6-C-6
05

ESCOLA DE GUERRA NAVAL

Curso C-PEM/91

Partido -

Solução do P-III-4 (Mo) MONOGRAFIA

Apresentada por

JOÃO JOSÉ DE ARAÚJO MOURA FILHO

CAPITÃO-DE-MAR-E-GUERRA (Md)

NOME E POSTO

RIO DE JANEIRO

1991

EGN - 06
7530-BR-240-3133

6-e-6

PERÍCIA MÉDICA NA MARINHA DO BRASIL

JOÃO JOSÉ DE ARAUJO MOURA FILHO
Capitão de Mar e Guerra (MD)

MINISTÉRIO DA MARINHA

ESCOLA DE GUERRA NAVAL

1991

GN-00009578-3

cad 75080
ex 95158

Prezado Leitor

Ao retirar o material bibliográfico, você se torna responsável por ele. Esperamos que faça bom uso e que tenha cuidado, pois se houver qualquer dano ou extravio do mesmo, você será o responsável pela reposição.

TEMA:

Importância do Sistema Médico-Pericial para Admissão, Controle da Higidez Psicofísica e Possível Readaptação, em outras Especialidades, dos Militares da MB.

TíTULO :

Perícia Médica na Marinha do Brasil.

PONTOS A ABORDAR :

- Análise crítica da situação atual;
- A formação do Médico Perito;
- Aprimoramento dos critérios de higidez;
- Importância médico-sócio-econômica da readaptação; e
- Sugestões.

PROPOSIÇÃO :

- Analisar a situação atual do Sistema Médico Pericial;
- Propor e justificar melhor formação do médico perito;
- Fazer apreciações sobre os critérios de higidez e as vantagens da readaptação; e
- Propor sugestões visando aprimorar o Sistema

Biblioteca da Escola de Guerra Naval

ÍNDICE

	FOLHA
PROPOSIÇÃO	III
INTRODUÇÃO	V
CAPÍTULO 1 - SITUAÇÃO ATUAL	1
CAPÍTULO 2 - COMENTÁRIOS	9
CAPÍTULO 3 - MÉDICO PERITO	12
CAPÍTULO 4 - HIGIDEZ	17
CAPÍTULO 5 - READAPTAÇÃO	25
CAPÍTULO 6 - SUGESTÕES	28
CAPÍTULO 7 - CONCLUSÃO	34
ANEXO A - ENTREVISTAS	A-1
BIBLIOGRAFIA	A-2

INTRODUÇÃO

As guerras tem demonstrado crescente necessidade de adequado preparo físico, só possível de obter em homens hígidos.

O Sistema Médico Pericial da Marinha procura controlar a higidez através de seleção para recrutamento e exames periódicos ao longo da carreira.

Busca ser justo,sugerindo licença para tratamento de saúde ou reformando os incapazes.

Para cumprir estes propósitos é indispensável uma perícia médica capaz, só obtida pelo treinamento constante de seus membros.

Baseada no estudo da atual perícia médica, esta monografia pretende ser útil, oferecendo sugestões ao aprimoramento do Sistema.

Procurou analisar e discutir problemas vigentes relacionados aos critérios de higidez, da formação do médico perito, e da readaptação de militares considerados inválidos para o Serviço Ativo da Marinha.

CAPÍTULO 1

SITUAÇÃO ATUAL

O Sistema Médico Pericial da Marinha (Sismepe), é regido pelas Instruções Reguladoras para as Inspeções de Saúde na Marinha (IRISMA), aprovadas em 1985, e pelas DOUTOMARINST alusivas ao tema e citadas na bibliografia.

As IRISMA definem Inspeção de Saúde (IS) como a Perícia Médica efetuada por Junta de Saúde (JS) ou Médico Perito Isolado(MPI),em pessoas indicadas por autoridade competente, com a finalidade de verificar em determinada ocasião o seu estado de sanidade psicofísico.

Também se considera Inspeção de Saúde a Perícia Médica de conteúdo técnico mais complexo, destinada a atender finalidade médico-administrativa determinada.

As Inspeções de Saúde são realizadas por Médico Perito Isolado ou por Junta de Saúde.

Médico Perito isolado (MPI) : é o médico militar ou civil da MB, investido por ato da autoridade a que estiver subordinado, para exercer funções médico periciais de sua competência, de conformidade com a legislação pertinente.

O Médico Perito Isolado (MPI) tem por atribuição realizar Inspeções de Saúde, contribuindo para aliviar a sobrecarga das JS, e tem a característica especial de só poder concluir as IS em que o inspecionado esteja apto.Os casos de suspeita de inaptidão são encaminhados às Juntas de Saúde.

Junta de Saúde (JS) : é a reunião formal de três ou mais médicos,designados em Portaria de autoridade competente para exercerem em grupo determinadas funções periciais.

Classificação : as JS são classificadas nas seguintes categorias:

I - Junta Superior de Saúde da Marinha (JSSM);

II - Junta Superior Distrital de Recursos (JSDR);

III - Junta Regional de Saúde (JRS);

IV - Junta Especializada de Saúde (JES);

V - Junta Auxiliar de Saúde (JAS); e

VI - Junta Temporária de Saúde (JTS).

A JSSM e as JSDR são constituidas por cinco (5) membros. As demais por três (3) membros.

Exceção prevista é da JSDR.Ao realizar inspeção de saúde em grau de recurso ou revisão referente a inspeção anteriormente realizada por Junta Especializada (JES), será acrescida de dois médicos daquela especialidade, ambos com direito a voto (art.8º § único das IRISMA).

Junta Superior de Saúde da Marinha (JSSM) : a JSSM preside em caráter permanente o Sismepe,e aprecia em Grau de Recurso Extraordinário ou de Revisão as IS determinadas pelo Ministro da Marinha ou pelo Diretor Geral de Pessoal da Marinha,e em Grau de Revisão as determinadas pelo Diretor de Saúde da Marinha.

Suas decisões plenárias tem caráter de doutrina a serem seguidas pelos demais componentes do Sismepe.

A JSSM é constituida de quatro (4) membros natos e um designado.Funciona no Hospital Central da Marinha (HCM).

São membros natos da JSSM:

I - O Diretor do HCM;

II - O Vice-Diretor do HCM;

III - O Chefe do Centro de Perícias Médicas; e

IV - O Auditor do Sismepe.

Através de ato administrativo do Diretor do HCM é nomeado o Vº membro.

Auditor : o auditor do Sismepe é Oficial Médico do Corpo de Saúde da Marinha (CSM), designado pelo Diretor do HCM, competindo-lhe supervisionar e controlar a forma e o conteúdo dos atos médico-periciais de toda a Marinha.

Junta Superior Distrital de Recursos (JSDR) : as JSDR constituem o mais alto nivel médico pericial dos Distritos Navais e Comando Naval de Brasília.São criadas por atos administrativos dos respectivos Comandantes Distritais.

Tem as seguintes atribuições:

- julgar em grau de recurso ordinário ou em grau de revisão os casos inspecionados por outras JS ou MPI;

- homologar e rever laudos exarados pelas JRS, que tenham concluido pela incapacidade definitiva de militares ou civis estatutários; e

- efetuar as IS que lhe tenham sido atribuidas pela DSM.

Juntas Temporarias de Saúde (JTS : as Juntas Temporárias de Saúde são criadas por interesses específicos, que

por motivos diversos não possam ser solucionados em outras JS. Surgem por proposta do Diretor de Saúde da Marinha (DSM) aos Comandantes dos Distritos Navais ou do Comando Naval de Brasília. Sua jurisdição será explicitada no ato que lhe der origem,e como seu próprio nome indica serão extintas tão logo sua missão esteja cumprida.

Juntas Regionais de Saúde (JRS) : constituem unidades jurisdicionais de perícia médica, formadas pelo critério de densidade populacional da região e o afastamento de outras JS congêneres, no sentido de evitar deslocamentos desnecessários dos inspecionados. Cada Distrito possue pelo menos uma JRS.

