



MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL

**ATA DO GRUPO DE TRABALHO
POLÍTICAS PREVIDENCIÁRIAS DE SEGURANÇA E SAÚDE NO SERVIÇO PÚBLICO
SUBGRUPO PERÍCIA MÉDICA**

Brasília, 13 de Agosto de 2015

1 Aos treze dias do mês de agosto do ano de dois mil e quinze, na sala 723 do edifício sede
2 do Ministério da Previdência Social, Brasília-DF, foi realizada a reunião do Subgrupo de
3 Trabalho – Perícias Médicas, derivado do Grupo de Trabalho Políticas Previdenciárias de
4 Segurança e Saúde no Serviço Público. Participaram da reunião: Ari Lovera (IPERGS),
5 Doris Terezinha Loff Ferreira Leite (DIRSAT/INSS), Lizia Maria Meirelles Mota
6 (PREVIMPA), Marcelo Alberto R. da Silva (DRPSP), Maviane Vieira M. Ribeiro
7 (SEGAD/DF) e Betyna Saldanha Corbal (DPSSO/MPS). O Sr. Ari Lovera (IPERGS)
8 saudou os presentes e deu início aos trabalhos recapitulando o que foi discutido na reunião
9 anterior, bem como o proposto para a presente reunião. Iniciou as discussões com a
10 análise da proposta de Emenda Constitucional relacionada à readaptação que objetiva
11 realizar uma alteração ao artigo 37 da Constituição Federal e que o grupo pretende
12 apresentar ao Conselho Nacional dos Dirigentes de Regimes Próprios de Previdência
13 Social - CONAPREV. Efetuou a leitura da referida proposta. Sobre a proposta, a Sra.
14 Betyna Saldanha Corbal (DPSSO/MPS) sugeriu inserir que as responsabilidades do cargo
15 a que o servidor será readaptado sejam compatíveis com suas competências no campo
16 referente às justificativas, vez que no artigo essa previsão é feita, mas na justificativa há
17 uma omissão. A Sra. Doris Terezinha Loff Ferreira Leite (DIRSAT/INSS) lembrou sobre a
18 existência de proposta anterior na tratativa desse mesmo tema. Em resposta, o Sr. Ari
19 Lovera (IPERGS) informou que o assunto foi discutido com o Ministro da Previdência, mas
20 infelizmente não chegou ao Congresso Nacional e o grupo estaria retomando e
21 apresentando a proposta de texto ao CONAPREV. Seguindo a discussão, a Sra. Betyna
22 Saldanha Corbal (DPSSO/MPS) levantou que o tema da reabilitação pertenceria tanto ao
23 grupo de perícia quanto ao grupo de saúde ocupacional, de forma que o grupo sobre
24 saúde ocupacional abordou como eixo a gestão dos servidores readaptados, mas a perícia
25 em si teria que ser discutida no grupo presente. A Sra. Doris Terezinha Loff Ferreira Leite
26 (DIRSAT/INSS) sugestionou que essa discussão não pertencia ao grupo de perícia
27 médica. A Sra. Maviane Vieira M. Ribeiro (SEGAD/DF) lembrou sobre a discussão no que
28 diz respeito às diferenças existentes entre os entes federativos. No caso do GDF, por
29 exemplo, há a separação: a restrição é feita pela perícia, mas a gestão dos servidores
30 readaptados acontece fora da perícia. Em outros estados não é assim que acontece.
31 Inferiu que o grupo teria que retomar a ata para esclarecer esse ponto. Nesse ponto, a Sra.
32 Lizia Maria Meirelles Mota (PREVIMPA) entendeu que o advento da discussão se deu
33 porque se o servidor não consegue exercer o mesmo cargo, na maioria das vezes ocorre à
34 aposentadoria, sendo assim, foi traga a experiência de alguns locais. Além disso, havia a
35 discussão sobre a troca de cargo constituir forma de provimento de cargo diverso de

