financeiro da União e, ao mesmo tempo, contribuiria de forma significativa em áreas deficientes em pessoal de digitação, como no exemplo citado.

O fato de o militar ser reabilitado ou readaptado, evitará que ele não altere o seu padrão de vida, não necessite procurar emprego para complementar os proventos da inatividade, e, ao mesmo tempo, fará com que ele não perca a motivação pela MB; pelo contrário, provavelmente esse indivíduo procurará seu melhor desempenho, em reconhecimento a essa oportunidade.

O embasamento teórico do que seja o SMP leva-nos ao próximo capítulo, procurando conhecer os aspectos ético-legais e financeiros relacionados à Perícia Médica. Fundamentos esses, como veremos, que englobam a Medicina Legal e o Direito.

CAPÍTULO 2

ASPECTOS LEGAIS E FINANCEIROS RELACIONADOS

À PERÍCIA MÉDICA

SEÇÃO I - ASPECTOS ÉTICO-LEGAIS

A atividade médico-pericial, além de deter estreitos e específicos laços com a Medicina Legal, ainda se relaciona a duas atividades liberais: a Medicina propriamente dita, sob todos os seus aspectos, e o Direito. Desta forma, podemos dizer que a função pericial é regida por setores dessas profissões. A parte legal da Medicina é subordinada ao Código de Ética Médica, conjunto de normas e padrões que disciplinam o comportamento dos técnicos entre si e destes com a sociedade. Em relação ao Direito, dá-se valor à legislação em vigor, referente às várias circunstâncias que originarão IS a se realizar.

De forma coerente, a IS é concluída com a emissão de um laudo, que configura uma declaração médico-legal. Este é encaminhado à autoridade que determinou aquela IS, a quem caberá decidir, produzir o caminho administrativo e o respectivo efeito.

Como vimos anteriormente, ao tomar conhecimento da conclusão dessa declaração médico-legal, o interessado pode contestá-la através de recurso administrativo ou judicial, caso discorde da resolução.

Cabe ressaltar que aquele agente fundamental, já

definido como o médico-perito, por se tratar de um profissional vinculado a um código de ética, tem para com essa estrutura de regras e preceitos, responsabilidades bem definidas.

Este agente, fazendo parte de uma instituição que presta serviços médico-periciais, poderá, quando convocado, prestar declaração em juízo, ficando assim desobrigado do sigilo profissional.

O tópico em questão realça a importância da Perícia Médica, agora no que tange à parte legal e financeira. Assim como a atribuição técnica é disciplinada pela DGPM-406, a porção legal e financeira é regida por leis, decretos, portarias e normas. Esses diplomas legais normatizam e dão suporte às atividades de Perícias Médicas no âmbito da Administração Naval.

Podemos dizer que inúmeras são as IS previstas, mas abordaremos aquelas cujas finalidades estão relacionadas a proventos: a reforma por invalidez, no caso dos militares; a pensão de viúvas e dependentes; e a aposentadoria por invalidez dos funcionários civis.

SEÇÃO II - ASPECTOS LEGAIS

De acordo com o Estatuto dos Militares, somente dois tipos de desligamento do serviço ativo dão direito ao militar de perceber proventos na inatividade: a transferência para a reserva remunerada e a reforma. A IS prévia é obrigatória para esses dois casos.

Reforma por Invalidez

Se o militar for julgado incapaz definitivamente para o serviço ativo, por invalidez, ele será reformado ou licenciado, dependendo do grau de invalidez e do seu tempo de serviço.

Na tentativa de recuperar o militar com uma enfermidade que tenha possibilidade de cura, ele poderá ficar agregado até dois anos. Não ocorrendo a cura, a JS o declarará incapaz definitivamente para o serviço ativo.

São muitos os fatores que podem originar uma incapacidade, gerando direito ao militar reformado de perceber proventos de posto ou graduação superior, ou do mesmo posto ou graduação, ou, ainda, proporcionais ao seu tempo de serviço.

Pensão

O direito à pensão militar sobrevém com o óbito do contribuinte. A Lei de Pensões Militares e seu regulamento não estipulam os tipos de doenças incapacitantes, cabendo à JRS a declaração dessa invalidez, em face dos exames realizados para essa comprovação.

Não há obrigatoriedade, para os herdeiros dos militares falecidos, de se submeterem a IS para perceberem a pensão militar, exceto os legalmente inválidos, de sexo masculino, maiores de vinte e um anos, que não sejam interditos. Estes deverão comprovar a invalidez na data em que lhe surgir o

direito à pensão, neste caso, serão inspecionados pela JS que constatará ou não a sua incapacidade.

A Lei determina que aquele que usufrui de benefícios, aqui incluídos os filhos, os netos, o pai, o beneficiário instituído até 60 anos e os irmãos, comprovem que não dispõem de meios para prover a própria subsistência.

Aposentadoria por Invalidez

O Regime Geral da Previdência Social (RGPS), regido pelo Decreto nº 2172, de 05 de março de 1997, mostra que o servidor civil da União poderá ser aposentado por invalidez nas seguintes condições: a) por acidente em serviço; b) por moléstia profissional; e c) por doenças graves, contagiosas ou incuráveis (Tuberculose Ativa, Alienação Mental, Esclerose Múltipla, Neoplasia Maligna, cegueira posterior ao ingresso no serviço público, Hanseníase, Cardiopatia Grave, Doença de Parkinson, Paralisia Irreversível e Incapacitante, Espondiloartrose Anquilosante, Nefropatia Grave, estados avançados do Mal de Paget, Síndrome de Imunodeficiência Adquirida - AIDS, e outras que a lei indicar, com base na Medicina especializada.

A aposentadoria por invalidez será precedida de Licença para Tratamento de Saúde (LTS), por um período não excedente a vinte e quatro meses, salvo se o laudo médico concluir pela incapacidade definitiva para o Serviço Público.

A Lei nº 8112, de 11 de dezembro de 1990, que dispõe sobre o Regime Jurídico dos Servidores Públicos Civis da

União, assegura ao servidor inativo o direito à revisão de seus proventos, se acometido de qualquer patologia especificada acima. Neste caso, o servidor será submetido a nova IS.

SEÇÃO III- ASPECTOS FINANCEIROS

Através de análise dos laudos emitidos nas IS para concessão de vantagens, pode-se enquadrar o servidor ou não nas condições preceituadas na legislação específica para os benefícios solicitados; a concessão dos mesmos facultará a percepção de ganhos financeiros.

Reforma por Invalidez

O artigo 108 da Lei nº 6880/80 estabelece que a incapacidade definitiva ocorrerá em consequência de:

a) ferimento em campanha ou na manutenção da ordem pública ou enfermidade contraída nessa situação ou que nela tenha sua causa eficiente;

b) acidente em serviço;

c) doença, moléstia ou enfermidade adquirida em tempo de paz, com relação de causa e efeito às condições inerentes ao serviço;

d) Tuberculose Ativa, Alienação Mental, Neoplasia Maligna, Cegueira, Hanseníase, Paralisia Irreversível e Incapacitante, Cardiopatia Grave, Mal de Parkinson, Espondilite Anquilosante, Pênfigo, Nefropatia Grave, estados avançados de Doença de Paget (Osteíte Deformante) e Síndrome

da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS); e

e) acidente, doença, moléstia ou enfermidade sem relação de causa e efeito com o serviço.

Todas as condições aqui citadas, se julgadas incapacitantes, originarão reforma com qualquer tempo de serviço, exceto as da letra e), que só gerarão esse direito se o militar tiver estabilidade ou se for considerado inválido pela JS.

O militar julgado incapaz por quaisquer dos motivos previstos nas letras a), b), c) e d) supracitados, desde que total e permanentemente impossibilitado para todo e qualquer trabalho, terá direito à reforma com os proventos calculados sobre o grau hierárquico imediato ao que possuir na ativa.

Caso o militar que se encontra reformado, impossibilitado total e permanentemente para qualquer trabalho, venha a apresentar agravamento de sua enfermidade, poderá solicitar nova IS visando ao Auxílio-Invalidez, previsto na Lei de Remuneração dos Militares (LRM). Tal IS verifica se o inativo necessita ou não de internação ou de cuidados permanentes de enfermagem.

Pensão

São três os tipos de pensão em caso de óbito do militar, a saber:

a) militares da ativa, da reserva remunerada ou reformados, por morte natural - corresponde a vinte vezes o valor da contribuição;

b) militares da ativa, falecidos em decorrência de acidente em serviço ou de doença nele adquirido - corresponde a vinte e cinco vezes o valor da contribuição; e

c) militares da ativa, falecidos em campanha ou na manutenção da ordem pública - corresponde a trinta vezes o valor da contribuição (8:9-9).

