



MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL

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

Brasília, 09 de Julho de 2015.

1 Aos nove dias do mês de julho do ano de dois mil e quinze, na sala 723 do edifício sede do
2 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 Amanda Caldas (SEGAD/DF), Doris Terezinha Loff Ferreira Leite (DIRSAT/INSS), Lizia
6 Maria Meirelles Mota (PREVIMPA), Marco Antônio Gomes Perez (DPSSO/MPS), Marcelo
7 Alberto R. da Silva (DRPSP), Maviane Vieira M. Ribeiro (SEGAD/DF) e Thays Rettore
8 (SEGAD/DF). O Sr. Ari Lovera (IPERGS) saudou os presentes e deu início a reunião
9 indicando o objetivo do grupo, qual seja, trabalhar a perícia médica especializada e sugeriu
10 retomar os assuntos tratados da última reunião para entender os encaminhamentos a
11 serem deliberados. A Sra. Thays Rettore (SEGAD/DF), com a posse da ata da última
12 reunião do Grupo de Trabalho Políticas Previdenciárias de Segurança e Saúde no Serviço
13 Público, apontou que a presente reunião foi acordada com objetivo de discutir os seguintes
14 tópicos: “Readaptação, conjunto de institutos, protocolos mínimos, proposta de custo ou
15 cabimento da terceirização, proposta de indicadores e proposta de diretrizes e questão de
16 sistema”. Na sequência fez um breve histórico da readaptação. Informou que no Distrito
17 Federal não pode ser feita a readaptação, mas apenas uma restrição, enquanto que vários
18 estados fazem a readaptação. A Sra. Lizia Maria Meirelles Mota (PREVIMPA) opinou no
19 sentido de que a readaptação fosse uma recomendação nacional como forma de
20 provimento de cargo e informou como é feito em seu estado. A Sra. Thays Rettore
21 (SEGAD/DF) lembrou de um Grupo de Trabalho realizado em 2012 onde ficou
22 documentada uma minuta nesse sentido. O Sr. Ari Lovera (IPERGS) recordou que foi
23 realizado dentro do Grupo de Trabalho de Aposentadorias Especiais, com foco nos
24 portadores de deficiência, para que em algumas situações não haja a aposentadoria, mas
25 que o servidor possa vir a trabalhar em outro cargo conforme as suas atuais restrições.
26 Indicou que há a possibilidade de resgatar esse material. A Sra. Thays Rettore
27 (SEGAD/DF) informou que possui o material via on-line, mas que não possui a minuta
28 anexa. A Sra. Doris Terezinha Loff Ferreira Leite (DIRSAT/INSS) lembrou que no serviço
29 público federal é praticamente impossível realizar a readaptação, pois cairia no desvio de
30 função. O grupo discutiu a dificuldade devido à falta de legislação e que a readaptação
31 deveria ser um passo a ser tentado antes da aposentadoria. O Sr. Ari Lovera (IPERGS)
32 complementou dizendo que, a despeito do tema Readaptação, o grupo iria discutir uma
33 minuta de proposta de emenda constitucional. O Sr. Marco Antônio Gomes Perez
34 (DPSSO/MPS) informou que existe uma proposta de mudança na Lei do Servidor Público
35 Federal, mas que a nível constitucional não há a proposta, e que juridicamente ainda não