Podem realizar todas as Inspeções de Saúde de primeira instância, exceto as que são atribuições de Juntas Especializadas.

Juntas Auxiliares de Saúde (JAS) : quando o volume de serviço das Juntas Regionais de Saúde (JRS) é muito grande, são criadas as Juntas Auxiliares de Saúde (JAS), que realizarão alguns tipos de IS daquelas JRS.

Juntas Especializadas de Saúde (JES) : as Juntas Especializadas de Saúde (JES) tem por finalidade inspecionar clientela específica que exija emprego de metodologia e tecnologia próprios (Ex.:Junta Especializada de Saúde para Pessoal Aeronavegante-JESPA).

Hierarquia : qualquer JS pode exercer, nas situaçõesprevistas na legislação, as atribuições que normalmente competem a JS de instância inferior ou ao MPI.

As Juntas de Saúde (JS) e os MPI são organizados hierarquicamente,com a seguinte precedência:

I - Junta Superior de Saúde da Marinha (JSSM);

II - Junta Superior Distrital de Recursos (JSDR);

III - Junta Regional de Saúde (JRS) e Junta Especializada de Saúde (JES);

IV - Junta Auxiliar de Saúde (JAS) e Junta Temporária de Saúde (JTS); e

V - Médico Perito Isolado.

Finalidade de inspeção de saúde : quanto a finalidade as Inspeções de Saúde podem ser classificadas em quatro (4) grupos :

I - Grupo 1 : Para o Serviço Militar;

II - Grupo 2 : Para Seleção,Contrôle,Exclusão;

III - Grupo 3 : Para Instruir Processos; e

IV - Grupo 4 : Para Benefícios.

As IS do Grupo 1 são regidas pelas Instruções Gerais para Inspeções de Saúde de Conscritos das Forças Armadas (IGISC) e pelo Regulamento da Lei do Serviço Militar (RLSM). Os demais grupos por DOUTOMARINST específicas.

Nas IS,especialmente as do Grupo 2,leva-se em consideração o desgaste fisiológico acarretado pela idade.

Período de validade : a IS permanece válida no máximo durante três (3) anos.

Em casos específicos, este prazo é reduzido para :

- três (3) meses : missão no Exterior;

- seis (6) meses : pessoal que lida com Raios-X e substâncias radioativas;

- um (1) ano : Corpo Auxiliar Feminino da Reserva da Marinha; e

- um (1) ano : especialidades que exijem maior grau de higidez ou apresentem maiores riscos de doenças profissionais (submarinistas, mergulhadores, pessoal aeronavegante, paraquedistas, etc.).

Têrmo de Inspeção de Saúde (TIS) : a conclusão da IS é lavrada em formulário próprio,denominado Têrmo de Inspeção de Saúde (TIS).

O TIS deve demonstrar toda a habilidade e preparo profissional do Médico Perito, tornando-se documento de alto valôr técnico, que pode servir de peça importante em eventuais pendências, inclusive de caráter judicial.

O resultado da IS lançada no TIS pode ser:

I - Apto para o SAM;

II - Apto para o SAM com restrições;

III - Incapaz parcial e temporariamente para o SAM;

IV - Incapaz total e temporariamente para o SAM; e

V - Incapaz total e definitivamente para o SAM.

Os resultados I e II são compatíveis com o trabalho.

A diferença entre o III e o IV é o período de licença. Até 90 dias pertence ao grupo III, acima disto, ao grupo IV. Neste grupo, o paciente receberá licença para tratamento de saúde de seis (6) meses renováveis,mas cujo total não poderá exceder três (3) anos. Ao completar três anos de licença passará para a Reserva, enquadrado no Art.106,item III do Estatuto dos Militares.

No resultado V, o inspecionado será enquadrado nos parágrafos do Art.108 do mesmo Estatuto, e sua inspeção apreciada "ex-officio" pela JSDR da área.

Recurso : nem sempre há concordância com os laudos das inspeções de saúde.

Até 120 dias após a decisão,o inspecionado poderá recorrer através do Recurso, meio que dispõe para se submeter a nova IS. Esta será realizada por JS de instância imediatamente superior ao agente pericial que emitiu laudo desfavorável.

O recurso será denominado Ordinário quando a IS foi efetuada por instância inferior a JSDR, e Extraordinário quando por JSDR. Impetrado até dez (10) dias do laudo pericial, deixa a IS "sub judice".

Revisão : quando a discordância parte da Administração Naval, é feita Revisão.

Nova Is é realizada por JS de instância imediatamente superior ao agente pericial que emitiu o laudo.Se não houver concordância com o resultado anterior, a instância inferior será comunicada do fato a fim de alterar seu registro.

Acidente de trabalho : Cesarino Junior define Acidente de Trabalho como "O evento casual,danoso para a vida ou para a capacidade do empregado, e relacionado com o trabalho".

Os acidentes ou doenças adquiridos em serviço são registrados no documento denominado Atestado de Origem (AO).

O artigo 46 das IRISMA define Atestado de Origem:

"Atestado de origem é o documento oficial no qual ficaram registrados, com exatidão e clareza,os dados referentes a doenças e acidentes ocorridos, em conseqüência de atos de serviço,com pessoal militar e civil estatutário da Marinha".

O AO constitue o mais importante elemento nos processos referentes a reforma, aposentadoria ou a qualquer tipo de assistência pretendida do Estado pelos seus servidores,sob alegação de doença ou acidente adquiridos em serviço.

Pode ser lavrado em qualquer tempo entre o fato decorrido e a Inspeção de Saúde para deixar o SAM, mas sempre deve ser feito, resguardando a MB contra possíveis pendências futuras.

Inquérito Sanitário de Origeme(ISO) : o artigo 70 das IRISMA define inquérito sanitário de origem do seguinte modo:

"Inquérito Sanitário de Origem é um conjunto de medidas de investigação médico-administrativa que se destina a apurar se a incapacidade definitiva do militar em atividade ou civil estatutário,no momento de sua constatação,é conseqüênte a acidente ou doença com relação de causa e efeito com o serviço".

O ISO é instaurado por determinação do Diretor Geral de Pessoal da Marinha (DGPM) ou do Diretor de Saúde da Marinha (DSM), atendendo requerimento do interessado que sinta-se prejudicado ao ser reformado,ou da JS que constatou a incapacidade definitiva para o SAM.O ISO também pode ser instaurado "post mortem".

CAPÍTULO 2

COMENTÁRIOS

Comentários servirão de base para apresentar sugestões. Distribuidos em vários capítulos, apresentados em ordem aleatória, não significa que os primeiros sejam mais importantes que os últimos.

Inspeção Trienal : a periodicidade de três (3)anos entre uma e outra IS é um ponto polêmico.

Há defensores de inspeção anual para maiores de quarenta (40) anos,a fim de diagnosticar o mais precocemente possível alterações degenerativas e tumorais.

Em minha opinião,a IS anual não traria resultados práticos palpáveis,mas aumentaria os custos e os percalços burocráticos. Ao invés de encurtar o tempo entre as inspeções,creio que é suficiente acrescentar as medidas de higidez para maiores de 40 anos propostas discutidas em capítulo próprio.

Apto com restrição : não encontra respaldo em Lei. O Estatuto dos Militares não prevê esta eventualidade.

O apto com restrição, preconizado pelas IRISMA, pode ser definitivo ou temporário. Apresenta a vantagem de manter na ativa,mesmo ao preço de não haver promoção na carreira, militares ainda úteis ao serviço e que de outra forma seriam encaminhados para reforma.

Juntas de Saúde : as IRISMAS prevêem seis (6) tipos diferentes de Juntas,distribuidas em cinco (5) níveis hierárquicos. Para desburocratizar,aumentando a eficiência, deve-se aumentar o poder decisório das JRS possibilitando diminuir estes níveis e os tipos de JS.

Isto será possível com aprimoramento e reorientação dos peritos, aumentando a capacidade de decisão das JS de instâncias inferiores.