Os militares da ativa (exceto cabos e soldados com menos de dois anos de serviço) e os da reserva remunerada ou reformados, são contribuintes compulsórios de pensão militar. Esta condição distingue os militares dos civis, ou seja, os civis não contribuem para a pensão.

Se o militar falecer em serviço ativo nas condições das letras b) e c), mesmo não sendo contribuinte da pensão militar, seus beneficiários terão direito à pensão não inferior à deixada por um terceiro sargento.

Em relação às viúvas de funcionários civis, vale ressaltar que, se constatada a invalidez por doença especificada em Lei, ela terá direito a uma IS que provocará o reajustamento da sua pensão, correspondendo ao valor dos vencimentos do falecido caso se vivo fosse no dia da IS.

Os herdeiros do sexo masculino, considerados inválidos ou interditados, farão jus à mesma pensão que é devida aos beneficiários do sexo feminino. A invalidez apenas garantirá a continuidade do direito ao seu recebimento.

Aposentadoria por Invalidez

A Lei nº 8112 também dispõe sobre os proventos da

aposentadoria do servidor civil. Será integral, quando o funcionário se invalidar por acidente de serviço, por moléstia profissional ou por ter sido acometido por uma das doenças especificadas na lei. E será proporcional ao tempo de serviço nos demais casos.

Assim como os militares, os servidores públicos civis também terão proventos integrais ou proporcionais, em caso de aposentadoria por invalidez. A diferença é que estes não poderão, no caso de aposentadoria por invalidez, perceber proventos de classe superior.

O Regime Jurídico dos Servidores Públicos Civis da União determina, por outro lado, que os proventos proporcionais ao tempo de serviço, não serão inferiores a um terço da remuneração na atividade.

Podemos incluir neste tópico os ex-combatentes que tenham efetivamente participado de operações de combate durante a Segunda Guerra Mundial, nos termos da Lei nº 5.315, de 12 de setembro de 1967. A eles tem sido concedida aposentadoria com provento integral, completados os vinte e cinco anos de serviço efetivo.

Dentro desse assunto, podemos atribuir ao perito a responsabilidade de avaliar cada caso, acompanhando sua evolução e indicando, quando oportuno, a reabilitação profissional, conforme veremos no capítulo a seguir.

CAPÍTULO 3

REABILITAÇÃO PROFISSIONAL

SEÇÃO I - A IMPORTÂNCIA DA REABILITAÇÃO PROFISSIONAL

Reabilitação Profissional é um processo dinâmico, portanto passível de sofrer modificações decorrentes da aplicação de novas técnicas e de novos esquemas de ação.

Durante anos houve sensível progresso científico e tecnológico e novos horizontes se abriram para a reabilitação profissional.

Uma análise mais profunda do tema, nos leva ao INSS, onde foram tomadas medidas no sentido de incrementar e de estender a quase todo o território nacional a prestação de serviços de reabilitação profissional. Voltaremos ao assunto mais adiante.

Na Reabilitação Profissional interage uma equipe de Médicos, Assistentes Sociais, Psicólogos, Fisioterapeutas, Terapeutas Ocupacionais e outros (ANEXO E).

Ao médico cabe prescrever o tratamento e orientar as demais atividades de recuperação, objetivando a integração do paciente. A partir de um diagnóstico e de um prognóstico seguramente firmados, é importante uma avaliação minuciosa, visando à prescrição do programa de reabilitação específico, com ênfase na capacidade residual apresentada pelo paciente.

SEÇÃO II - MERCADO DE TRABALHO

A pesquisa do mercado de trabalho está ligada aos propósitos de qualificação do cliente. A intenção de toda a equipe é prover o reabilitando da necessária segurança para a execução da nova atividade profissional, sem evidências significativas de suas limitações.

A falta de informação e o preconceito têm tornado a Reabilitação Profissional de difícil acesso para a realização e desenvolvimento de programas compatíveis com as diferentes ocupações.

O conhecimento do exercício e das exigências de cada ocupação profissional é condição fundamental para se saber o que poderá ser exigido do indivíduo a reabilitar e como ajustá-lo à nova ocupação. O trabalho de reabilitação profissional é justamente o de adaptar o homem ao meio, satisfazendo, em igualdade de condições, o reabilitado e a empresa ou instituição que o acolherá.

Por mais amplo que seja o campo das oportunidades de colocação, e por melhores que sejam as condições apresentadas pelo reabilitando, vale enfatizar que o êxito do trabalho no campo das atividades profissionais depende, em grande parte, das relações estabelecidas entre o acompanhamento profissional e o empregador.

SEÇÃO III - A REABILITAÇÃO PROFISSIONAL NO MEIO CIVIL

Os serviços de reabilitação profissional se desenvolveram sob a ótica das necessidades básicas de cada

pessoa, de modificarem suas atividades profissionais, por se encontrarem, de alguma forma, física ou mentalmente impossibilitadas, como também os acidentados do trabalho, desde que apresentem condições de retorno ao trabalho a curto prazo (ANEXO F).

Essa atividade teve sua implantação nos Estados Unidos da América do Norte (EUA) e foi destinada, inicialmente, aos veteranos da Primeira Guerra Mundial, em 1917. Logo após, incluiu-se os acidentados da indústria, em Leis de 1918 e 1919. Na década seguinte, foi ampliada para o restante da população.

Durante a Segunda Guerra Mundial, os EUA ativaram a produção de bens, principalmente de armamentos, absorvendo maciçamente os cidadãos considerados incapacitados no meio economicamente ativo da população. Devido à escassez de mão-de-obra de indivíduos considerados "normais", que engrossavam as fileiras das Forças Armadas, milhares de deficientes foram contratados nas indústrias.

Em 1942, os deficientes já ocupavam um número considerável de vagas dentro das indústrias, o que contribuiu consideravelmente para o êxito sócio-econômico americano.

Em 1954, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) definiu a reabilitação como: "conjunto de medidas físicas, mentais, sociais, profissionais e econômicas, que objetiva o desenvolvimento da capacidade do indivíduo deficitário, de modo que esteja apto para, por si só, prover sua própria subsistência".

O movimento de reabilitação repercutiu em todo o mundo na década de 40, conquistando leis "protecionistas" para o deficiente.

A Sociedade Internacional para o Bem-Estar dos Lesados tratou de divulgar este movimento. A OIT enfatizou a necessidade da reabilitação profissional aos acidentados do trabalho e a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) difundiu propostas e distribuiu recursos para a educação especial para o deficiente.

Em 1950, a reabilitação dos deficientes psicossomáticos já era adotada no Brasil, mais precisamente no Centro Psiquiátrico Nacional, no Rio de Janeiro.

SEÇÃO IV - CENTRO DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL (CRP) DO INSS

Com o desenvolvimento do Programa de Reabilitação Profissional no INSS, através da implantação de novos CRP, vem-se fazendo necessário orientar melhor a atuação dos técnicos, no sentido da expansão de suas áreas de atividades.

O propósito específico desse Centro é, basicamente, solucionar os problemas da clientela a ser valorizada e, de acordo com os padrões sociais afetados pela incapacidade, proporcionar condições que favoreçam o desenvolvimento sócio-profissional do cliente, cujo potencial laborativo está sendo estimulado pela equipe técnica (G:1).

A Equipe Técnica

Para execução de um trabalho de reabilitação, há

necessidade de montagem de uma equipe técnica, composta por, pelo menos, um Médico, um Assistente Social, um Psicólogo, um Professor de Ofícios, um Fisioterapeuta, um Terapeuta Ocupacional, um Sociólogo, um Fonoaudiólogo e tantos profissionais de outras áreas quanto necessário.

a) Médico:

Nenhum programa de Reabilitação Profissional pode ser estabelecido sem que um diagnóstico e um prognóstico estejam seguramente firmados.

Inicialmente, é necessário um exame completo e minucioso do cliente, devendo atentar-se para o diagnóstico feito pelo órgão encaminhante (perícia médica, acidente de trabalho ou setor médico de pessoal).

No exame inicial, devem ser levantados todos os dados subjetivos e objetivos que possam ser de interesse para determinar a qualificação e para a prescrição do programa de reabilitação, dando-se ênfase à capacidade residual apresentada pelo cliente.