36 concurso público. Discutiu-se ainda sobre a necessidade de se regradar nacionalmente a
37 questão. A readaptação seria um subitem da reabilitação. A Sra. Doris Terezinha Loff
38 Ferreira Leite (DIRSAT/INSS) inferiu que o grupo discutiu a readaptação pela falta de uma
39 previsão legal. Isto posto, a Sra. Maviane Vieira M. Ribeiro (SEGAD/DF) sugeriu que o
40 grupo pudesse levar ao final um parâmetro de entendimento em relação a se trabalhar a
41 reabilitação em um único grupo ou se faz a construção de uma interface entre os dois
42 campos. A Sra. Lizia Maria Meirelles Mota (PREVIMPA) sugeriu que o grupo pode
43 discorrer, no documento, que o servidor poderá ser readaptado com ou sem a reabilitação.
44 Definir que a readaptação possa prover cargo. O Sr. Marcelo Alberto R. da Silva (DRPSP)
45 lembrou que o cerne da discussão se faz no fato de que o servidor pode integrar outro
46 cargo sem a realização de concurso público. Para ele um ponto de discussão seria a
47 dificuldade em relação à criação de cargos para readaptados sem entrar na questão do
48 provimento originário. O Sr. Ari Lovera (IPERGS) expôs seu entendimento de que a ideia
49 de criar cargos não se perfaz na criação de um número fixo de cargos, mas a Constituição
50 permite dentro de cada carreira um percentual que depois teria um detalhamento maior
51 realizado pela Lei. A Sra. Lizia Maria Meirelles Mota (PREVIMPA) leu a redação referente
52 ao Estatuto do servidor municipal que indica que em Porto Alegre a readaptação pode ser
53 realizada em cargo igual ou inferior à classificação, mas compatível com suas condições.
54 O Sr. Ari Lovera (IPERGS), indagou sobre como é feito o preenchimento do cargo. Em
55 resposta, o Sr. Marcelo Alberto R. da Silva (DRPSP) apontou os requisitos, tais como o
56 nível de escolaridade, atribuições, mesma remuneração e a capacidade. O Sr. Ari Lovera
57 (IPERGS) lembrou que hoje a reabilitação dentro do mesmo cargo é possível, sem
58 limitações. A definição constitucional a princípio era com relação apenas à readaptação. A
59 Sra. Betyna Saldanha Corbal (DPSSO/MPS) sugeriu inserir, pois para ser readaptado o
60 servidor precisa estar reabilitado. A Sra. Lizia Maria Meirelles Mota (PREVIMPA)
61 completou no sentido de que na prática a fase é a da reabilitação, mas precisa ser
62 analisada qual a capacidade residual que o servidor apresenta para que possa ser trocado
63 de cargo. Dentro dessa lógica, a Sra. Betyna Saldanha Corbal (DPSSO/MPS) expôs seu
64 entendimento de que essa questão é conceitual. Fazendo uma analogia com o Regime
65 Geral de Previdência Social – RGPS, dentro do Instituto Nacional de Seguro Social - INSS
66 a reabilitação é para melhorar o nível de escolaridade ou concessão de prótese, enquanto
67 que a readaptação é exclusivamente a mudança de função, não consta a parte
68 assistencial, o que gerou dúvidas no subgrupo que discute Saúde Ocupacional, pois
69 existem Regimes Próprios em que a previdência é abordada em conjunto com a
70 assistência enquanto em outros está separada, existem outros ainda em que a previdência
71 oferece assistência. A Sra. Lizia Maria Meirelles Mota (PREVIMPA) relatou que saúde

72 ocupacional, perícia e assistência são campos diversos. Nesse diapasão, a Sra. Doris
73 Terezinha Loff Ferreira Leite (DIRSAT/INSS) opinou por realizar uma normativa para servir
74 como base para que os entes possam desenvolver seus próprios caminhos. O assunto
75 deve ser ministrado de forma clara e concisa, vez que se trata de conceituação *latu sensu*.
76 O Sr. Ari Lovera (IPERGS) lembrou que na última reunião do grupo foram acordados dois
77 conceitos, quais sejam, o de readaptação e o de readequação, que se encontram no
78 documento base para a presente reunião. A Sra. Betyna Saldanha Corbal (DPSSO/MPS)
79 indicou que um dos eixos propostos pelo subgrupo saúde ocupacional, foi o eixo “gestão
80 dos servidores em processo de reabilitação profissional”, de forma que o grupo de Perícia
81 Médica ficaria encarregado de abordar qual a restrição/limitação que o servidor possui. A
82 Sra. Lizia Maria Meirelles Mota (PREVIMPA) informou que a Perícia tipifica a incapacidade,
83 quando ela é definitiva há a tentativa de readaptação. A Sra. Maviane Vieira M. Ribeiro
84 (SEGAD/DF) informou a experiência do GDF, onde o servidor é encaminhado para a
85 Perícia Médica e o médico indica se ele ainda possui resíduo laborativo, mas com alguma
86 restrição que o impossibilita de realizar a totalidade das atividades antes realizadas, ou se
87 for um caso de aposentadoria por invalidez, há um encaminhamento para a Comissão de
88 Readaptação, onde uma equipe multidisciplinar avaliará a restrição do servidor. A Sra.
89 Lizia Maria Meirelles Mota (PREVIMPA) continuou no sentido de que conceitualmente há
90 divergências, pois muitos lugares entendem que não se trata de competência da Perícia,
91 pois o diagnóstico pericial é baseado no diagnóstico clínico, mas todo o processo da
92 reabilitação é feito em muitos lugares pela Saúde Ocupacional. Observou a existência de
93 uma série de falhas e que toda a discussão traria competência para os Regimes Próprios,
94 o que precisaria de um debate maior. Sobre os debates do subgrupo Saúde Ocupacional,
95 a Sra. Maviane Vieira M. Ribeiro (SEGAD/DF) informou que houve a discussão sobre a
96 importância de colocar um mapeamento, onde for possível, sobre situação de saúde e
97 segurança do servidor e perícia médica, para que se consiga mais elementos a fim de
98 apontar as diretrizes aos Regimes Próprios. Nesse diapasão, a Sra. Betyna Saldanha
99 Corbal (DPSSO/MPS) complementou relatando que muitos Regimes Próprios hoje são
100 híbridos, sendo parte regida pela CLT e parte estatutária, então é importante conhecer a
101 estrutura de cada ente. Muitos Estados e municípios estão bem estruturados, como
102 Curitiba e o GDF, e outros não possuem norteamto. Sendo assim, um dos objetivos
103 dessas políticas é a tentativa de uma padronização. A Sra. Doris Terezinha Loff Ferreira
104 Leite (DIRSAT/INSS) inferiu que o grupo não deve ter a preocupação do detalhamento,
105 pois essa preocupação tornará a discussão longa e dificilmente o documento ficará pronto.
106 Suscitou que o objetivo é a criação de diretrizes básicas, algo mais genérico, para que no
107 futuro, aos poucos, as informações possam ser incluídas de forma detalhada. A