Presidência de junta de saúde : o artigo 18 §1º das IRISMA determina que a Presidência de JS seja exercida por Oficial Médico do CSM.

As médicas do QAFO vem aumentando em número,já representando considerável força de trabalho. São nomeadas para diversas funções, inclusive MPI, e podem fazer parte de JS. Estão ficando "antigas".Em breve teremos entre elas Oficiais Superiores.

O próprio Plano de Carreira Para Oficiais da Marinha (PCOM) prevê Direção de OM para elas. Não vejo porque não possam exercer a Presidência de JS.

Redução do número de IS : o artigo 38 das IRISMA dá a entender que devem ser realizadas IS em toda exclusão do SAM.

Não vemos necessidade de IS nos casos de transferência para a Reserva Remunerada.Neste caso, o militar mantem os mesmos direitos que possue na ativa, se for ou vier a ser considerado incapaz para o SAM (lei nº 7580/86).

Nas demissões "ex-officio",perda de posto e patente,anulação de incorporação,exclusão a bem da disciplina,não é

necessário IS. Os eventos que originaram a exclusão já ocorreram e não podem ser modificados pelo resultado da IS.

Têrmo de Inspeção de Saúde : atualmente cada IS gera seis (6) documentos (dois TIS, cartão, mensagem, ofício, despacho) tornando lento e oneroso seu processamento. Estes documentos podem ser vantajosamente substituídos por um único, que seria o próprio TIS. Após lavrado, encaminhado pela Postal ao HCM,sem mensagem ou ofício, tramitaria com mais rapidez e economia de meios pela eliminação de grande número de papéis.

CAPÍTULO 3

MÉDICO PERITO

"As consultas médicas são dadas com a Ciência,com a Técnica e com o coração do médico, enquanto que as Perícias Médicas são pautadas nas Leis, Regulamentos e Normas vigentes" (Velloso).

A Perícia Médica ou Inspeção de Saúde pode ser considerada como ato mediante o qual se verifica o estado psicofísico do pessoal militar e civil da Marinha ou dos candidatos à admissão na MB.

É efetuada pelo Médico Perito, que atua em todos os níveis da hierarquia pericial, desde o MPI até a JSSM.

O Médico Perito deve ser um profissional com formação especializada, que possa se pronunciar conclusivamente sobre condições de saúde e da capacidade do exercício do trabalho das pessoas,a fim de enquadra-las nas situações legais pertinentes.

Para bem avaliar a capacidade ou incapacidade de alguém, é necessário conhecer as exigências da atividade profissional do examinado (estudo conhecido pelo nome de profissiografia).

Devemos notar que no fim de toda Inspeção de Saúde é emitido laudo pericial, sempre expressando pesada responsabilidade, e que idealmente deveria ser feito por médico que tivesse recebido cuidadoso preparo para o bom desempenho desta função.

Características : são características desejáveis no Médico Perito:

- sólida base clínica,para chegar com rapidez ao diagnóstico de probabilidade, as vezes sem contar com a colaboração do examinado,e sempre que possível evitando exames desnecessários;

- conhecimentos de profissiografia para avaliar as repercussões da doença no desempenho da atividade profissional;

- conhecimento aprofundado da legislação para concluir dentro de bases legais;

- firmeza para transmitir suas conclusões;

- serenidade para não se deixar envolver por pressões externas ou fatores extra-doença como problemas sociais, pedidos de amigos, pressões de superiores hierárquicos, etc.; e

- isenção de ânimo para bem julgar.

A atividade pericial é complexa, não devendo ser exercida por médicos simplesmente transferidos de atividades assisteciais,sem o devido preparo para o exercício das novas funções.

Especialidade Médica : a Perícia Médica possue hoje todas as qualidades de uma especialidade:

- teoria que serve de base às decisões;

- autoridade profissional gerada pelo conhecimento específico superior ao do generalista;

- aprovação da comunidade conferindo à atividade uma série de poderes; e

- código de procedimento,que determina comportamento e conduta éticos.

O preparo dos profissionais que atuam nos diversos níveis de Perícia Médica deve ser feito com treinamento sistemático,inclusive em cursos de extensão universitária, participação em Congressos, cursos de reciclagem.

O Médico Perito deve ser preparado quanto a doutrina, a ética,os conhecimentos teóricos e práticos pertinentes, que deverão ser adquiridos em cursos e estágios na MB e em Instituições Externas, onde o exercício da Perícia Médica seja intenso e exclusivo.

O procedimento médico pericial deve ser padronizado, em caráter doutrinário, de modo a orientar com precisão, evitando discrepâncias de procedimentos, impedindo que patologias iguais e de mesmo nível de intensidade recebam licenças ou tipos de invalidez diferentes.

Deve ser criado o sentido de missão, de formação e de orientação ao grupo, gerando confiança em suas decisões, que envolvem avaliação funcional, de desempenho, de potencial.

Responsabilidade profissional : o Médico Perito sempre deve fazer avaliação global do examinado. Não raro consegue detectar doença de evolução insidiosa, com freqüência mais grave e incapacitante do que a alegada pelo cliente, e da qual este não teve a menor suspeita.

A Medicina Pericial é muito ampla, com estreita ligação com a Medicina do Trabalho. Ao Médico Perito é indispensável o conhecimento das atividades que o indivíduo executa, quais as exigências requeridas para sua função, a fim de que possa opinar sobre os efeitos que o trabalho possa ter na sua doença, e se a mesma lhe dá direito a uma compensação.

O Médico Perito necessita possuir qualidades específicas para o bom desempenho de sua dupla função médico-judicativa.

Formação do médico perito : pela característica dualidade da perícia, pode um médico exercer esta função sem ser devidamente adestrado nela ?

As Faculdades de Medicina formam médicos dirigidos à atividade assistencial.Precárias noções de Perícia Médica são ministradas em curto período na Cadeira de Medicina Legal, insuficientes para suprir as necessidades desta complexa parte da medicina.

No momento, na MB, a força de trabalho pericial tem sido formada na própria perícia médica. Não existe programa de desenvolvimento de recursos humanos para esta área.

Ao ingressar no SAM os médicos recebem algumas aulas sobre o assunto, mas só se dão conta da necessidade de se capacitar ao exercício desta função quando lotados em OMs não hospitalares.Farão então um auto-aprendizado na base da tentativa e êrro,às vezes com desastrosos resultados para sua carreira militar.

O Médico Perito Isolado é o elo menos hierarquizado da cadeia pericial, mas o mais numeroso. Executa o grosso das Inspeções de Saúde (IS), com a especial característica de conclui-las apenas para os aptos.

Na suspeita de inaptidão,encaminha o inspecionado à instância imediatamente superior (declínio de competência).

Isto pode ser mudado. Desde que receba adequado treinamento, o MPI também poderá concluir inspeções dando inapto.

Parece uma tarefa fácil,mas não o é.

A atividade Médico Pericial, por sua abrangência, é mais difícil e complexa que a medicina assistencial. Ela se evidencia como uma nova especialidade, com raízes em toda a estrutura da medicina.

Necessidade de especialização : a base do Sistema Médico Pericial da Marinha é o MPI, que se transformará no membro da Junta de Saúde de amanhã.

O médico perito,seja isolado ou membro de Junta de Saúde, necessita ter sólida formação clínica,amplo domínio da legislação,bom conhecimento de profissiografia.

É obrigado a ver o inspecionado com olhos diferentes dos da Medicina assistencial, que busca apenas diagnóstico e tratamento.

Não pode confundir a simples presença de doença com a existência de incapacidade. Esta depende da intensidade das manifestações mórbidas e das exigências profissionais.

Necessita conhecer vasta e complexa legislação,e possuir profundo conhecimento médico, que lhe permita saber quais as lesões curáveis e as irrecuperáveis.

Indispensável é ter sensibilidade e conhecimento técnico especializado para identificar o paciente que esconde seu quadro clínico a fim de permanecer na ativa, ou o que amplia seus sintomas visando benefícios indevidos.

Simulação : o Médico Perito deve estar atento para identificar simulações.