Os resultados da avaliação médica inicial darão uma indicação de que outros profissionais deverão também avaliar o paciente, para que possam ser cobertas todas as áreas.

b) Assistente Social:

É o profissional a quem compete, especificamente, o estudo da realidade social do cliente e o tratamento de problemas psicossociais que possam ter interferência no processo de Reabilitação Profissional e na realização de seus objetivos.

O Assistente Social deve dar à equipe uma síntese e conclusão diagnóstica, uma visão integrada e contínua do paciente, abordando os aspectos relativos às atitudes e às reações em face da deficiência e ao programa. Deve também selecionar e adotar medidas terapêuticas, através do estímulo de interesses, visando a mudanças de atitude e a solução de problemas.

A natureza da dificuldade apresentada pelo cliente geralmente exigirá do profissional amplo conhecimento do papel do paciente no ambiente familiar, antes e depois da incapacidade, e, principalmente, as atitudes da família em face do programa de reabilitação.

c) Psicólogo:

Integra a equipe de Reabilitação Profissional, atuando na esfera psíquica do cliente, com o propósito de levá-lo à auto-compreensão, a se integrar em seu ambiente e à relação existente entre ambos.

Ao Psicólogo cabe ver o cliente como pessoa única e individual, com direito ao desenvolvimento de si mesmo, à realização pessoal, à auto-direção e como ser responsável pela adoção de decisões e respectivas conseqüências. Objetivando esses ideais, o cliente passa a experimentar um sentimento fundamentado na aceitação, capacitando-se, assim, a obter a realização pessoal.

d) outros profissionais:

Existe ainda a possibilidade de se incluir no programa de reabilitação um Fisioterapeuta, a quem competirá aplicar

métodos e técnicas para desenvolver e conservar a capacidade física do paciente.

Professor de Ofícios também interage com a equipe, dando ênfase aos aspectos profissionais. Sua importância é a de determinar o nível de potencial profissional remanescente.

Igualmente imprescindível é a ajuda do Terapeuta Ocupacional, que no decorrer do programa continua avaliando o cliente com o objetivo de conjugar a incapacidade principal e as potencialidades do mesmo.

Outro profissional que deve constituir a equipe é o Sociólogo, para implantar, coordenar, executar e supervisionar os projetos relativos aos fenômenos sociais, fornecendo embasamento ao processo de reabilitação profissional.

Cabe ao Fonoaudiólogo avaliar o potencial fonatório e auditivo do paciente, observando a evolução do caso e possibilitando a integração de técnicas correlatas, para maior eficácia terapêutica.

Existem ainda os Técnicos em Aconselhamento Profissional e em Pesquisa de Mercado de Trabalho, o Agente de Colocação, o Professor de Ensino Básico, o Técnico em Prótese e Órtese e o Enfermeiro.

No atual sistema previdenciário brasileiro, os programas de reabilitação funcionam nos doze Centros de Reabilitação. Os profissionais ligados à reabilitação desenvolvem pesquisas sobre os problemas dos deficientes físicos e, conseqüentemente, melhoram sua recuperação para o serviço,

dentro da sua área de atuação profissional.

SEÇÃO V - REABILITAÇÃO PROFISSIONAL NA MARINHA

Depreende-se que a atividade militar exige uma maior capacidade psicofísica, em relação às atividades funcionais do meio civil. Desta forma, militares incapazes temporariamente para o SAM são submetidos a tratamentos médicos, visando à sua integração ao Sistema. Entretanto, aqueles que, por algum motivo, tornam-se incapazes definitivamente, são reformados, sem que haja qualquer perspectiva de aproveitamento ou readaptação em outra função.

O Plano de Carreira de Praças da Marinha(PCPM), em seu art. 64, descreve como Reclassificação o ato facultado à Administração Naval, que permite o reaproveitamento da Praça que, por enfermidade, acidente ou deficiência psicofisiológica, for julgada incapacitada para exercer sua especialidade, podendo, entretanto, executar outras atividades de interesse do Serviço Naval.

A DGPM-406 inclui, no seu Capítulo 8, uma Perícia Médica para os Servidores Civis do Ministério da Marinha, sobre a Readaptação Administrativa, que é a IS para verificar a existência de restrições funcionais decorrentes de enfermidades, estabelecendo quais as modalidades profissionais compatíveis com as restrições constatadas.

A Lei nº 8112/90, que dispõe sobre o Regime Jurídico dos Servidores Públicos Civis da União, republicada na Seção 1 do Diário Oficial da União, de 18 de março de 1998, diz que

Readaptação é a investidura do servidor em cargo de atribuições e responsabilidades compatíveis com a limitação que tenha sofrido em sua capacidade física ou mental, verificada em inspeção médica.

Em atenção ao previsto no art.24 da Lei 8112/90 e ao subitem 0801 da DGPM-406, ao se verificar uma deficiência funcional de ordem médica, parcial ou definitiva, em um determinado servidor, este deverá ser apresentado a Perícia Médica, para ser submetido a uma IS, com a finalidade de verificação de deficiência funcional. A JS encarregada da realização dessa IS é a JRS da área de jurisdição onde o servidor está lotado.

Na MB, quem detém a maior experiência com esta modalidade de IS é a JRS do Arsenal de Marinha do Rio de Janeiro (AMRJ). Nela, quando o servidor inspecionado é julgado incapaz para determinada função, ele entra em LTS.

O servidor reapresentado à JRS, para verificação do término de restrições imposto pela LTS, se estiver curado, receberá o "Apto"; mas caso venha a ser confirmada a incapacidade, será encaminhado ao Serviço Social, onde será realizado um Inquérito Social, visando a identificar sua situação social, a qualificação profissional, sua escolaridade e a aptidão para a nova função.

De posse do parecer sócio-profissional, a JRS-AMRJ emite um laudo final, com as restrições ou incapacidade e as perspectivas de readaptação à nova atividade. Em seguida, o servidor é encaminhado à Escola Técnica do AMRJ, para que

seja submetido a adestramento específico. Nesse período, haverá um estágio probatório, onde serão emitidos juízos de valor, por meio de avaliações e provas (G:8).

Após esse período, novamente o servidor será encaminhado à JRS-AMRJ; caso não seja considerado "Apto", mas sim incapaz para a readaptação sugerida ou, definitivamente, para o exercício de qualquer função, ele deverá ser aposentado.

SEÇÃO VI - REABILITAÇÃO PROFISSIONAL NO EXÉRCITO

A reabilitação na área militar, como uma das tarefas do Sistema de Saúde, oferece aspectos peculiares que diferem da concepção do meio civil.

Essa reabilitação profissional tem como propósito a maior valorização do indivíduo, por meio do melhor e mais apropriado aproveitamento de determinados aspectos de seu potencial.

Por exemplo, um militar que, servindo na Brigada Pára-quedista, venha a receber, em uma IS, uma incapacidade definitiva para as atividades de pára-quedismo, automaticamente será transferido de Quadro, ficando, todavia, ainda no serviço ativo (G:3).

Também vale realçar que a Portaria 45/EME, de 14 de março de 1984, em seu item 34, regulamenta para os sargentos a mudança de Qualificação Militar (QMS) transcrevendo o seguinte:

"...No caso de um problema de saúde prejudicar o pleno exercício dos cargos de sua QMS, deverá ser proporcionada ao Sargento uma habilitação especial que lhe permita permanecer na ativa, se for o caso, no

exercício de cargos que sejam compatíveis com sua deficiência e que independam da QMS. Se isto não for possível, ele será reformado, de acordo com a legislação específica" (21:27).

O Cecomsex (Centro de Comunicação Social do Exército) informou, através do jornal Folha de S. Paulo de 06 de julho do corrente ano, que o afastamento profissional do portador de HIV é considerado imperativo, porque a carreira militar exige perfeitas condições físicas e de saúde. Na prática, a realidade é outra, uma vez que o Exército só realiza o teste do HIV nas IS de seleção, não o exigindo nas perícias de controle; isso permite concluir que o portador de HIV sem manifestações clínicas está desempenhando suas funções na ativa.

Em relação aos civis, o Exército promulga o que é previsto na Lei nº 8112, de 11 de dezembro de 1990, que dispõe sobre o Regime Jurídico dos Servidores Civis da União.

SEÇÃO VII - REABILITAÇÃO PROFISSIONAL NA AERONÁUTICA

O Centro de Medicina Aeroespacial (CEMAL) constitui uma unidade especial de Sistema de Saúde do Ministério da Aeronáutica, com delegação da Diretoria de Saúde da Aeronáutica (DIRSA) para dirimir questões médico-periciais. Funciona também como órgão de referência para o julgamento de determinadas patologias ou esclarecimentos de pendências (G:11).