108 preocupação hoje é a falta de material orientativo, por isso a necessidade de um primeiro
109 documento contendo conceituações. Do mesmo modo, o Sr. Ari Lovera (IPERGS) informou
110 que os Regimes Próprios que hoje se encontram melhor estruturados possuem uma
111 perícia médica, mas há muita reclamação no sentido de haver muita gente se aposentando
112 e que ainda possui capacidade para trabalhar. A perícia pode opinar pela incapacidade
113 parcial, mas não há uma estrutura para acompanhamento desse servidor para que possa
114 vir a ocupar outro cargo. Posicionou-se favorável à ideia traga na reunião anterior sobre a
115 constituição de um Conselho. Desta feita, há uma preocupação quanto ao custo
116 previdenciário. Encerradas as discussões sobre o PEC, o grupo iniciou a discussão do
117 documento consolidado a partir das tratativas da última reunião. O Sr. Ari Lovera (IPERGS)
118 se encarregou de efetuar a leitura do documento, que também foi retroprojetado. No
119 campo atinente às conceituações, o primeiro conceito abordado foi o de Perícia Médica
120 Oficial. Neste conceito, a Sra. Doris Terezinha Loff Ferreira Leite (DIRSAT/INSS) indicou
121 que a redação estava muito sofisticada, de forma que o grupo deve se ater a realizar uma
122 redação para que qualquer pessoa, mesmo que leiga, consiga compreender. Questionou
123 ainda a necessidade da diferenciação sobre perícia médica e perícia médica oficial. Em
124 resposta, a Sra. Maviane Vieira M. Ribeiro (SEGAD/DF) informou que a Perícia Médica
125 compreende um conceito mais generalizado, enquanto que a Perícia Médica Oficial
126 engloba a questão de ser um ato administrativo. Indicou que embora haja a existência dos
127 dois conceitos no material, a nomenclatura do primeiro conceito estaria equivocada de
128 forma que o conceito se refere à Perícia Médica enquanto conceito amplo. A Sra. Lizia
129 Maria Meirelles Mota (PREVIMPA) posicionou-se no sentido de o grupo abordar apenas o
130 conceito de perícia médica no material, visto a desnecessidade do outro conceito tomando
131 por base o objetivo final do documento. Em conversa anterior com o Sr. Marco Antônio
132 Gomes Perez (DPSSO/MPS), a Sra. Betyna Saldanha Corbal (DPSSO/MPS) indicou que
133 foi informada sobre a existência de uma Portaria do Ministério do Planejamento que não
134 usa o termo “Perícia Médica”, mas sim “Perícia em Saúde” no que se refere ao Regime
135 Geral, pois existem outros tipos de perícia além da perícia médica. Analogamente, a Sra.
136 Doris Terezinha Loff Ferreira Leite (DIRSAT/INSS) informou que o manual do SIASS adota
137 o termo “Perícia Oficial em Saúde”. O grupo acordou deixar “Perícia Oficial em Saúde”
138 como item e levar a discussão ao grupo Políticas Previdenciárias de Segurança e Saúde
139 no Serviço Público, e como subitens “Perícia Médica” e “Perícia Médica Oficial”. Sobre
140 esse último conceito, no que diz respeito à Junta Médica Oficial, a Sra. Lizia Maria
141 Meirelles Mota (PREVIMPA) relatou que o grupo adotou a realização por dois médicos,
142 mas a Resolução CFM nº 6893/2000 indica a necessidade de composição da Junta
143 Médica Oficial por três membros. O grupo acordou pela alteração, indicando a Resolução