Ocorrência de grande importância para avaliação de incapacidade,é um tipo especial de relacionamento médico, quando o paciente chega considerando o perito como um obstáculo a ser transposto para obtenção das vantagens almejadas, ao contrário da medicina assistencial, onde vai em busca de tratamento, confiante no profissional que o atende.

O exagero dos sintomas,as queixas fictícias,os mais variados tipos de ardís e simulações podem surgir.

CAPÍTULO 4

HIGIDEZ

Higidez pode ser considerada como o estado de saúde normal. É um conceito básico para as Forças Armadas. A guerra moderna exige higidez e elevado grau de preparo físico.

O laudo de "incapaz para seu trabalho" não pode ter um componente opinativo, sujeito a exageros ou benevolências descabidas. Deve ser baseado em critérios cuidadosamente elaborados.

O estabelecimento de critérios e diretrizes para avaliação das condições psicofísicas das pessoas, determinando padrões,índices mínimos,exames complementares obrigatórios é de grande importância.

Critérios de higidez : o estabelecimento de critérios de higidez e a eventual alteração dos mesmos é um círculo vicioso composto de três fases distintas:

1) estabelecimento de padrões mínimos de seleção;

2) avaliação de desempenho de acordo com os padrões estabelecidos; e

3) correção e aperfeiçoamento dos padrões baseados na experiência obtida.

Funciona como um moto contínuo.O item 1 gera o ítem 2 que dá subsídios ao item 3 para aperfeiçoamento do ítem 1.

A Diretoria de Saúde da Marinha, instituindo índices mínimos, exames complementares obrigatórios, é a responsável pela delicada função de estabelecer critérios e diretrizes

para avaliação das condições psicofisiológicas que preencham as necessidades da MB.

Ingrata e constante tarefa.A permanente evolução da medicina rapidamente torna obsoletos conceitos há pouco válidos, e atualiza parâmetros pela descoberta de novas doenças e exames.

Seleção de pessoal : a Diretoria de Saúde da Marinha tem procurado estabelecer e aperfeiçoar regras e normas de saúde para ingresso na MB e permanência no Serviço Ativo.

Cabe a Marinha selecionar e controlar seu pessoal.Não se pode deixar ingressar pessoas doentes,pois trariam o elevado ônus da baixa produtividade, limitações e afastamentos de serviço por motivos de saúde.

Depreende-se a necessidade de estabelecer rigorosa triagem pericial.

Para se antepor e disciplinar irregularidades referentes ao assunto,a Diretoria de Saúde da Marinha vem constantemente aprimorando as atividades de Inspeção de Saúde, instituindo critérios,corrigindo disparidades.

Baseada em índices mínimos de higidez, seleciona-se a clientela candidata ao ingresso na MB. Tal procedimento continua através de exames de controles periódicos para cursos e outras atividades ao longo da carreira.

Admissão na MB : recentemente a DSM publicou no Diário Oficial da União, seção I, pág. 9980-2, de 25 de maio de 1990,a Portaria 12 de 10 de abril de 1990,tratando das "Normas de seleção psicofísica para ingresso no CN, EN, QC, CAFRM, EAM, CETN, CSM", com as condições incapacitantes e

índices mínimos exigidos, bem comb os exames complementares obrigatórios.

Apesar de tão recente, o avanço da medicina já a torna passível de reparos visando aprimorar seus conceitos, especialmente em referência a AIDS e a Hepatite B.

Chamamos atenção para as "Condições incapacitantes item q)":

"q) DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSíVEIS (DST)

Qualquer DST em atividade é incapacitante".

Este critério deixa em aberto a seguinte indagação:

E se o inspecionado for portador do vírus da Síndrome da Imuno-Deficiência Adquirida (AIDS), mas não estiver com a doença em atividade? Está apto para ingressar na MB?

No meu ponto de vista está inapto, mas é sabido que o portador do vírus da AIDS, mesmo soro positivo, pode passar anos sem desenvolver quadro clínico, isto é,sem apresentar doença em atividade, e portanto não se enquadrando como inapto na citada portaria.

O mesmo aplica-se a Hepatite B.Doença virótica, sexualmente transmissível, incurável, mortal, mais infectante que a AIDS. Existem portadores do vírus sem desenvolver a doença, assintomáticos, mas disseminando-o.

AIDS :Os portadores do vírus da AIDS podem ser classificados em quatro grupos:

a) sintomático em fase de atividade da doença : paciente apresentando manifestação clínica de AIDS;

b) sintomático em fase de inatividade da doença: paciente que já apresentou manifestação clínica, mas no momento está assintomático;

c) assintomático soro positivo : paciente portador do vírus,soro positivo,mas que ainda não desenvolveu sinais da doença; e

d) assintomático soro negativo : portador do vírus que ainda não desenvolveu a doença nem anticorpos,de modo que seus exames sorológicos podem permanecer negativos. Pacientes nestas condições podem positivar o exame em três semanas, mas existem casos relatados de cinco anos de latência para a positivação.

A sorologia indentifica os anticorpos, e não o próprio vírus. Pacientes contaminados que ainda não tenham desenvolvido anticorpos, apesar de já serem agentes infectantes, terão exames anti-HIV negativos. Devemos ficar cientes da possibilidade deste fato, inevitável pelos atuais métodos diagnósticos, e que permite eventual admissão de aidéticos na Marinha. Ao tornarem-se soro positivo, mesmo sendo conscritos, serão reformados como determina a lei.

Hepatite : porque não pesquisar todos seus tipos ?

Nos parece que seria extremamente dispendioso e de pouco resultado prático.

Para melhor entendimento desta afirmativa, e da necessidade da identificação do vírus da hepatite B, faremos um breve resumo:

Hepatite A : numa determinada área geográfica, a prevalência da hepatite causada pelo vírus A constitue aceitável índice de desenvolvimento sócio-econômico, refletindo o padrão de saneamento básico e de higiene pessoal de seus habitantes.

Está amplamente disseminada no país, sobretudo em áreas periurbanas.

Quem foi infectado por ela, geralmente na infância, não é mais agente transmissor do vírus ao ingressar na Marinha. Adquiriu sólida imunidade através de anticorpos humorais circulantes, não evolui para estágios de cronicidade.

Hepatite C (HVC) : até recentemente conhecida como hepatite não A não B (HNANB), a hepatite pelo vírus C transmite-se, como a HVA, por via fecal-oral,geralmente a partir de água contaminada por dejetos.

A transfusão sanguínea era o seu maior meio de disseminação.

Com a descoberta dos marcadores sorológicos que permitiram identifica-la, este tipo de transmissão foi minimizado, graças ao controle que se exerce sobre o sangue (teste de Elisa).

Hepatite B : a hepatite pelo vírus B(HVB) é preocupante. A positivação sorológica deve ser considerada invalidante para o SAM.

A HVB é considerada doença sexualmente transmissível. A promiscuidade, particularmente sexual,é fator de reconhecida importância na transmissão da HVB. A disseminação via transfusão de sangue é praticamente inexistente pela rigorosa triagem que o sangue e seus doadores sofrem.

A HVB é doença crônica,responsável por 80 % dos casos de carcinoma hepatocelular, uma das neoplasias de maior incidência no mundo. Seu papel oncogênico é amplamente reconhecido. A cada ano grande número de pessoas é infectada pela HVB,com enorme impacto sobre as áreas da saúde e da economia nacionais.

Não é demais enfatizar que a hepatite B é de alto risco, podendo levar à hepatopatia crônica e ao carcinoma hepatocelular.

A HVB é altamente contagiosa,podendo ser transmitida pela simples convivência.Os grupos de risco são:homossexuais masculinos,prostitutas,toxicômanos,alcoólatras,presidiários.