Uma de suas atribuições é julgar e acompanhar os casos que necessitem de uma flexibilidade de aeronautas portadores de algumas situações incapacitantes, como as ortopédicas,

cardiológicas, otorrinolaringológicas e oftalmológicas, porém possuidores de proficiência técnica.

Para melhor exercer este julgamento, peritos médicos acompanham os inspetores técnicos do Departamento de Aviação Civil (DAC), nos exames em voo real ou simulado, que também demonstram as condições fisiológicas do voo, necessárias ao esclarecimento de situações desses inspecionados.

O Sistema Pericial do Ministério da Aeronáutica exige o emprego de pessoal treinado, e, mais que isto, comprometido com a filosofia pericial. Em dez anos, forma-se um especialista, mas só a partir daí começa a formação de um perito.

Do perito, exige-se uma capacitação técnica inquestionável; o reconhecimento de seus pares; o domínio da legislação; o conhecimento da Organização, de suas políticas, de seus objetivos e limitações; e uma visão prospectiva sobre os seus julgamentos.

Para o Sistema Pericial, é fator crítico de sucesso a existência de uma doutrina consistente, bastante visível, traduzida numa legislação clara e concisa, apropriada de maneira uniforme em todos os níveis (G:13).

Criado em 1953, o CEMAL, desde então, analisa suas necessidades e dificuldades em relação ao homem, e, pautado na sua experiência, procura soluções em conformidade com a Lei.

É com esta visão que o Ministério da Aeronáutica, nas disposições gerais, transitórias e finais do Título V do

Estatuto dos Militares, estabelece o seguinte:

"Artigo 154 - Os militares da Aeronáutica funcionalmente obrigados ao voo, que, por enfermidade, acidente ou deficiência psicofisiológica, verificada em inspeção de saúde, forem considerados definitivamente incapacitados para o exercício de atividades aéreas exigidas pelos regulamentos específicos, porém aptos para o desempenho de funções em terra, serão incluídos em uma categoria especial, denominada Extranumerário.

Parágrafo 1º - Os militares incluídos na categoria Extranumerário não ocuparão vagas nos respectivos quadros a que pertençam; gozarão dos direitos de suas antiguidades e ocuparão os mesmos lugares na escala hierárquica, substituindo-se a numeração ordinária pela designação abreviada de sua categoria (EXT)."

Também como diploma legal para a Readaptação Funcional, existe o Decreto nº 880, de 23 de julho de 1993, que aprova o Regulamento do Corpo do Pessoal Graduado da Aeronáutica (RCPGAER), descrito no seu capítulo VI sob o título de "Mudança de Especialidade" da seguinte forma:

Artigo 27 - A incapacidade física ou mental definitiva do militar para exercer as tarefas inerentes à sua especialidade poderá conduzir a uma mudança para outra especialidade do Grupamento ao qual pertence.

Os Artigos 28, 29 e 30 também normatizam as mudanças de especialidades.

Desta forma, verifica-se que é preciso dar à Perícia Médica uma doutrina adequada com os seus propósitos. A perícia e a readaptação buscam uma compatibilização entre o homem e a Organização, sob um enfoque em que não se valoriza incapacidade, mas sim a capacidade produtiva (G:10).

SEÇÃO VIII - SUGESTÕES

Com base no que foi descrito sobre a Reabilitação, no meio civil, na Marinha, no Exército e na Aeronáutica, podemos sugerir algumas medidas a serem implementadas na MB, que poderão contribuir para se alcançar o grau de excelência que todos desejam.

Propõe-se a revisão da legislação em vigor, no que se refere à readaptação profissional dos civis, esta, apoiada na experiência do CRP do INSS.

Sugere-se a adequação do Estatuto dos Militares, no que diz respeito à Perícia Médica, em especial nos casos de incapacidade de militares com estabilidade, já que o seu não enquadramento nas normas vigentes os obriga a passar para a reserva remunerada, com todos os prejuízos decorrentes dessa perda de mão de obra.

A criação de um Departamento de Reabilitação Profissional no CPMM proporcionaria, a todos os militares e civis do 1º DN que entrassem em LTS, a possibilidade de serem destacados para lá, objetivando a sua readaptação ou reabilitação, conforme o caso, só retornando às suas OM quando curados ou readaptados (ANEXO B).

Por meio desse setor, seriam desencadeadas algumas condutas que facilitariam a reabilitação do paciente, como: visitas domiciliares ou hospitalares; consultas em prontuário médico; elaboração de próteses de vários tipos; convocação do militar ou civil, quando necessário; aproveitamento desses pacientes na área médico-pericial, para executarem tarefas

compatíveis com suas restrições, local em que estariam sendo observados por pessoas qualificadas; e troca de informações entre o médico assistencial e o médico perito.

A interação entre o paciente e os profissionais envolvidos na sua reabilitação é tão importante quanto o atendimento das necessidades psico-sócio-profissionais dos clientes, obrigados pela constante flutuação da patologia dos mesmos. Ou seja, o paciente, visto como um ser completo com necessidades e desejos, deve ser o objetivo maior do processo.

O Departamento de Reabilitação Profissional teria uma equipe multidisciplinar semelhante à do CRP do INSS, voltada para a recuperação do indivíduo. Com o apoio da área pericial, indicaria e acompanharia os servidores civis, encaminhando-os para a Escola Técnica do AMRJ, e os militares, para o Centro de Instrução Almirante Alexandrino (CIAA), para as futuras requalificações.

A exemplo do Ministério da Aeronáutica, justifica-se a designação de um Grupo de Trabalho para elaborar as alterações necessária para a formação de um Quadro Extranumerário, com a finalidade de dar amparo legal à permanência de militares julgados incapazes para o SAM. Desta forma, a ascensão na carreira não sofreria interrupção.

Com a experiência adquirida por meio do Departamento de Reabilitação do CPMM, a médio prazo poderiam ser implementados nos Hospitais Distritais, setores semelhantes. O propósito maior seria dar continuidade a esse trabalho,

recuperando o maior número possível de incapacitados.

Com custos adicionais mínimos e sem contratação de pessoal, pode-se criar o Departamento de Reabilitação Profissional, pois a MB já possui, em seus Quadros, militares e servidores civis altamente qualificados para esse fim. O investimento proporcionaria a recuperação do pessoal incapacitado, gerando uma mão-de-obra técnico-profissional à disposição da MB.

Com base na análise realizada até agora, chegamos ao próximo capítulo, com o propósito de fortalecer conhecimentos que viabilizem o programa de Reabilitação Profissional.

CAPÍTULO 4

CONCLUSÃO

Do exposto neste trabalho, pode-se concluir que a importância da Perícia Médica na MB iniciou-se por uma absoluta necessidade de se traduzir, pelos imperativos de ordem legal, as necessidades da instituição e de seus membros.

Com sua origem pautada na Portaria Ministerial nº 0184, de 13 de março de 1995, o CPMM iniciou uma trajetória irreversível, demonstrando retidão e acerto nas condutas periciais. Alterou toda a estrutura técnico-administrativa, modificou e atualizou os índices para ingresso na MB e, por fim criou o documento maior da atividade pericial, que é a DGPM - 406, em substituição à DOUTOMARINST nº 20-01. Sua publicação ocorreu em 13 de setembro de 1997 e já tem programada, para o corrente ano, sua primeira revisão.

O atual SMP está bem estruturado e a sua publicação "Normas Reguladoras para Inspeções de Saúde" alcançou uma nitidez jamais verificada em outras épocas. A atualização de índices e padrões mais detalhados, a especificação dos procedimentos médico-periciais e a efetiva atuação da Auditoria Pericial selaram esta nova fase.

A Reabilitação Profissional é um processo dinâmico, portanto passível de sofrer modificações decorrentes da aplicação de novas técnicas e de novos esquemas de ação. Com o progresso científico e tecnológico e a adequação dos

profissionais da área, caminha-se para a obtenção plena dos propósitos a atingir.