144 entre parênteses. Quanto ao conceito de Funcionalidade, o grupo acordou a necessidade
145 de as primeiras citações de siglas expostas no documento virem acompanhadas de seus
146 respectivos significados. Atinente à Capacidade Laborativa, a Sra. Lizia Maria Meirelles
147 Mota (PREVIMPA) sugeriu retirar a palavra “morfopsicofisiológicas” do conceito, visto que
148 geraria dúvidas quando ao seu significado. Pouco depois, leu o conceito encontrado no
149 Manual de Perícia Oficial em Saúde do Servidor Público, do SIASS, para que o grupo
150 pudesse tomar conhecimento. O grupo alterou a redação deste conceito como sendo: “A
151 condição física e mental para o exercício de atividade produtiva. É a expressão utilizada
152 para habilitar o examinado a desempenhar as atividades inerentes ao cargo, função ou
153 emprego. Ter capacidade laborativa significa que o examinado reúne as condições de
154 saúde compatíveis com o desempenho dessas atividades. Importante ressaltar que a
155 capacidade laborativa não implica obrigatoriamente na ausência de doença ou lesão. Na
156 avaliação da capacidade laborativa do examinado deve ser considerada a repercussão de
157 sua doença ou lesão no desempenho das atividades laborais”. Quanto a Incapacidade
158 Laborativa, o grupo acordou em manter a redação, retirando apenas a palavra “médicas”
159 de “alterações médicas”. No que diz respeito ao grau da incapacidade laborativa, a
160 redação do grau total, item “B”, foi alterada para “grau de incapacidade que gera
161 impossibilidade de desempenhar as atribuições do cargo, não permitindo atingir o
162 rendimento esperado em condições normais”. Dentro do campo atinente a
163 Readequação/Readaptação, a Sra. Betyna Saldanha Corbal (DPSSO/MPS) levantou a
164 discussão sobre a adequação do termo “inaptidão”, no campo da readaptação funcional, e
165 sugeriu a troca do termo por “portador de limitação”. A Sra. Maviane Vieira M. Ribeiro
166 (SEGAD/DF) indicou que o estágio probatório é um campo que pode gerar confusão, pois
167 se o servidor nessas condições não conseguir realizar suas atividades, pode ser
168 exonerado. A Sra. Lizia Maria Meirelles Mota (PREVIMPA) indicou que servidor em estágio
169 probatório não pode ser readaptado. Aposentadoria ou delimitação são possíveis, mas a
170 readaptação não é possível pela falta de estabilidade. O grupo manteve a palavra
171 “inaptidão” em destaque para uma verificação posterior. Seguindo a leitura, sobre a
172 Readequação, a Sra. Betyna Saldanha Corbal (DPSSO/MPS) levantou dúvidas quanto a
173 Comissão Permanente. Lembrou sobre a necessidade de realizar um documento genérico,
174 de modo que a proposta de uma estrutura administrativa não precisa ser necessariamente
175 por meio de Comissão. O Sr. Ari Lovera (IPERGS) indagou se o grupo adentrará no
176 conceitos de Reabilitação. Após resposta positiva do grupo, perguntou se há a
177 possibilidade de readequar sem readaptar. Em resposta, a Sra. Maviane Vieira M. Ribeiro
178 (SEGAD/DF) informou que a reabilitação *stricto sensu* envolve mudança de cargo,
179 enquanto que a readequação, não necessariamente. Em conformidade, a Sra. Lizia Maria