A HVB é identificada pelas provas sorológicas:

1) HBsAg : antígeno de superfície do vírus da hepatite B;

2) IgM anti-HBC :anticorpo contra antígeno HB. Primeiro a surgir no soro dos indivíduos infectados pela HVB.Pode permanecer por longo período, mesmo após o desaparecimento do antígeno HBs.É considerado um marcador que auxilia na definição da forma de infecção de hepatite B quando o HBsAg desaparece rapidamente;

3) HBeAg : o antígeno HBe está relacionado com a nucleoproteina viral. Pode ser encontrado no soro de indivíduos infectados pela HVB. Sua presença indica estado de replicação viral;

4) anti-HBs : anticorpo contra o antígeno HBs. Encontrado no soro de convalescentes e em indivíduos que tiveram contacto com antígeno HBs. É o único anticorpo que confere imunidade contra HVB;

5) anti-HBe : anticorpo contra o antígeno HBe.Pode ser encontrado no soro de indivíduos portadores crônicos de HBsAg em estágio tardio,e nos que foram infectados transitoriamente pela HVB; e

6) anti HBc : anticorpo contra antígeno HBc. Marcador mais freqüênte no soro de indivíduos que foram infectados pela HVB.Permanece em títulos elevados ao longo dos anos.

A profilaxia da HVB é feita com cuidados de higiene, uso de preservativos, vacinação. Esta é 100% eficaz e inócua. Apresenta o problema de preço extremamente elevado,sendo inviável sua aplicação em massa.

Seu custo deriva dos métodos trabalhosos e da fina tecnologia necessários à sua obtenção. Utiliza antígeno da superfície do próprio vírus, retirado do plasma de paciente infectado.

Hepatite Delta : a hepatite pelo vírus Delta (HVD) só ocorre em presença do vírus da hepatite B.Sem este ela não se desenvolve.Pode instalar-se como infecção simultânea ou por superinfecção do portador HVB.Sorologicamente é identificada pela presença de anticorpos anti-Delta.

A importância da HVD é limitada,pois só desenvolve-se em presença do vírus B. Sua profilaxia é evitar a hepatite B.

Permanência na MB : nas inspeções periódicas para permanência na MB, leva-se em consideracão o desgaste fisiológico acarretado pela idade, mas é necessário aumentar a amplitude da busca de doenças próprias das faixas etárias a partir da quarta década.

Com este intuito, nos inspecionados com idade igual ou superior a quarenta (40) anos, é conveniente realizar algumas pesquisas:

- medição da pressão intraocular (tonometria).

O glaucoma crônico evolui de maneira insidiosa, levando à cegueira.A tonometria possibilita a descoberta precoce do problema, propiciando tratamento ainda em tempo útil. Se a tensão intraocular estiver acima do normal, o inspecionado será encaminhado à oftalmologia para acompanhamento. Em caso de normalidade, não haverá necessidade de repeti-la nas IS posteriores;

- exames de controle de triglicerídios,lipídios totais,eletroforese das lipoproteinas;

- teste de esforço nos pacientes de risco cardiológico, considerando como tais o fumo, a obesidade, o sedentarismo, a hipertensão arterial, as dislipidemias;

- pesquisa de sangue oculto nas fezes.

A pesquisa de sangue oculto nas fezes é de grande importância médica. Indica se existe sangramento no tubo digestivo.

A origem do sangramento pode ser desde uma simples gengivite, até uma lesão ulcerosa, importante como um tumor maligno.

O exame é simples,rápido,barato.Pode ser feito com o paciente em alimentação normal.Caso o teste de resultado positivo,deve ser repetido,com o paciente em dieta de carne. A chamada carne vermelha pode induzir resultado falso- positivo. Se, mesmo com a dieta de carne o teste continuar positivo, o inspecionado será encaminhado para investigação clínica; e

- nos pacientes com mais de 50 anos se deve acrescentar o toque retal. É o mais prático método de identificação precoce dos tumores da próstata.

Apesar de seu indiscutido valor semiológico, apresenta dois incovenientes difíceis de superar a curto prazo:

1) fator cultural : a grande maioria da população alvo não aceita de bom grado este tipo de exame.Só uma longa campanha de conscientização,expressa em muitos anos,permitirá vencer este obstáculo; e

2) interpretação dos resultados : urologistas são os únicos com experiência suficiente para realizar o exame e interpretar corretamente seus achados. Treinar os médicos peritos para realiza-lo é impraticável,e não é possível encaminhar todos os inspecionados à urologia.

CAPÍTULO 5

READAPTAÇÃO

Reabilitação é o conjunto de ações tendentes a beneficiar o paciente, dando-lhe meios de superar com maior ou menor eficácia, eventuais seqüelas resultantes de doença ou acidente, permitindo sua reabilitação física e mental e a reintegração no trabalho e no ambiente social.

Capacidade laborativa é a apresentação de condições físicas e mentais que satisfaçam as exigências de atividade específica.

Incapacidade laborativa é a impossibilidade de desempenho das funções típicas de uma atividade.

A incapacidade laborativa pode ser dada por seqüelas transitórias,de recuperação espontânea ou com auxílio da medicina física e reabilitadora.As lesões transitórias tem grande importância, mas não são o motivo deste capítulo, que versará sobre readaptação das patologias que incapacitam definitivamente para o SAM.

Com freqüência as incapacidades são decorrentes de lesões ou doenças que pela legislação tornam o homem inválido para atividade estritamente militar,mas este ainda poderia ser útil em função correlata.

O ser humano possue extraordinária capacidade de adaptação. Não se justifica que pessoas limitadas em certos aspectos, mas plenamente capazes para outras atividades, sejam condenadas a permanecer ociosas e inativas.

A readaptação profissional visa a reintegração do homem incapacitado através do desenvolvimento de suas potenciali-

dades, e busca colocação compatível com suas condições gerais.

Permitiria o aproveitamento de uma pessoa educada e adestrada militarmente,em funções auxiliares e de planejamento, pois a guerra não se faz só com atividades operativas.Infra-estrutura de apoio,logística, planejamento, etc., são de importância fundamentais.

Quantas funções,cargos burocráticos,cargos em oficinas, funções auxiliares,planejamento,administração,etc., poderiam ser realizadas por militares ditos incapacitados?

Os incapacitados passíveis de reaproveitamento poderiam ser transferidos para um Quadro Complementar criado com regras próprias, onde seriam utilizadas sua educação e formação militar.

Estes homens contribuiriam para diminuir custos e minorar a deficiência de pessoal existente nos Corpos e Quadros da MB. Liberariam pessoas sadias que exercem aquelas funções, permitindo encaminha-las para a atividade fim.

Diminui-se o problema social causado pela perda de rendimentos ao ser reformado proporcional ao tempo de serviço,e o psicológico de estando útil, ser considerado inútil pela fria letra da lei.

A legislação é o grande óbice à readaptação.

Na area militar não há previsão desta possibilidade.

O próprio Estatuto dos Militares não só não oferece esta oportunidade como dificulta-a através de seu artigo 106, ao considerar que mesmo em doenças curáveis, com mais de dois anos de licença para tratamento de saúde,o paciente deva ser reformado.

Esta é uma postura que necessita ser alterada.

O impacto psicológico é grande sobre o indivíduo que sente-se útil, mas que a legislação afasta do serviço ativo.

Numerosas doenças são compatíveis com o tratamento em plena atividade.

Com freqüência,indivíduos em condições de encaminhamento à reforma, omitem seus sintomas nas IS para não serem postos de lado.

Não é um sonho descabido readaptar um inválido"legal" em funções compatíveis com sua deficiência.

Os civis estatutários do Ministério da Marinha gozam deste privilégio desde 1983 (DOUTOMARINST 22-02), agora extensivo à todos os Servidores Públicos da União (Art.24 da Lei 8112 de 11 de dezembro de 1990).

Sargentos do Exército são amparados pela Portaria 15/EME de 14 de março de 1984,que no item 34.a) permite mudar a Qualificação Militar (QMS):

> "...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,será reformado de acordo com a legislação específica."

O artigo 154 do Estatuto dos Militares prevê readaptação de militares da Aeronáutica incapacitados para o exercício de atividade aérea.

Porque não tornar mais abrangente a readaptação e aplicável a todos os militares?