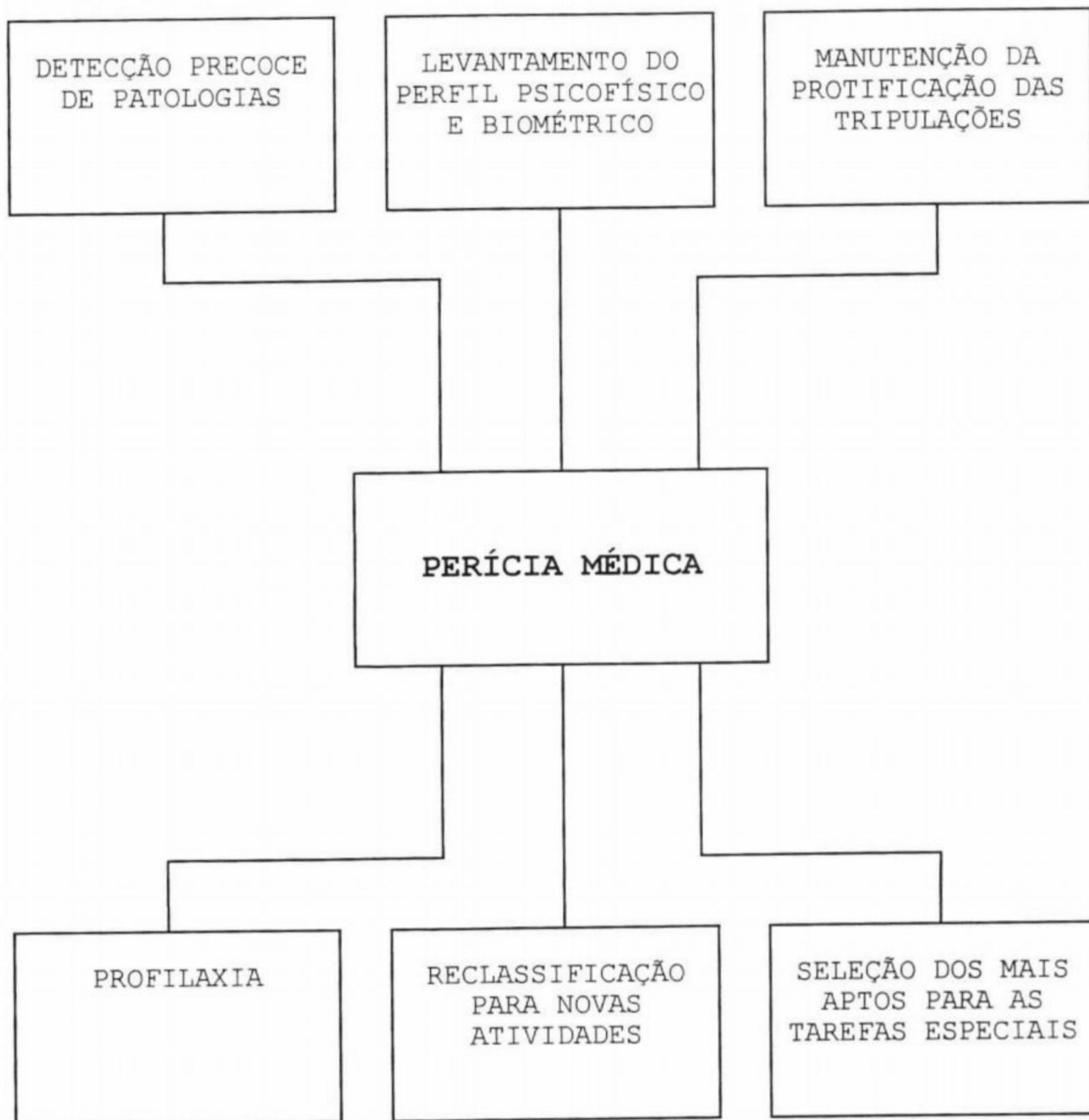
A Reabilitação, Reclassificação Funcional ou a Readaptação Profissional, seja qual for o termo a ser empregado, é um assunto que deve ser tratado de uma forma prioritária, para que se possa evitar as centenas de militares e servidores civis qualificados, que todos os anos são reformados ou aposentados, por serem portadores de algum tipo de restrição permanente.

As sugestões apresentadas nesta monografia não esgotarão o assunto, mas visam a uma contribuição, para que o SMP atinja um nível de excelência compatível com a sua importância.

Assim sendo, todo o trabalho deve estar sempre dirigido à máxima valorização do homem e ao melhor e mais apropriado aproveitamento de seu potencial, originando a redução de custo com mão-de-obra de pessoas altamente qualificadas, para que a Força Militar possa melhor cumprir a sua missão.

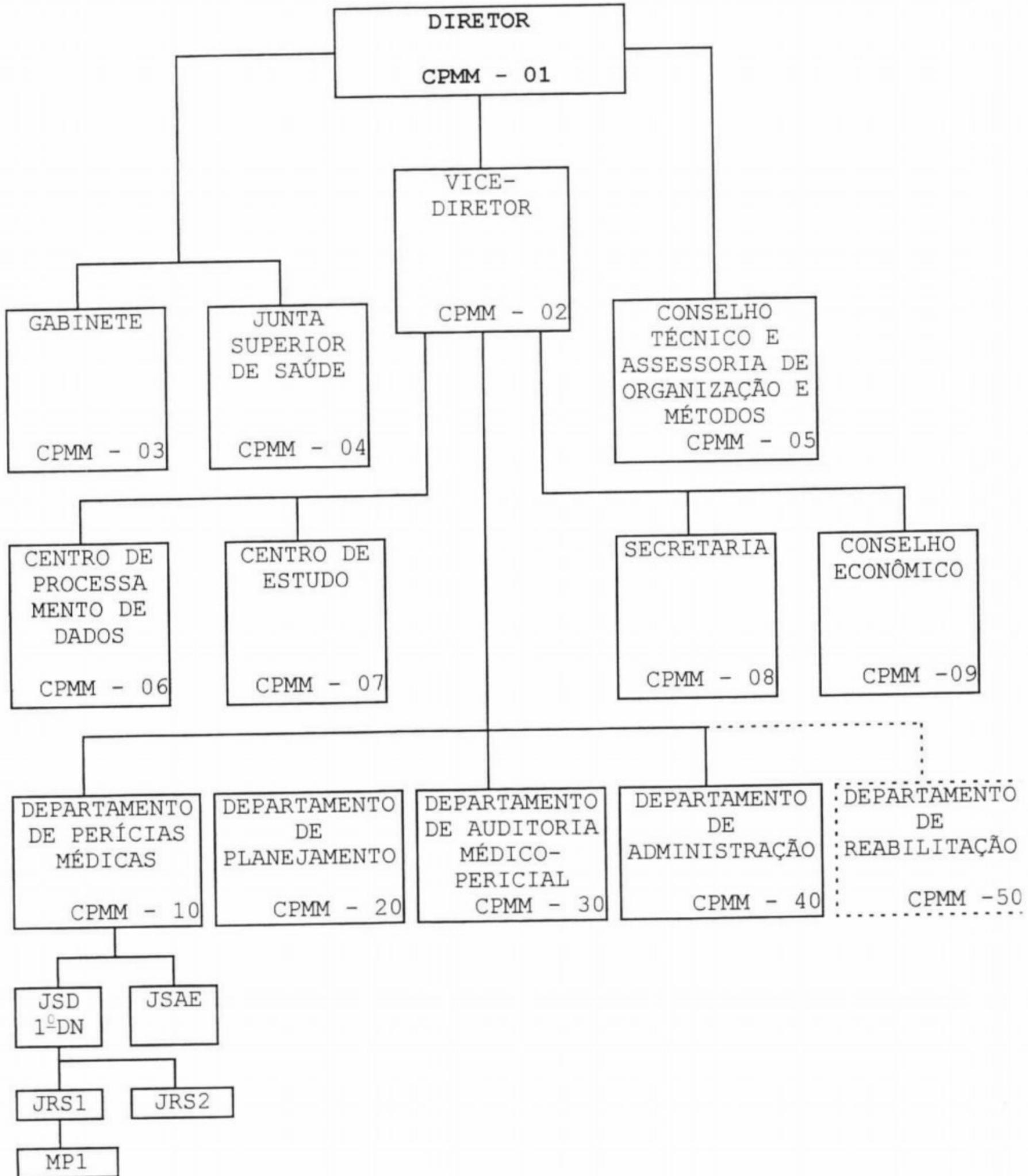
ANEXO A

PROPÓSITOS DA PERÍCIA MÉDICA



ANEXO B

ORGANOGRAMA SIMPLIFICADO DO CPMM



ANEXO C

TIPOS DE INSPEÇÕES DE SAÚDE.