36 ocorreu à mudança. Sugeriu que o Grupo fizesse um estudo jurídico a fim de conhecer da
37 existência de algum outro instituto nesse sentido, para a realização de uma minuta mais
38 substanciada. A Sra. Lizia Maria Meirelles Mota (PREVIMPA) indicou a dificuldade de se
39 fazer readaptação em cargos de nível superior, sendo que o grupo deveria pensar em
40 readaptação e readequação. A Sra. Thays Rettore (SEGAD/DF) informou que em relação
41 à segunda, qualquer legislação a permite, e a dificuldade se faz em relação à mudança de
42 cargo. A Sra. Doris Terezinha Loff Ferreira Leite (DIRSAT/INSS) evocou que um dos
43 objetivos do grupo seria traçar a diretriz da perícia, e sugeriu que o fizessem em primeiro
44 lugar. A Sra. Thays Rettore (SEGAD/DF) colocou ao grupo o entendimento de que as
45 diretrizes mínimas foram anteriormente elencadas pelo Conselho Federal de Medicina –
46 CFM em resolução. O Sr. Ari Lovera (IPERGS) apresentou sua preocupação em construir
47 um documento global, onde pessoas leigas também pudessem compreender, visto que no
48 Conselho Nacional dos Dirigentes de Regimes Próprios de Previdência Social –
49 CONAPREV – a grande maioria dos Conselheiros não possui conhecimento acerca da
50 abrangência da perícia médica, pois muitas das perícias não são efetuadas dentro dos
51 Regimes Próprios. Associado a isso, o grupo deveria inserir conceitos básicos para
52 aprimorar o entendimento. A Sra. Thays Rettore (SEGAD/DF) indicou que no Manual do
53 Distrito Federal possui alguns conceitos que podem ser utilizados. A Sra. Lizia Maria
54 Meirelles Mota (PREVIMPA) sugeriu que para organizar melhor o andamento dos
55 trabalhos, o grupo dividisse por blocos, a exemplo: **conceituações; pressupostos;**
56 **diretrizes e organização/logística e as recomendações.** Sugeriu que também fosse
57 trabalhada a parte ética, a exemplo da questão do sigilo profissional. A Sra. Thays Rettore
58 (SEGAD/DF) socializou o Manual construído no Conselho Federal de Medicina - CFM.
59 Mencionou que estão organizando, na Câmara Técnica do CFM, todas as resoluções que
60 se referem à perícia, com o propósito de compor o Manual. Socializou a Resolução nº
61 2056/2013 que regulamenta o mínimo necessário de estrutura para a realização da perícia,
62 o roteiro básico para o relatório pericial. O grupo acordou que o material apresentado
63 fizesse parte do capítulo dedicado às diretrizes. A Sra. Lizia Maria Meirelles Mota
64 (PREVIMPA) lembrou que antes desse, deve-se falar nos pressupostos éticos, onde
65 entram o sigilo profissional e o assistente perito. A Sra. Thays Rettore (SEGAD/DF)
66 apresentou conceitos descritos no capítulo IV do Manual de Perícia Médica Oficial, tais
67 como: Perícia médica; Perícia Médica Oficial, entre outros. Informou que o Manual
68 encontra-se disponível na página da Secretaria de Estado de Gestão Administrativa e
69 Desburocratização – SEGAD, na internet. A Sra. Lizia Maria Meirelles Mota (PREVIMPA)
70 lembrou que o primeiro conceito a ser abordado deve ser o de capacidade e incapacidade
71 laboral, quando é total, quando é parcial, definitiva ou temporária. Outro conceito a ser