Não há dúvidas quanto a viabilidade de readaptação de alguns incapacitados. é necessário apenas adequar a legislação pertinente.

O Sistema Médico Pericial se fortaleceria como entidade estabilizadora dos direitos e dos deveres decorrentes do homem para a Marinha,e desta para com o homem.

CAPÍTULO 6

SUGESTÕES

A evolução da arte da guerra obriga uma higidez cada vez maior nas Forças Armadas,exigindo do Sistema Médico Pericial constante aperfeiçoamento ao longo dos anos.

A Marinha busca manter a necessária higidez através de regras de saúde cada vez mais rigorosas e precisas na seleção de pessoal.

Tendo em mente uma Marinha mais hígida, as sugestões a seguir expostas, baseadas em critérios discutidos em maior profundidade em capítulos anteriores, visam contribuir neste aperfeiçoamento, baseadas no conceito da Organização Mundial de Saúde (OMS) de que "Saúde é o completo estado de bem estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença".

Diversas propostas são feitas. Algumas de difícil execução por fugir da alçada direta da Marinha ao envolver a Lei 6880 de 9 de dezembro de 1980 (Estatuto dos Militares).

Estatuto dos Militares : em vigor há 11 anos, necessita evoluir no tocante a perícia médica.

Neste intento, sugiro as seguintes medidas :

- readaptação funcional de militares.

O Estatuto não prevê esta possibilidade, desperdiçando preciosa mão de obra ao reformar militares que poderiam ser

úteis em outras funções, utilizando seu adestramento militar;

- flexibilizar o artigo 106,que determina a reforma de paciente com mais de dois anos de licença para tratamento de saúde mesmo que portador de doença curável;

Além da perda de pessoal útil, incentiva alguns militares a não realizarem corretamente seus tratamentos, só procurando cura após a reforma; e

- tornar possível a situação de apto com restrição. Atualmente previsto nas IRISMA,não possue amparo em Lei.Deve ser proposta sua introdução no Estatuto.

Quadro Complementar (QC) : proponho criação de Quadro Complementar, com Regulamento próprio,para militares atualmente considerados inválidos para o SAM,mas passíveis de adaptação em outras funções e especialidades.

Médico Perito : é a peça chave do Sismepe.

A valorização do médico perito é fundamental para que o Sistema se torne cada vez mais eficaz.

Para seu permanente aperfeiçoamento sugiro :

- endoutrinamento dos médicos do CSM de modo mais efetivo no estágio de adaptação ao oficialato,dando ênfase especial aos conhecimentos de Medicina Legal necessários ao bom desempenho da Perícia Médica e à emissão de laudos especializados quando solicitados por JS;

- criar cursos especiais a nível de extensão universitária e especialização;

- realizar congressos de perícia médica, com objetivo de trocar idéias e experiências;

- colocar o maior número possível de médicos do CSM e QAFO em atividades periciais,em rotatividade, visando conscientiza-los da importância desta função. O ideal é que todos os médicos tenham experiência pericial;

- exigir do médico perito estágio e curso em instituição militar ou civil que desempenhe intensa atividade de perícia médica; e

- padronização dos procedimentos médico-periciais, estabelecendo doutrina, evitando que patologias e quadros clínicos iguais recebam tratamentos desiguais.

IRISMA : nas IRISMA proponho as seguintes alterações:

- alterar o artigo 18, permitindo que médicas do QAFO possam exercer a função de Presidente de Junta de Saúde;

- reduzir o número de Juntas de Saúde a três níveis hierárquicos,aumentando concomitantemente as atribuições das Juntas Regionais de Saúde. Resultaria em diminuição da burocracia;

- autorizar o MPI a concluir inspeções de inaptos,e não apenas dos aptos como atualmente. Esta possibilidade viria como conseqüência lógica do melhor adestramento do perito;

- alterar a redação do artigo 38, exigindo IS para exclusão da Marinha apenas nos casos de demissão a pedido, licença ou desincorporação;

- considerar apto com restrição os pacientes com fatores de risco(obesidade,hipertensão arterial,etc.) que só passariam a aptos sem restrição ao demonstrarem que estão efetivamente em tratamento; e

- reduzir o número de documentos gerados por cada inspeção de saúde,dos atuais seis para apenas um,que seria o TIS,encaminhado ao HCM via postal.

Vacinação contra hepatite : o elevado custo da vacinação contra a hepatite B inviabiliza seu emprego em larga escala. No entanto, pesquisa realizada no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, demonstrou que a Hepatite B atinge 20 % dos "profissionais de saúde", contra 2.5 % da população geral.

Sugiro,pelo alto grau de letalidade da doença e pela facilidade de contágio, que a vacinação seja efetuada nos selecionados pelos seguintes critérios:

1 - Profissionais que lidam com sangue e derivados:

a) técnicos de laboratórios clínicos e de unidades de processamento de sangue e plasma;

b) técnicos e enfermeiros de hemodiálise;

c) médicos que se iniciam na prática de especialidades cirúrgicas; e

d) dentistas,especialmente os cirurgiões orais.

2 - Pacientes obrigados a receber periodicamente sangue e derivados:

a) pacientes com insuficiência renal crônica que vão iniciar hemodiálise;

b) portadores de afecções hematológicas sujeitas a receber periodicamente sangue ou derivados (hemofílicos, talassêmicos, leucêmicos,etc.); e

c) pacientes que sofrem de afecções hemorrágicas sujeitas a repetidas transfusões de sangue (hipertensão portal, varizes esofagogástricas,etc.).

3 - Pessoas que mantem contacto íntimo e continuado com portadores do Vírus B, sobretudo se também forem HBsAG positivo:

a) profissionais que lidam com pacientes de alto risco;

b) familiares dos pacientes.

Critérios de higidez : para aprimoramento dos critérios de higidez,sugiro :

- alterar o ítem q) das Normas de Seleção (9:2) considerando inapto para o SAM os portadores de vírus da AIDS e da Hepatite B, mesmo que a doença não esteja em fase de atividade;

- nos exames complementares das citadas normas,tornar obrigatório a pesquisa sorológica da Hepatite B, através das reações de HBsAg e anti-HBc;

- em IS de inspecionado com idade igual ou superior a quarenta (40) anos deve ser feito:

a) teste de esforço nos que apresentem fatores de risco cardiológico (obesidade, fumo, hipertensão arterial, dislipidemias);

b) solicitar eletrocardiograma, dosagem de triglicerídios, lipídios totais,pesquisa de sangue oculto nas fezes;

c) no primeiro exame após completar 40 anos realizar a medida da pressão intraocular. Se o resultado for normal não haverá necessidade de repeti-la. Os com tonometria acima do normal serão encaminhados para tratamento especializado; e

- nos pacientes com idade igual ou superior a cinqüenta (50) anos,deve-se realizar o toque prostático.

CAPÍTULO 7

CONCLUSÃO

Na Marinha a Perícia Médica existe documentada desde o Decreto 1981 de setembro de 1857, regulamentado pelo Aviso de 27 de julho de 1858 do Ministro dos Negócios da Marinha,e aprovados por sua Majestade, o Imperador.

As regras fixadas eram pouco precisas, compatíveis com a Medicina da época. O parágrafo 4 do artigo 2 exigia, para ingresso na Marinha, que o candidato devia "Ter a necessária robustez e saúde para o serviço naval".

Muito se tem evoluido desta data até hoje.

Padrões e critérios mais rigorosos e definidos vem sendo gradativamente implementados através dos anos.

Até 1966 só as JS realizavam inspeções de saúde. Nesse ano foram aprovadas as primeiras IRISMA. Representaram considerável avanço na Perícia Médica. Destaca-se como sua principal inovação a criação do Médico Perito Isolado, que realizando inspeções de saúde, permitiu melhorar o fluxo de atendimento das JS, e diminuir a burocracia.

A experiência e necessidade de novos critérios tem mantido constante evolução.Novas IRISMA foram estabelecidas em 1968, em 1973, em 1979. As IRISMA atualmente em vigor foram aprovadas em 1985.