1) QUANTO À FINALIDADE DAS INSPEÇÕES DE SAÚDE.

a) Rotina - estas IS são realizadas pela JSAE, JRS e MPI, neste caso quando não for seleção, ingresso ou incapacidade definitiva. Como o próprio nome está dizendo, são rotineiras, mas têm características importantes, quando utilizadas para ingresso e exclusão do SAM, engajamento e reengajamento ou na seleção e incapacidade definitiva para atividades especiais. O médico que trabalha com Perícia Médica deverá utilizar todos os seus conhecimentos, na verificação do estado psicofísico do pessoal militar, civil ou dos candidatos à admissão na MB.

b) Eventuais - são IS realizadas pela JSAE e JRS. Estas IS são destinadas a atender a requisitos de carreira e também procuram detectar precocemente desvios da normalidade da saúde, levando-se em conta o desgaste natural do organismo. Esses desvios poderão ocasionar recomendações, restrições e até mesmo incapacidades.

As IS de rotina, assim como as eventuais, poderão ser determinadas por Oficial em cargo de Comando ou Direção.

c) Extraordinárias - são IS realizadas pela JSAE e JSD. Como se pode depreender, são solicitadas em grau de recurso, revisão ou no interesse da Administração Naval, em situação não prevista na DGPM-406. São competentes para

determiná-las o Ministro da Marinha (MM), o DGPM, o DSM e os titulares dos SDP nas suas áreas de jurisdição.

2) QUANTO AO GRAU DE REVISÃO E RECURSO

a) Revisão - é um meio administrativo para se provocar nova IS por JS de instância imediatamente superior, ou pela mesma JS que emitiu o laudo. Neste caso, quando existirem fatos novos médico-periciais a serem apreciados pelas JS, e que possam, eventualmente, gerar novo conceito.

b) Recurso - é o meio de que dispõe o militar ou o civil, ou seja, o interessado, para provocar uma nova IS por JS de instância imediatamente superior à aquela que emitiu o laudo da IS que está sendo contestado.

O recurso será considerado de primeira instância quando a IS foi efetuada pela JRS. Desta forma, a nova IS será da competência da JSD da área onde se realizou a IS contestada.

Será considerado recurso de última instância, aquele em que a IS foi realizada pela JSAE ou JSD. Aqui, o julgamento é de competência exclusiva da JSSM.

A contar da data da expedição do laudo da IS, o interessado terá cento e vinte dias para pleitear o recurso de primeira ou última instância. Caso o recurso de primeira instância seja impetrado até quinze dias, contados da data da comunicação oficial do resultado da IS ao interessado, a IS recorrida terá efeito suspensivo e, até a decisão final da JSD, prevalecem todos os direitos do inspecionado.

3) QUANTO À PERIODICIDADE

As IS do pessoal militar do SAM, são de caráter obrigatório e denominadas "IS para Controle Periódico". São realizadas de acordo com a faixa etária e assim classificados:

a) Controle Trienal - realizadas nos militares da ativa, até 39 anos.

b) Controle Bienal - realizadas nos militares da ativa, entre 40 e 49 anos, e que têm a finalidade de detectar precocemente qualquer desvio da normalidade de higidez psicofísica.

c) Controle Anual - realizadas para militares a partir dos 50 anos, para os que exercem atividades especiais, para os que operam com Raios - X e substâncias radioativas, para os que exercem serviços em praça de máquinas, para os que manuseiam propelente "OTTO FUEL"II e explosivos.

Um grande avanço da Perícia Médica foi evitar a duplicidade da IS. Para que isto acontecesse, passou-se a considerar que o militar, ao ser considerado Apto em IS para controle periódico, não necessitará ser submetido a nova IS, caso tenha realizado uma das IS a seguir: reengajamento; missão no exterior; transferência do Colégio Naval para a Escola Naval; conservação de matrícula; e cursos de carreira, exceto os de atividades especiais.

4) QUANTO À CONCLUSÃO DAS INSPEÇÕES DE SAÚDE

Ao se concluir uma IS, seja ela para ingresso ou permanência no SAM e no Serviço Público, quatro laudos

podem ser exarados, classificados de acordo com critérios de higidez e a eventual alteração dos mesmos, na forma a seguir:

a) Apto - quando o inspecionado se encontrar plenamente em condições de higidez física e mental, ou seja, sem quaisquer restrições.

b) Apto com recomendação - quando o inspecionado não se encontra em perfeito estado de higidez. Nessa classificação, ele necessita de uma prescrição de ordem médica, sem, no entanto, restringir suas atividades profissionais.

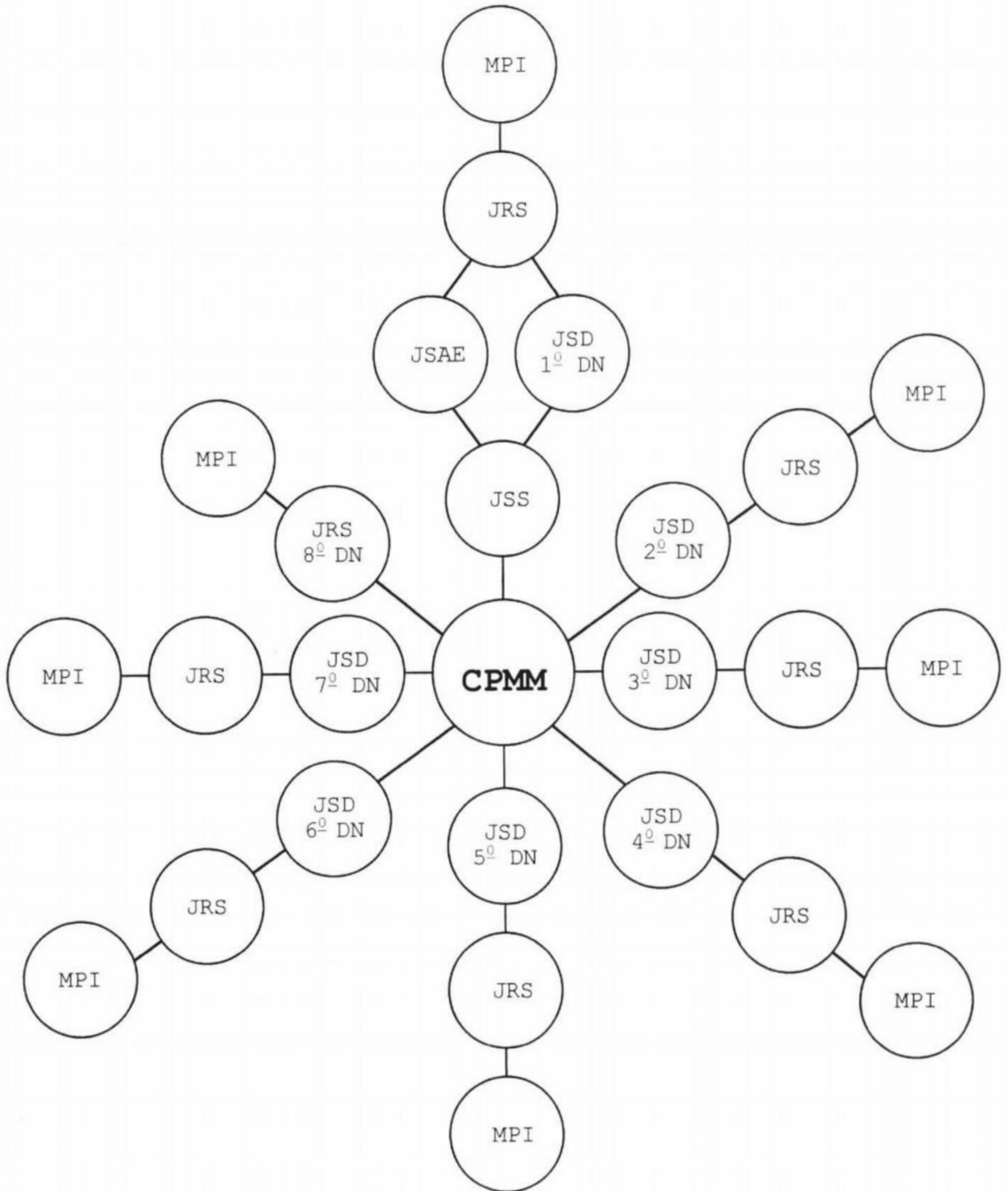
c) Incapaz temporariamente - o inspecionado apresenta sinais de lesão, doença ou defeito físico passível de cura. Nessa situação, há necessidade de afastamento temporário de suas atividades e é instituída, em caráter temporário, uma LTS.

d) Incapaz Definitivamente - o inspecionado nessa condição apresenta lesão, doença ou defeito físico incurável. Desta forma, deverá ser impedido de exercer sua atividade ou função.