72 abordado é o de diagnóstico pericial, que diverge do diagnóstico clínico. O grupo definiu
73 então que, dentro do tópico Conceito seriam abordados: Perícia médica;
74 Capacidade/Incapacidade laborativa; Invalidez. O Sr. Marco Antônio Gomes Perez
75 (DPSSO/MPS) sugeriu que fosse abordado também o conceito de Funcionalidade. Trata-
76 se de implantação recente adotada pela Convenção Internacional de Direito das Pessoas
77 com Deficiência, no qual o Brasil é signatário e que deve ser adotado em todo o território
78 nacional. Deve-se trazer também o conceito de pessoa com deficiência e trazer a noção de
79 que atualmente o CID não caracteriza uma deficiência. Após discussão, o grupo decidiu
80 colocar a Funcionalidade, como tópico e a Incapacidade e Capacidade laborativa como
81 subitens desse tópico. A Sra. Lizia Maria Meirelles Mota (PREVIMPA) sugeriu que fosse
82 acrescido também, antes do conceito de Invalidez, o conceito de Readaptação. O Sr. Ari
83 Lovera (IPERGS) acrescentou a Readequação. O grupo recapitulou os tópicos, sendo: 1.
84 Perícia Médica; 2. Funcionalidade; 2.1. Capacidade/Incapacidade; 3.
85 Readaptação/Readequação; 4. Invalidez; 5. Pessoa com deficiência. A Sra. Lizia Maria
86 Meirelles Mota (PREVIMPA) lembrou-os do acidente de trabalho e acidente de trajeto. A
87 Sra. Amanda Caldas (SEGAD/DF) sugeriu que fosse colocado o conceito com exemplo, a
88 fim de dar mais clareza. O grupo optou por utilizar a nomenclatura “Acidente em serviço” e
89 conceituar de forma genérica o acidente de trabalho e de trajeto, dando exemplos, sem
90 entrar nas minúcias. A Sra. Amanda Caldas (SEGAD/DF) indagou onde entraria o
91 esclarecimento sobre diagnóstico pericial e assistencial. A Sra. Lizia Maria Meirelles Mota
92 (PREVIMPA) sugeriu que fosse englobado dentro do conceito de Perícia Médica. O grupo
93 acordou que a diferença entre perícia médica e medicina assistencial integrasse o campo
94 dedicado aos Pressupostos. A Sra. Lizia Maria Meirelles Mota (PREVIMPA) sugeriu que
95 nas Recomendações fossem padronizadas informações básicas sobre o acidente de
96 trajeto, contendo, por exemplo, requisito de apresentação de boletim de ocorrência e duas
97 testemunhas. O grupo acordou começar a definir os pressupostos, a começar por
98 avaliação clínica X avaliação pericial. A Sra. Maviane Vieira M. Ribeiro (SEGAD/DF)
99 sugeriu subitens aos Pressupostos, que seriam Pressupostos Relacionais, Pressupostos
100 Éticos, entre outros. A Sra. Amanda Caldas (SEGAD/DF) julgou interessante fazer a
101 distinção entre avaliação pericial e avaliação assistencial, descrevendo a função de cada
102 profissional que realiza essas avaliações. A Sra. Lizia Maria Meirelles Mota (PREVIMPA)
103 acrescentou que deve ser descrito também como é o atestado médico. O Sr. Ari Lovera
104 (IPERGS) descreveu o anotado até o momento dentro de Pressupostos: 1. Pressupostos
105 relacionais; 1.1. Avaliação Médica Clínica X Avaliação Pericial; a. Médico assistente x
106 Médico Perito; b. Equipe multiprofissional; 2. Pressupostos éticos; 2.1. Sigilo. A Sra. Thays
107 Rettore (SEGAD/DF) apresentou um compilado realizado com tudo que se relaciona à

108 perícia. Exemplificou com um impasse atual onde o Tribunal de Contas do Distrito Federal
109 exige a apresentação do CID nos autos do processo de aposentadoria enquanto que o
110 sigilo profissional impede de divulgar sem a autorização do servidor. O grupo recapitulou o
111 item que aborda os conceitos éticos, sendo eles: o sigilo; o fato de o médico assistente não
112 poder ser perito; o médico do trabalho atuante na causa da empresa também não pode ser
113 perito. Decidiram, pois colocar referência ao Código de Ética Médica, com a compilação
114 *ipsis litteris* dos seus artigos no que tange ao sigilo e à perícia médica, incluindo o art. 118,
115 bem como fazer referência ao art. 325 do CP, que versa sobre o sigilo funcional. Após o
116 recesso, o grupo retomou os trabalhos analisando, no campo das diretrizes, a Resolução
117 2056/2013 do Conselho Federal de Medicina. Acordou adotar os requisitos mínimos
118 exigidos pelo CFM para a perícia médica, elencados no artigo 58 da Resolução. A Sra.
119 Lizia Maria Meirelles Mota (PREVIMPA) julgou interessante analisar coisas que todos os
120 regimes próprios possam ter em comum, como identificação do segurado. Outra questão é
121 que uma das vezes tem que ser presencial, sendo a perícia singular sempre presencial. E
122 documentação básica, como atestado médico com CRM e os exames. A Sra. Doris
123 Terezinha Loff Ferreira Leite (DIRSAT/INSS) sugeriu elaborar um formulário com os
124 requisitos mínimos e colocar como recomendação. O grupo discutiu sobre a não
125 necessidade de colocar no documento um nível de detalhes existentes na resolução
126 quanto aos itens necessários para o consultório, por exemplo, mas apenas compilar um
127 texto a título de informação. A Sra. Doris Leite (DIRSAT/INSS) apresentou ainda um
128 documento contendo o kit básico para atuação na área de perícia médica e o grupo
129 resolveu usar o documento como informativo dentro do texto. A Sra. Lizia Maria Meirelles
130 Mota (PREVIMPA) sugeriu mudar a nomenclatura de “diretrizes” para “estrutura”. Ao passo
131 que a Sra. Maviane Vieira M. Ribeiro (SEGAD/DF) sugeriu trabalhar com ‘diretrizes gerais
132 e infraestrutura’. O Sr. Ari Lovera (IPERGS) elencou os objetivos a serem alcançados pelo
133 grupo, quais sejam, dar conhecimento aos Gestores sobre tudo que envolve perícias
134 médicas, e tentar padronizar, sugeriu ‘Organização/funcionamento’ a princípio. Indagou
135 sobre a possibilidade de se sugerir uma estrutura organizacional para os serviços de
136 perícia. A Sra. Lizia Maria Meirelles Mota (PREVIMPA) levantou que pelo menos um
137 médico seja vinculado ao Regime, mesmo que o outro seja terceirizado, pois esse médico
138 vinculado terá que realizar a gestão, a assistência técnica, entre outras tarefas. Então,
139 pensando nisso, dever-se-ia pensar na equipe mínima. É necessária também a presença
140 de assistente social. A Sra. Amanda Caldas (SEGAD/DF) acrescentou dizendo que nesse
141 momento também se pode pensar em um núcleo ou setor com funcionamento de pessoas
142 mínimo para perícias e para a readaptação, que também tem a necessidade de ser uma
143 equipe multidisciplinar. A Sra. Maviane Vieira M. Ribeiro (SEGAD/DF) lembrou que, devido