180 Meirelles Mota (PREVIMPA) relatou que muitas vezes a Readequação não é necessária
181 devido à delimitação de tarefas, sendo necessária devido a questão da acessibilidade ou
182 limitação quanto ao local de trabalho. Nesse sentido, o grupo discutiu a necessidade de se
183 conceituar a Restrição. Conceitualmente a Sra. Maviane Vieira M. Ribeiro (SEGAD/DF)
184 indicou que o tópico principal seria a Reabilitação Profissional, e como subitem seriam os
185 estatutos da Readaptação, da Readequação, da Restrição e da Reabilitação em si. A Sra.
186 Lizia Maria Meirelles Mota (PREVIMPA) agregou a informação de que em muitos lugares
187 não utilizam delimitação nem restrição de tarefas, mas readequação. Analisando o volume
188 de conceituações em debate, a Sra. Doris Terezinha Loff Ferreira Leite (DIRSAT/INSS)
189 sugeriu que o grupo analisasse quais seriam importantes colocar no documento, tomando
190 por base seus destinatários. Levantou a dúvida se ao invés de Readequação, se não seria
191 mais propício o grupo falar em Restrição. A Sra. Lizia Maria Meirelles Mota (PREVIMPA)
192 complementou relatando que o ato em si é a Restrição, feita a Restrição que se diz qual a
193 solução adequada. A Sra. Maviane Vieira M. Ribeiro (SEGAD/DF) inferiu que é necessário
194 uma revisão, pois segundo o Manual, a Restrição Laboral é recomendação temporária
195 apenas. A Sra. Betyna Saldanha Corbal (DPSSO/MPS), a título de visualização, indicou
196 que a restrição é temporária, e quando é definitivo acontece a Readaptação ou a
197 Readequação. O grupo discutiu o assunto e optou por utilizar a redação: “Antes da
198 concessão do benefício da aposentadoria por invalidez ao servidor deve-se considerar o
199 conceito de restrição funcional quando se tratar de incapacidade temporária. Quando a
200 incapacidade é definitiva deve-se se considerar os conceitos de readequação ou
201 readaptação”, e logo após esse preâmbulo, o grupo discorreu os conceitos de
202 Readequação e de Readaptação, sendo, respectivamente, a primeira “o procedimento que
203 autoriza a redução permanente do rol de atividades inerentes ao cargo ocupado, em
204 decorrência de restrições definitivas de saúde apresentadas pelo servidor, desde que
205 mantido o núcleo básico do cargo” e a segunda “o conjunto de medidas que visa o
206 aproveitamento compulsório do servidor, portador de inaptidão e/ou restrições definitivas
207 para sua atividade laborativa. A readaptação funcional envolve necessariamente mudança
208 de cargo ou função”. Com a leitura da conceituação traga pelo subgrupo que discute a
209 Saúde Ocupacional do Servidor, a Sr. Maviane Vieira M. Ribeiro (SEGAD/DF) suscitou
210 que, no ato de discussão para formação de um documento único, esses conceitos terão
211 que ser revistos. A Sra. Betyna Saldanha Corbal (DPSSO/MPS) sugeriu que o grupo
212 utilizasse um conceito amplo para Reabilitação, mas do pondo de vista do CONAPREV,
213 restringir apenas aos três conceitos de Remanejamento, de Readaptação e Restrições. O
214 conceito de Recuperação não cabe às diretrizes impostas. Relatou de forma sucinta o
215 andamento do grupo Saúde Ocupacional. A Sr. Maviane Vieira M. Ribeiro (SEGAD/DF)

216 inferiu que o conceito de Reabilitação é o que precisa ser revisto, pois foi o causador de
217 maior confusão junto ao grupo Saúde Ocupacional. Sugeriu encontrar conceitos utilizados
218 em outros documentos gerais para servir de parâmetro para o grupo. Dando continuidade,
219 no campo atinente à Invalidez, a Sra. Betyna Saldanha Corbal (DPSSO/MPS) levantou
220 dúvidas quanto à utilização do termo “omniprofissional”, visto que engloba todas as
221 atividades. Sugeriu substituir por multiprofissional. Após discussão, o grupo optou por
222 deixar a palavra destacada, para ser revista posteriormente. Na sequência, quando ao
223 conceito de Pessoa com Deficiência, a Sra. Betyna Saldanha Corbal (DPSSO/MPS) inferiu
224 que o conceito de Pessoa com Deficiência deve ser um conceito global e a impressão que
225 se tem é a de que o conceito utilizado é o antigo, conceito biomédico puro, precisando de
226 atualização. A Lei define a deficiência, não havendo necessidade da definição posterior. O
227 grupo realizou uma breve pesquisa sobre o conceito e a Sra. Doris Terezinha Loff Ferreira
228 Leite (DIRSAT/INSS) informou que a definição utilizada é a mesma da Lei Complementar
229 142/2008. O grupo acordou por retirar o conceito de Deficiência do texto, permanecendo a
230 definição da Lei 13146/2015. Quanto ao próximo conceito do texto, no que se refere ao
231 Acidente em Serviço, o grupo optou pela desnecessidade do segundo parágrafo,
232 excluindo-o. Nesse contexto, a Sra. Maviane Vieira M. Ribeiro (SEGAD/DF) lembrou que
233 em encontro anterior o grupo debateu o acidente de percurso/trajeto, o que não foi
234 contemplado no conceito. O grupo optou por manter o conceito. Dando continuidade, no
235 que tange aos Pressupostos, no que diz respeito ao Médico Assistente, a Sra. Lizia Maria
236 Meirelles Mota (PREVIMPA) sugeriu resumir o primeiro parágrafo da seguinte forma:
237 “Cabe ao profissional assistente prestar as informações necessárias para subsidiar a
238 avaliação pericial, de acordo com a resolução do Conselho Federal de Medicina”. A Sra.
239 Maviane Vieira M. Ribeiro (SEGAD/DF) lembrou que a construção do documento é para
240 entendimento de pessoas que não são profissionais na área e provavelmente não
241 consultarão a legislação para saber o que o Conselho resolveu, de forma que se colocar o
242 conceito básico e indicar a legislação, o grupo não manterá o propósito do documento. A
243 Sra. Betyna Saldanha Corbal (DPSSO/MPS) lembrou sobre alteração da Resolução do
244 CFM. Predispôs-se a refazer o texto, no que tange à conceituação sobre o Médico
245 Assistencial e o Médico Pericial, com posterior encaminhamento ao grupo, para que as
246 discussões possam ser adiantadas. Dando seguimento com o debate sobre a Equipe
247 Multiprofissional, o Sr. Ari Lovera (IPERGS) indagou se não entraria nessa parte do
248 documento quais profissionais fariam parte da equipe. A Sra. Lizia Maria Meirelles Mota
249 (PREVIMPA) lembrou que a exemplificação adentraria as recomendações, conforme
250 acordado pelo grupo em momento posterior. Sobre o Sigilo, a Sra. Maviane Vieira M.
251 Ribeiro (SEGAD/DF) propôs uma inversão de parágrafos, ficando como parágrafo