As sugestões apresentadas nesta monografia visam aprimorar o Sistema Médico Pericial.

Se entrarem em execução, a experiência trazida pelo correr dos anos demonstrará se estão corretas.

Só a prática revelará acertos e erros,mas as sugestões devem ser tentadas. Afinal "Por que cometer erros antigos se há tantos erros novos a escolher ?" (Bertrand Russell).

A última palavra sobre o assunto jamais será dada.Sempre haverá novas necessidades, que modificarão critérios e técnicas.

Readaptação é assunto que está a exigir urgente discussão. Não é prevista no Estatuto dos Militares, mas considero injustificável o desperdício de pessoal especializado que tem ocorrido pela falta desta opção.

A Marinha gasta tempo e dinheiro na formação do pessoal que necessita,e com freqüência este investimento é desperdiçado ao reformarmos militares que poderiam ser readaptados em outras funções.

Citarei dois exemplos hipotéticos, mas que ocorrem na prática diária da perícia médica:

Como primeiro exemplo vejamos o operador de sonar.Se vier a sofrer lesão auditiva não poderá mais exercer sua função, terá de ser reformado,quando poderia ser readaptado em outra atividade com pequeno treinamento adicional.

Em outra hipótese imaginemos um oficial recém-formado pela Escola Naval,que sofra acidente sem relação de causa ou efeito com o serviço,e neste acidente perca a visão em um dos olhos.Será reformado como manda a legislação, podendo prover a subsitência, com vencimentos proporcionais ao tempo de serviço.

Teremos uma dupla perda:

Da Marinha,que perde um oficial possuidor de primorosa formação militar e grande potencial de desenvolvimento. Investiu nele, continuará com as despesas referentes a sua reforma,e nada aproveitará deste investimento.

Do Oficial, que vê seus rendimentos bruscamente reduzidos, trazendo-lhe problemas psicossociais,com poucas chances de rapidamente conseguir emprego civil,resultando em queda de seu padrão de vida.

A Marinha não é instituição de caridade ou de assistência social,mas atenderia seu próprio interesse ao readaptar esses militares. Poderiam constituir Quadro Complementar Especial.

Homens em inadequado estado de higidez não formarão a Marinha forte que desejamos.

Para este fim a higidez é perseguida já nos exames para ingresso na MB. Prossegue nas inspeções periódicas para permanência no SAM e cursos da carreira. É obtida seguindo critérios e normas em permanente atualização pela DSM.

Todo médico da MB deve ser adestrado na Perícia Médica, entender sua importância, conhecer sua complexidade.É desejável que possua vivência e conhecimento do Sismepe, favorecendo a padronização de procedimentos, evitando emissão de laudos especializados pouco precisos.

Sem o adequado uso dos têrmos de Medicina Legal podem lavrar laudos ambíguos, gerando eventuais questionamentos jurídicos de pacientes buscando vantagens descabidas, direitos inexistentes.

Especial ênfase foi dado à formação do médico perito que, isolado ou em grupo nas Juntas de Saúde, é a peça mais importante do Sismepe.

O Perito deve ser colhido entre os melhores médicos da MB, cuidadosa e permanentemente treinado, burilado para uma sempre melhor execução de sua tarefa.

Deve ser possuidor de grande capacidade técnica,bom senso (aptidão para distinguir o essencial do secundário), tato

(evitar situações embaraçosas, sempre mantendo bom relacionamento com o inspecionado).

Deve constantemente procurar ser justo, não premiando o simulador, o que procura enganar, nem castigando o realmente necessitado.

Tarefa árdua e ingrata.

Não é demais frisar as dificuldades da Medicina Pericial. Nem sempre bem compreendida, às vezes até considerada obstáculo a ser transposto pelo inspecionado na obtenção de vantagens indevidas,omitindo ou exagerando sintomas para a consecução de seu fim.

Difícil em sua complexa relação entre Medicina e Legislação, exigindo habilidade e tino,vem muito bem descrita nas palavras de Vieira Romeiro:

"Há que ter engenho e arte.Engenho porque cada vez mais a Medicina moderna engloba métodos e instrumentos sofisticados que constituem uma verdadeira Engenharia Médica-Arte,porque o perito há de ser também o artista de gestos e palavras,por vezes teatrais,que possam fazer face ora aos excessos de queixas e atitudes para justificar uma simulação,ora ao mutismo de um psicopata,para arrancar dele tudo aquilo que espontaneamente não dá,ou ainda para contornar uma situação delicada e desagradável,quando necessita dar uma notícia negativa em relação a integridade física do examinado,sem contudo afetar em demasia seu psiquismo,o que refletiria negativamente no andamento do exame".

ANEXO A

ENTREVISTAS REALIZADAS

1 - CAlte(MD) Custódio José Abreu Araujo : Vice-Diretor de Saúde da Marinha, na DSM, em 07/06/91;

2 - Gen Bda Med Evaldo Motta de Moura : Diretor do Hospital Central do Exército (HCE), no HCE, em 18/06/91;

3 - CMG(MD) Luiz Francisco do Nacimento Velloso : Vice-Diretor do HCM, no HCM, em 18/06/91;

4 - CMG(MD) Airton Renato de Almeida : Chefe de Departamento de Medicina da DSM, na DSM, em 19/06/91;

5 - CMG(MD) Luiz Carlos da Silva Alves : Assessor do Departamento Médico do HNMD, no HNMD, em 20/06/91;

6 - CF(MD) Avenir Soares Oliveira : Auditor do Sismepe, no HCM, em 21/06/91; e

7 - CF(MD) Marco Antonio Ferreira Caixeta : Encarregado de Divisão da DSM, na DSM, em 25/06/91.

BIBLIOGRAFIA

1. ALVAREZ, Florindo Freitas. Perícia médica,análise crítica e novas perspectivas. Rio de Janeiro, EGN, 1985. Monografia apresentada no Curso de Política e Estratégia Marítimas, 1985

2. BRAGA, José Maria Garcia Silva. Sistema Médico-Pericial no Serviço de Saúde da Marinha. Rio de Janeiro, EGN, 1977. Monografia apresentada no Curso Superior de Guerra Naval, 1977

3. BRASIL. Escola de Guerra Naval. EGN215A- Guia para a elaboração de teses e monografias. Rio de Janeiro, 1981.

4. ----. FI219-Guia para a elaboração de referências bibliográficas. Rio de Janeiro, 1981.

5. BRASIL. Leis, decretos,etc. Lei 6880 de 9 de dezembro de 1980. Diário Oficial. Brasília, 11 dez. 80. Seção I. Trata do Estatuto dos Militares.

6. ----. Lei 8112 de 11 de dezembro de 1990. Diário Oficial. Brasília, 12 dez. 90. Seção I. Dispõe sobre o regime jurídico dos Servidores Públicos Civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais.

7. BRASIL. Ministério do Exército. Departamento Geral de Serviços. Portaria 08-DGS, de 30 de setembro de 1976. Aprova as Instruções Reguladoras Para a Assistência Médico-Social ao Inválido.

8. ----. Estado Maior do Exército. Portaria 15/EME, de 14 de março de 1984. Aprova as Normas Reguladoras de Qualificação, Habilitação e Condições e Situação dos Praças do Exército.

9. BRASIL. Ministério da Marinha. Diretoria de Saúde da Marinha. Portaria nº 12, de 10 de abril de 1990. Aprova as Normas para Seleção Psicofísica para ingresso no CN, EN, QC, CAFRM, EAM, CETN, CSM.