Nesse caso, o interessado poderá solicitar nova IS em grau de recurso, se entender que o laudo exarado pela JS lhe seja desfavorável. A Administração Naval também poderá determinar uma nova IS em grau de revisão, de acordo com o seu interesse.

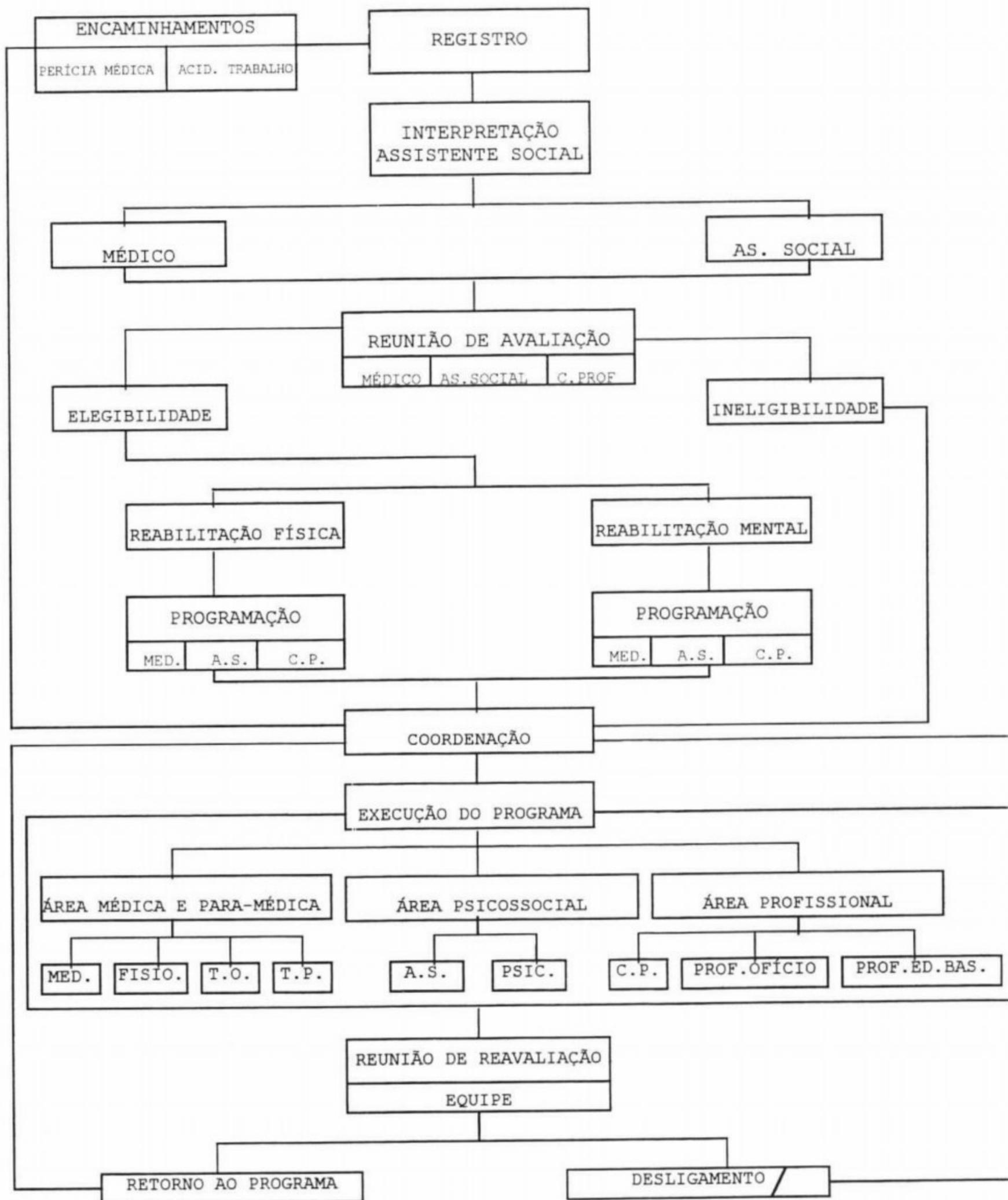
ANEXO D

HIERARQUIA FUNCIONAL DO SMP



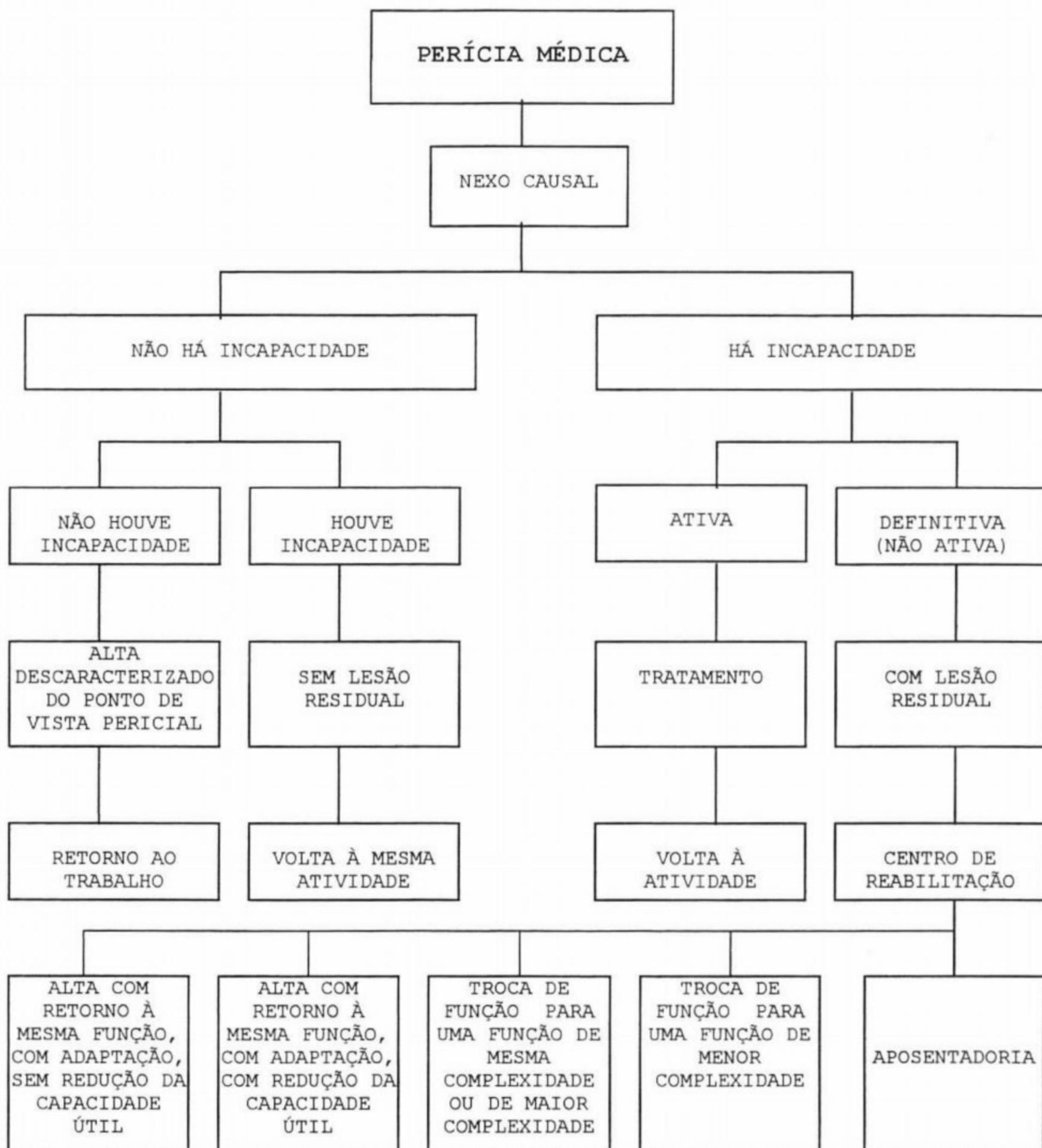
ANEXO E

FLUXOGRAMA DO PROCESSO DE REABILITAÇÃO



ANEXO F

PERÍCIA MÉDICA X ACIDENTE DE TRABALHO X REABILITAÇÃO



ANEXO G

RELAÇÃO DE ENTREVISTAS REALIZADAS

1. ALBUQUERQUE, Dilza Guerra de. Readaptação profissional. Rio de Janeiro, 1998. Entrevista concedida pela Coordenadora do Centro de Reabilitação Profissional do INSS. Em 20 de março de 1988.
2. BECMAN, Roberto. Situação atual da perícia médica. Presidente da Junta Superior Distrital. Rio de Janeiro, 1998. Entrevista concedida em 07 de maio de 1998.
3. BORGES, José de Oliveira Neto. Perícia médica no Exército Presidente da Junta de Saúde da Guarnição HCE. Rio de Janeiro, 1998. Entrevista concedida em 10 de julho de 1998.
4. BRINGEL, Paulo José Pereira. Subsistema médico-pericial da Marinha. Diretor do Centro de Perícias Médicas da Marinha. Rio de Janeiro, 1998. Entrevista concedida em 12 de junho de 1998.
5. CARNEIRO FILHO, Nilton Dias. Readaptação Profissional e custos. Presidente da Junta de Saúde para Atividades Especiais. Rio de Janeiro, 1998. Entrevista em 07 de maio de 1998.
6. CAVALCANTI, Herbert Teixeira. Utilização do pessoal readaptado. Diretor do Hospital Marcílio Dias. Rio de Janeiro, 1998. Entrevista concedida em 10 de julho de 1998.
7. CUNEO, Juarez Álvaro Nahas. Auditoria médica. Chefe do Departamento de Auditoria Médico-Pericial do CPMM. Rio de Janeiro, 1998. Entrevista concedida em 26 de maio de 1998.
8. DIAS, Luiz Roberto Martins. Readaptação de servidores civis na MB. Encarregado da Divisão de Perícias Médicas da Diretoria de Saúde da Marinha. Rio de Janeiro, 1998. Entrevista concedida em 24 de abril de 1998.
9. FERREIRA, Tiberio Cezar Menezes. Readaptação funcional. Chefe de Gabinete do Diretor Geral do Pessoal da Marinha. Rio de Janeiro, 1998. Entrevista concedida em 10 de julho de 1998.

10. KADDOUR, Maurício. Readaptação funcional para o pessoal de vôo. Consultor da Direção do Centro de Medicina Aeroespacial. Rio de Janeiro, 1998. Entrevista concedida em 09 de julho de 1998.
11. MELLO, Marco Antonio Azevedo de. Estrutura do CEMAL. Diretor do Centro de Medicina Aeroespacial. Rio de Janeiro, 1998. Entrevista concedida em 09 de julho de 1998.
12. MONTENEGRO, Marco Antonio. Portador de HIV nas Forças Armadas. Diretor de Saúde da Marinha. Rio de Janeiro, 1998. Entrevista concedida em 09 de julho de 1998.
13. NASSARO, Jorge. Perícia médica na Aeronáutica. Vice-Diretor do Centro de Medicina Aeroespacial. Rio de Janeiro, 1998. Entrevista concedida em 09 de julho de 1998.
14. OLIVEIRA JÚNIOR, Osvaldo Fraga. Readaptação de pessoal civil. Chefe da Divisão Médica de Pessoal do Hospital Universitário Gaffrée Guinlle. Rio de Janeiro, 1998. Entrevista concedida em 03 de abril de 1998.
15. SANTOS, Deise de Fátima dos. Estatística Pericial. Chefe do Departamento de Estatística da Diretoria de Saúde da Marinha. Rio de Janeiro, 1998. Entrevista concedida em 15 de julho de 1998.

BIBLIOGRAFIA

1. ALVAREZ, Florindo Freitas e . Perícia médica, análise crítica e novas perspectivas. Rio de Janeiro: EGN, 1985. Monografia (C-PEM) - Escola de Guerra Naval, 1985.
2. ANÁLISE médico pericial interpretativa da Lei 7713 (insenção de imposto de renda) In: JORNADA NORTE-NORDESTE DE PERÍCIA E AUDITORIA MÉDICA, 1, João Pessoa, 1995.
3. AVALIAÇÃO médico-pericial. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE PERÍCIAS MÉDICAS, 7, Porto Velho, 1995.