144 à existência de estruturas diversas para todos os estados, há a necessidade de se pensar
145 que a estrutura colocada deve ser a mínima necessária. A Sra. Lizia Maria Meirelles Mota
146 (PREVIMPA) sugeriu pensar na estrutura com um médico chefe e um assistente
147 administrativo. O grupo elencou o médico chefe, o assistente administrativo, o assistente
148 social e o psicólogo. Formando uma estrutura de pelo menos quatro pessoas. A Sra. Doris
149 Terezinha Loff Ferreira Leite (DIRSAT/INSS) levantou a questão de que, embora seja
150 necessária, a realidade financeira muitas vezes não permite um quadro grande de
151 funcionários, de modo que se colocarem os quatro como estrutura mínima, pode-se
152 inviabilizar o gerenciamento. Sugeriu abordar a título de sugestão, colocando “e/ou” entre
153 cada profissional que comporá a equipe multidisciplinar. Sendo pelo menos um do quadro
154 de pessoal. A Sra. Amanda Caldas (SEGAD/DF) refletiu se não poderia colocar os dois
155 médicos que são obrigatórios, o assistente administrativo e colocar algum texto a fim de se
156 conceder uma abertura em que possa lançar mão desses profissionais, seja em um corpo
157 próprio ou através de um convênio, para abrir as possibilidades. A Sra. Doris Terezinha
158 Loff Ferreira Leite (DIRSAT/INSS) opinou no sentido de o grupo pensar em gestão do
159 afastamento, não fechando o corpo de profissionais, pois às vezes pode-se existir um
160 profissional que não é assistente social nem psicólogo, mas que trabalhe bem em equipe e
161 possa ajudar a fazer o gerenciamento. Sugeriu colocar equipe multiprofissional,
162 preferencialmente composta por tais profissionais. O grupo acordou colocar pelo menos
163 dois médicos, um assistente administrativo e preferencialmente um assistente social e/ou
164 psicólogo e/ou psiquiatra. Quanto aos setores de readaptação, o Sr. Ari Lovera (IPERGS)
165 informou que, a exemplo dos estados, quem faz a gestão dos Recursos Humanos são
166 setores diversos do RPPS, não havendo a readaptação no estado. Sugeriu abordar o tema
167 como uma proposta, de modo que os RPPS pudessem participar de uma equipe com o
168 propósito de trabalhar a readaptação. A Sra. Thays Rettore (SEGAD/DF) inferiu o projeto
169 de se fazer o exame admissional, e após, o exame periódico anualmente, para que no
170 momento da aposentadoria o servidor tenha as avaliações como base. A Sra. Maviane
171 Vieira M. Ribeiro (SEGAD/DF) sugeriu que essa participação dos RPPS fosse inserida nas
172 recomendações. O grupo discutiu a ideia de propor a criação de um Conselho composto
173 pelas áreas técnicas a fim de trabalhar a saúde ocupacional associada à readaptação por
174 meio de discussões técnicas. O Sr. Ari Lovera (IPERGS) sugeriu apresentar como
175 proposta dentro da Estrutura, Organização e Funcionamento, para que o texto possa ser
176 mais bem detalhado. A Sra. Lizia Maria Meirelles Mota (PREVIMPA) opinou no sentido de
177 tornar uma proposição do GT como um todo e não apenas do Subgrupo Perícia Médica,
178 pois o assunto engloba as duas áreas de abordagem. A Sra. Thays Rettore (SEGAD/DF)
179 se predispôs a levar a questão ao outro Subgrupo, que discute a Saúde Ocupacional do