252 introdutório o que diz “Todos os profissionais que trabalham nas unidades de atenção a
253 saúde do servidor devem, quando do manuseio dos documentos oficiais, guardar sigilo
254 sobre os assuntos de que tem ciência em razão do cargo, emprego ou função”, seguido
255 pelo sigilo sob a ótica do Código Penal e em sequência o sigilo pelo Código de Ética
256 Médica. Seguindo os itens de discussão, sobre a Organização/Funcionamento, a Sr.
257 Maviane Vieira M. Ribeiro (SEGAD/DF) inferiu que esse tópico não deixa de ser uma
258 recomendação. O grupo concordou e resolveu abordar o assunto dentro do tópico que
259 prevê as Recomendações. Continuando suas considerações, a Sra. Maviane Vieira M.
260 Ribeiro (SEGAD/DF) indicou que a ideia inserida pelo primeiro tópico, qual seja, “Criação
261 de setores de perícia médica...” é a de que é necessário criar um setor próprio, e lembrou
262 que o grupo discutiu sobre os custos. Apresentou sua dúvida sobre o grupo ter construído
263 uma ideia comum em relação a esse assunto. A Sra. Lizia Maria Meirelles Mota
264 (PREVIMPA) sugeriu trocar a redação para “Organização de setores” e lembrou que o
265 grupo concluiu a necessidade de uma equipe mínima vinculada ao Regime de Previdência.
266 Nesse interim, o grupo acordou a redação: “Caso o serviço de perícia seja prestado por
267 entidade conveniada ou terceirizada, faz-se necessário a existência de um setor/núcleo
268 próprio do RPPS de perícia médica com uma estrutura mínima organizacional que
269 contenha no mínimo, 02 médicos peritos, um servidor de apoio administrativo
270 preferencialmente com uma equipe multidisciplinar (psicólogo, assistente social, psiquiatra
271 e outros)”. Essa redação objetiva dar maior proteção ao ente. Quanto ao segundo ponto
272 atinente à organização e funcionamento, que indica o conjunto de materiais necessários
273 para equipar os Consultórios Médicos, o grupo inseriu ao texto uma lista contendo os itens
274 mínimos sugeridos por setor e por sala. O grupo sugestionou quando seria a próxima
275 reunião do grupo de trabalho que discute Políticas Previdenciárias de Saúde no Serviço
276 Público, objetivando reunir as ideias dos subgrupos em um documento único. Como os
277 componentes desse grupo não estão todos presentes, visto que parte discute a Saúde
278 Ocupacional, a Sra. Lizia Maria Meirelles Mota (PREVIMPA) sugeriu realizar uma votação
279 via internet a fim de acordar a nova data da reunião. O Sr. Ari Lovera (IPERGS), sugeriu
280 que o grupo propusesse a data de 24 de Setembro do ano corrente aos demais. Quanto à
281 recomendação sobre padronização, a Sra. Lizia Maria Meirelles Mota (PREVIMPA) sugeriu
282 trocar a redação para “padronização de itens mínimos de registro dos acidentes em serviço
283 e de trajeto”. Nesse item foram abertos subitens, quais sejam: “1.1. Boletim de ocorrência
284 no caso de acidente de trajeto; 1.2. Testemunha (duas); 1.3. Notificação de acidente de
285 trabalho constando data e hora do acidente, local, relato do acidente e descrição da
286 avaliação médica”. A Sra. Betyna Saldanha Corbal (DPSSO/MPS) perguntou se
287 posteriormente o documento seria encaminhado ao grupo. Em resposta, o Sr. Ari Lovera