4. BRASIL. Decreto nº 2.172 de 05 de março de 1997. Aprova o regulamento dos benefícios da Previdência Social. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, 06 de mar. 1997. Publicado na Coleção das Leis da República Federativa do Brasil, v.189, n.3, t.2, 1997.
5. BRASIL. Decreto nº 60.822, de 07 de junho de 1967. Aprova as instruções gerais para inspeção de saúde de conscritos nas Forças Armadas - IGISC-Fa. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]. Brasília, 07 de junho de 1967, Brasília, 08 jun. 1967. Seção 1. Publicado na Coleção das Leis da República Federativa do Brasil, v.5, jun. 1967.
6. BRASIL. Decreto nº 880 de 23 de julho de 1993. Aprova o regulamento do Corpo do Pessoal Graduado da Aeronáutica. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, 24 de jul. de 1993. Publicado na Coleção das Leis da República Federativa do Brasil, v.185, n.7, jul. 1993.
7. BRASIL. Diretoria de Saúde da Marinha. Medicina operativa e higiene naval. Rio de Janeiro, Imprensa Naval, 1979.
8. BRASIL. Diretoria de Saúde da Marinha. Temas de biometria médica. Rio de Janeiro, 1980.
9. BRASIL. Diretoria-Geral do Pessoal da Marinha. DGPM 406. Normas reguladoras para inspeções de saúde na Marinha.
10. BRASIL. Escola de Guerra Naval. EGN-215. Guia para elaboração de ensaios e monografias. Rio de Janeiro, 1998.



11. BRASIL. Escola de Guerra Naval. FI 219. Guia para elaboração de referência bibliográfica. Rio de Janeiro, 1992.
12. BRASIL. Estado Maior das Forças Armadas. Portaria nº 02 142/ FA-43, de 03 de junho de 1997. Normas para avaliação da incapacidade pelas juntas de inspeção de saúde das Forças Armadas (FA-N-01). Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], v.135, nº 105, p.11559, 5 jun. 1997. Seção 1, pt. 1.
13. BRASIL. Lei nº 8112, 11 de dezembro de 1990. Dispõe sobre o regime jurídico dos Servidores Públicos Civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, v.86, n.52, p.3-14, 18 mar. 1998. Seção 1, pt. 1. Reedição.
14. BRASIL. Ministério da Marinha. Gabinete do Ministro. Portaria nº 0308 de 24 de outubro de 1997. Aprova o plano de carreira de praças da Marinha (PCPM).
15. CRITÉRIOS para avaliação no período de incapacidade. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE PERÍCIAS MÉDICAS, 6, 1994. Salvador. [Resumo...]. Salvador, 1994. Mesa redonda.
16. FARIAS, Abelardo Ulisses Maia de. Médico perito X perito médico - diferenciação, implicações e éticas. In: SEMINÁRIO PARA NORMATIZAÇÃO DAS ATIVIDADES PERICIAIS MÉDICAS, 1, Recife, 1996.
17. INPS. Diretrizes da atuação de assistente social nos CRP. Rio de Janeiro, 1977.
18. INPS. Manual do médico perito. Rio de Janeiro, 1980.
19. INPS. Normas de reabilitação profissional. Rio de Janeiro, [ca. 1980].
20. MEDRADO SOBRINHO, Israel Noemio. A informatização da perícia médica. Rio de Janeiro: EGN, 1997. Monografia (C-PEM). Escola de Guerra Naval, 1997.
21. MOURA FILHO, João José de Araújo. Perícia médica na Marinha do Brasil. Rio de Janeiro: EGN, 1991. Monografia (C-PEM). Escola de Guerra Naval, 1991.
22. PAIVA, Célio de Souza. Importância médico-legal do subsistema médico-pericial da Marinha. Rio de Janeiro: EGN, 1989. Monografia (C-PEM) - Escola de Guerra Naval, 1989.

23. RUBEM, Iram. A gestão do sistema pericial de saúde do M.AER. Revista Médica da Aeronáutica do Brasil. Rio de Janeiro, v.46, n.1/2, p. 33-36, jan/dez. 1996.
24. SALVADOR Juarez. Sistema médico-pericial no serviço de saúde da Marinha. Rio de Janeiro: EGN, 1981. Monografia (C-PEM). Escola de Guerra Naval, 1981.
25. SAMPAIO, Sávio Xavier. Sistema médico-pericial no serviço de saúde da Marinha. Rio de Janeiro: EGN, 1979. Monografia (C-SGN). Escola de Guerra Naval, 1979.
26. SILVA, Laís Marques da. Sistema médico-pericial no Serviço de Saúde da Marinha. Rio de Janeiro: EGN, 1986. Monografia (C-PEM) - Escola de Guerra Naval, 1986.