10. ----. DOUTOMARINST 20-16. Seleção e controle do Pessoal designado a participar da comissão de Inverno e Verão na Antártica. Rio de Janeiro, 1985

11. ----. DOUTOMARINST 20-17. Inspeções de Saúde em grau de recurso ordinário ou de revisão. Rio de Janeiro, 1985

12. ----. DOUTOMARINST 20-18. Instruções gerais às Juntas de Saúde (JS) e Médicos-Peritos Isolados (MPI). Rio de Janeiro, 1985

13. ----. DOUTOMARINST 20-19. Inspeção de Saúde para ingresso no Serviço Ativo da Marinha e Serviço Público sob Legislação Trabalhista. Rio de Janeiro, 1985

14. ----. DOUTOMARINST 20-20. Istruções para Inspeção de Saúde para Acompanhar Tratamento de Pessoa da Família de Militares e Civis Estatutários. Rio de Janeiro, 1985

15. ----. DOUTOMARINST 20-21. Inspeções de Saúde para verificação de Deficiências Funcionais de Militares da Ativa e Civis Estatutários. Rio de Janeiro, 1985

16. ----. DOUTOMARINST 20-22. Inspeções de Saúde para Obtenção de Carta Profissional para o Pessoal da Marinha Mercante. Rio de Janeiro, 1985

17. ----. DOUTOMARINST 20-23. Instruções sobre Atestado de Origem (AO). Rio de Janeiro, 1985

18. ----. DOUTOMARINST 20-24. Instruções para Instauração de Inquérito Sanitário de Origem (ISO). Rio de Janeiro, 1985

19. ----. DOUTOMARINST 20-25. Instruções para Inspeções de Saúde de Seleção e controle do Pessoal Aeronavegante da MB. Rio de Janeiro, 1985

20. ----. DOUTOMARINST 20-26. Instruções sobre Inspeções de Saúde para fins de Processo Administrativo de Servidor Civil Estatutário. Rio de Janeiro, 1985

21. ----. DOUTOMARINST 20-27. Inspeções de Saúde para servir em localidades deficientes em assistência médica,odontológica e de enfermagem. Rio de Janeiro, 1985

22. ----. DOUTOMARINST 20-28. Inspeções de Saúde para Justiça e Disciplina. Rio de Janeiro, 1985

23. ----. DOUTOMARINST 20-29. Instruções para Inspeções de Saúde para militares de outras Corporações. Rio de Janeiro, 1985

24. ----. DOUTOMARINST 20-30. Instruções para homologação de Inspeções de Saúde de militares ou civis brasileiros feitas no estranqeiro. Rio de Janeiro, 1985

25. ----. DOUTOMARINST 20-31. Inspeção de Saúde de Seleção e Controle para Imersão e Mergulho. Rio de Janeiro, 1985

26. ----. DOUTOMARINST 20-32. Instruções para Inspeção de Saúde para deixar o SAM ou o Serviço Público. Rio de Janeiro, 1985

27. ----. DOUTOMARINST 20-33. Inspeções de Saúde de militares para Controle Periódico, Admissão ao QOAM, Cursos, Estágio de RNR no SAM, Designação de RRM para o SAM, de militares e civis para manuseio com propelente "Otto Fuel II" e explosivos, e para promoção de Oficiais RNR. Rio de Janeiro, 1985

28. ----. DOUTOMARINST 20-34. Instruções para Inspeção de Saúde para missão no exterior. Rio de Janeiro, 1988

29. ----. DOUTOMARINST 22-01. Perícias Médicas. Rio de Janeiro, 1984

30. ----. DOUTOMARINST 22-02. Instruções para Inspeções de Saúde para reintegração, reversão, readaptação administrativa de servidores civis e redistribuição para o MM. Rio de Janeiro, 1983

31. ----. DOUTOMARINST 22-03. Instruções sobre perícias médicas para verificação da pré-existência de doenças a determinado evento ou ato administrativo. Rio de Janeiro, 1984

32. ----. DOUTOMARINST 22-04. Perícia Médica de funcionários CLT e LT para abono de faltas, licenças, para tratamento de saúde e percepção de Auxílio Doença. Rio de Janeiro, 1983

33. ----. DOUTOMARINST 22-06. Instruções para funcionamento de Junta Superior de Saúde da Marinha (JSSM). Rio de Janeiro, 1984

34. ----. DOUTOMARINST 22-08. Juntas de Saúde. Rio de Janeiro, 1985

35. ----. DOUTOMARINST 22-09. Inspeções de Saúde para benefícios previstos em legislação. Rio de Janeiro, 1986

36. ----. DOUTOMARINST 22-13. Inspeções de Saúde para o pessoal civil da MB (Admissão ao Serviço Público, controle periódico e para deixar o Serviço Público). Rio de Janeiro, 1988

37. BRASIL. Ministério da Marinha. Gabinete do Ministro. Portaria nº 0169 de 28 de fevereiro de 1985. Aprova as Instruções Reguladoras para Inspeções de Saúde na Marinha (IRISMA).

38. CARVALHO, Orlando José. O relatório médico pericial. In : Brasil. Hospital Central da Marinha. Temas de Biometria Médica. Rio de Janeiro, HCM, 1980. p. 4.1-4.15

39. CHUAIRI, Newton. Aspectos legais e financeiros da perícia médica. In : ---- Temas de Biometria Médica. Rio de Janeiro, Hospital Central da Marinha, 1980. p. 9.1-9.15

40. ESCOSTEGUY, José Affonso da Cunha. Conceito básico de perícia médica.In : ---- Temas de Biometria Médica. Rio de Janeiro, HCM, 1980. p. 3.1-3.11

41. MODERNA HEPATOLOGIA. Edição Especial sobre Hepatite. Rio de Janeiro, jan. 1987. Número especial

42. PAIVA, Célio de Souza. Importância médico-legal do subsistema médico-pericial da Marinha. Rio de Janeiro, EGN, 1989. Monografia apresentada no Curso de Política e Estratégia Marítimas, 1989

43. SALVADOR, Juarez. Sistema médico-pericial no Serviço de Saúde da Marinha. Rio de Janeiro, EGN, 1981. Monografia apresentada no Curso Superior de Guerra Naval, 1981

44. SAMPAIO, Salvio Xavier. Sistema médico-pericial no Serviço de Saúde da Marinha. Rio de Janeiro, EGN, 1979. Monografia apresentada no Curso Superior de Guerra Naval, 1979

45. SCHATZMAYR, Hermann G. & YOSHIDA, Clara Fumiko Tachibana. Hepatite A:uma visão global. Moderna Hepatologia. Rio de Janeiro, 10 (1):1-6, mar. 1985

46. SERRA, William Smith. Medicina do Trabalho. Rio de Janeiro, EGN, 1981. Monografia para o Curso Superior de Guerra Naval, 1981

47. SILVA, Laís Marques. Sistema médico pericial no Serviço de Saúde da Marinha. Rio de Janeiro, EGN, 1986. Monografia apresentada no Curso de Política e Estratégia Marítimas,1986

48. SOBESLAVSKY, Otto et alii. Painel: Hepatite por vírus -um problema de expressão mundial. Rio de Janeiro, 1986. Separata do Jornal Brasileiro de Medicina, Rio de Janeiro, (50):46-58, mai. 1986

Biblioteca da Escola de Guerra Naval

ÊSTE LIVRO DEVE SER DEVOLVIDO NA ÚLTIMA DATA CARIMBADA

21 ABR 1993			
04 MAR 1993			
30 MAR 1994			
29 MAR 1995			
01 JUL 1997			
28 FEV 1998			
4 MAR 2003			

MINISTÉRIO DA MARINHA
ESCOLA DE GUERRA NAVAL
Biblioteca

Moura Filho, João Jose de Araujo

Pericia medica na Marinha do Brasil

6-C-6
(3190/91)

00094880003190
Pericia medica na Marinha do Brasil
6-C-6

Moura Filho, João Jose de Araujo

Pericia medica na Marinha do Brasil

6-C-6

DEVOLVER NOME LEIT. (3190/91)

21 ABR 1993	CMG (Md) SERMO.
04 MAR 1994	APIR (CMG)
30 MAR 1994	(S. aparas) (CMG)
29 MAR 1995	
01 JUL 1997.	
09 JUL 1997	Renovado c/ apresentação
28 FEV 1998	CMG (MD) SETTA
04 MAR 2003	CMG (Md) Regis