288 (IPERGS) informou que o fechamento do documento seria realizado por e-mail, visto que
289 não haveria necessidade de uma próxima reunião do subgrupo antes da reunião geral.
290 Quanto ao item que se refere ao roteiro básico do relatório pericial, a Sra. Lizia Maria
291 Meirelles Mota (PREVIMPA) indagou sobre a necessidade de se descrever os artigos da
292 resolução do CFM nº 2.056/2013. Ao invés da transcrição *ipsis litteris*, sugeriu colocar a
293 redação “de acordo com a resolução do CFM nº 2.056/2013, artigos 56 a 58, sempre que
294 possível sugere que seja seguido o roteiro abaixo indicado”. No mesmo sentido, a Sra.
295 Betyna Saldanha Corbal (DPSSO/MPS) indicou ser possível a realização de um resumo do
296 conteúdo dos artigos. A Sra. Doris Terezinha Loff Ferreira Leite (DIRSAT/INSS) concordou
297 com o resumo dos dois artigos e indicou ser possível a realização em um texto único, visto
298 que o destaque dos artigos seria o roteiro básico para o relatório pericial. O grupo acordou
299 a redação: “De acordo com os art. 56 e 58 da RESOLUÇÃO CFM nº 2.056/2013, os
300 relatórios médico periciais devem sempre que possível seguir o roteiro abaixo:”. A
301 indicação do roteiro se fez com a transcrição das alíneas do artigo 58 da referida
302 Resolução, com uma ressalva quanto à alínea “p” – Resposta aos quesitos, em que o
303 grupo acordou colocar a redação: “resposta aos quesitos, quando solicitados, de forma
304 clara, concisa e objetiva”. Dando continuidade com o próximo ponto do documento, qual
305 seja, “Criação de Conselhos de Saúde Ocupacional, Previdência e Perícia Médica”, a Sra.
306 Betyna Saldanha Corbal (DPSSO/MPS) indicou que o subgrupo que discute Saúde
307 Ocupacional abordou o tema como sendo “Conselho de Saúde e Segurança no Trabalho
308 do Servidor Público”. A Sra. Lizia Maria Meirelles Mota (PREVIMPA) informou que o
309 Conselho teria que ter um enfoque na Saúde Ocupacional. A exemplo do GDF, a
310 Secretaria da Saúde não participa desse colegiado, dessa forma não poderia instituir esse
311 Conselho, pois estariam misturando assistência com saúde ocupacional, previdência e
312 perícia. A Sra. Lizia Maria Meirelles Mota (PREVIMPA) esclareceu à Sra. Betyna Saldanha
313 Corbal (DPSSO/MPS) sobre o ato de criação do grupo, onde, a partir de uma discussão do
314 CONAPREV sobre perícia médica, que concluiu pela falta de documentos suficientes para
315 a realização de qualquer encaminhamento sobre perícia, pela falta dos pressupostos. Por
316 essa razão, não se trata de política nacional, mas de diretrizes para a questão
317 previdenciária e a perícia. A Sra. Betyna Saldanha Corbal (DPSSO/MPS) noticiou que essa
318 seria a terceira reunião de que participa, e quando ingressou no grupo foi lhe passado que
319 o objetivo consistiria em uma proposta para implementação de uma política nacional de
320 atenção a saúde e segurança no trabalho do servidor público. A Sra. Lizia Maria Meirelles
321 Mota (PREVIMPA) indicou que pode acontecer essa implementação, mas que o grupo
322 estaria em um momento anterior a essa discussão, por essa razão o grupo vem discutindo
323 a parte conceitual. O Sr. Ari Lovera (IPERGS) expôs seu entendimento de que, devido às

324 atividades serem separadas em vários entes, a perícia em um local, a saúde ocupacional
325 em outro e etc., surgiu a ideia de se formar um Conselho incumbido de relatar as diretrizes
326 e linhas de atuação para os envolvidos com essas áreas. Além disso, articular as questões
327 de perícia com os órgãos dos Estados, de forma a realizar a integração. Sugeriu inserir
328 também a segurança no Conselho. A Sra. Lizia Maria Meirelles Mota (PREVIMPA) inferiu
329 que essa discussão sobre o Conselho terá que ser trabalhada junto ao grupo Políticas
330 Previdenciárias de Segurança e Saúde no Servidor no Serviço Público. O grupo adotou a
331 redação: “Criação de Conselhos de Saúde e Segurança no Trabalho, Previdência e Perícia
332 Médica, do servidor público”. Sobre o SIAPE-Saúde, a Sra. Doris Terezinha Loff Ferreira
333 Leite (DIRSAT/INSS) lembrou que o sistema utilizado é excelente. Em conversa com o Sr.
334 Ildeu Geraldo Vargas (SERPRO) que é o responsável pelo desenvolvimento do sistema,
335 indagando sobre o software livre, foi informada de que o sistema encontra-se disponível na
336 página, podendo ser utilizado por qualquer pessoa ou entidade, mas que não é um pacote
337 isolado, possuindo integração com o SIAPE, com o CFM e com outros módulos, de forma
338 que quem for utilizar terá que realizar uma adaptação, ou seja, terá que fazer uma
339 integração com o seu sistema próprio e o cadastro dos servidores. Dessa forma, é preciso
340 uma pessoa que tenha a expertise necessária para a realização desse procedimento. Na
341 página do SIASS pode ser encontrado um manual para implementação desse módulo.
342 Disse ainda que além do módulo sobre perícia, também pode ser encontrado um módulo
343 sobre o exame médico periódico. No entanto, o sistema que se encontra na página ainda
344 não está atualizado, de forma que pode ter sua atualização se houver pressão externa. Em
345 princípio os profissionais do SIAPE se propuseram disponíveis para auxiliar, mas também
346 encontram-se na dependência de um acordo com o Ministério do Planejamento Orçamento
347 e Gestão. O Sr. Ari Lovera (IPERGS) concebeu ser interessante uma apresentação dos
348 profissionais do SIAPE ao CONAPREV, a fim de apresentar o Sistema. Por sua vez, a Sra.
349 Betyna Saldanha Corbal (DPSSO/MPS) continuou a explanação com a formação do
350 Conselho concebida pelo grupo de Saúde Organizacional como sendo “deve ser formado
351 inicialmente por membros das áreas de gestão de pessoas, instituto de previdência, perícia
352 médica, saúde ocupacional e representantes dos servidores”. A Sra. Doris Terezinha Loff
353 Ferreira Leite (DIRSAT/INSS) indicou se tratar de objetivos diversos, por essa razão o
354 grupo não elencou a formação. Analogamente, a Sra. Lizia Maria Meirelles Mota
355 (PREVIMPA) relatou se tratar de órgão colegiado de segundo grau, consultivo e
356 deliberativo. O Sr. Ari Lovera (IPERGS) sugeriu melhorar a redação da definição sobre o
357 Conselho. O grupo acordou a seguinte redação: “Seriam órgãos colegiados de segundo
358 grau, de caráter consultivo e deliberativo, de natureza permanente, com a finalidade de
359 atuar de forma integrada na formulação, implantação e controle da execução das Políticas

360 Previdenciárias de Segurança e Saúde no Serviço Público, elaborando estratégias de ação
361 conjunta, e diretrizes no processo de construção em toda a sua amplitude. A criação
362 desses conselhos INTEGRARIA os institutos de regime próprios de previdência social, com
363 a perícia médica e com saúde e segurança no trabalho dos servidores, assim como com os
364 setoriais de RH”. No que tange ao item 6 – Consultórios equiparados para a Medicina legal
365 e Perícias Médicas, a Sra. Betyna Saldanha Corbal (DPSSO/MPS) sugeriu que fosse
366 excluído do documento, visto que já se encontra contemplado em item anterior. Sugestão
367 essa acatada pelo grupo. E quanto ao Sistema de Armazenamento, indicou que o
368 subgrupo Saúde Ocupacional abordou de maneira genérica, sem a sugestão de
369 indicadores, pois cada ente poderia implantar de acordo com a sua realidade. A Sra. Lizia
370 Maria Meirelles Mota (PREVIMPA) informou que o grupo sugeriu, em discussão anterior,
371 quatro indicadores básicos, pois precisaria ter um relatório básico com um mínimo de
372 informações em comum. Os indicadores são os trabalhados pelo CONSAD. Sobre esse
373 assunto, o Sr. Ari Lovera (IPERGS) solicitará a Sra. Maviane Vieira M. Ribeiro
374 (SEGAD/DF) que defina cada indicador no documento e como é realizado o seu respectivo
375 cálculo. Em seguida a Sra. Lizia Maria Meirelles Mota (PREVIMPA) sugeriu que os
376 documentos produtos dos subgrupos, quando finalizados, fossem encaminhados a todos
377 os integrantes do grupo que discute Políticas Previdenciárias de Segurança e Saúde no
378 Serviço Público, para que possam pensar previamente em uma forma de integração dos
379 documentos. Não havendo mais assuntos a tratar, deu-se por encerrada a reunião.

380 Brasília, 13 de Agosto de 2015.

381