180 Servidor, para saber a reação dos integrantes. O grupo acordou substituir o termo
181 “diretrizes” pelo termo “protocolos mínimos” e dentro desse tema abordar também os
182 Indicadores de sistema. A Sra. Thays Rettore (SEGAD/DF) recordou que a ideia inicial
183 seria a construção de relatório contendo indicadores mínimos para que pudessem ter um
184 ponto comparativo. A Sra. Maviane Vieira M. Ribeiro (SEGAD/DF) trouxe para o grupo um
185 relatório semelhante que vem sendo construído pelo Conselho Nacional de Secretários de
186 Estado da Administração - CONSAD. Esse relatório apresenta quatro indicadores: um
187 relacionado a episódio de afastamento; um relacionado à duração do afastamento; um
188 relacionado a trabalhadores afastados e um de custo desses afastamentos, e por último o
189 referido Conselho buscou saber os motivos do adoecimento, de forma que foi realizado um
190 levantamento do CID. Explicou a fórmula de cálculo desses indicadores, sendo no que diz
191 respeito ao episódio, o número de afastamentos dividido pelo total de servidores, no que
192 diz respeito ao segundo indicador seria a duração de dias de afastamento dividida pelo
193 número de trabalhadores do período relacionado, quanto ao terceiro indicador, o número
194 de trabalhadores afastados, pelo total de trabalhadores, e quanto ao custo, o valor do dia
195 de trabalho do servidor foi multiplicado pelo número de dias em que ele se manteve
196 afastado. Com esse trabalho pode ser analisado a quantidade de afastamentos para cada
197 CID, qual o tempo de afastamento por CID, o número de trabalhadores e o custo. Chamou
198 a atenção sobre dois problemas principais que tiveram ao realizar o estudo, quais sejam,
199 definir quais os tipos de afastamento que entrariam e definir como seria contado. A
200 princípio o grupo optou por utilizar os indicadores trabalhados pelo CONSAD. O grupo
201 discutiu a possibilidade de construir um software para armazenar as informações e realizar
202 os cálculos devidos. Discutiu-se também a possibilidade de, a princípio, construir utilizando
203 o Excel. Foi levantada ainda a hipótese de se fazer um treinamento ao alimentador do
204 sistema, de forma simples, visto que o sistema precisa ser padrão para todos os estados.
205 No entanto, independente da forma como será realizado, o grupo entrou em comum
206 acordo sobre deixar claro aos Conselheiros do CONAPREV a importância de se ter essa
207 base de dados. A Sra. Amanda Caldas (SEGAD/DF) ficou encarregada de copilar o
208 passado na presente reunião para encaminhar ao grupo, para que possam começar um
209 esboço. O Sr. Ari Lovera (IPERGS) se dispôs a trabalhar na minuta da PEC que trata
210 sobre readaptação. A Sra. Thays Rettore (SEGAD/DF) participará da reunião do Subgrupo
211 que está trabalhando a Saúde Ocupacional do Servidor, a fim de observar como evoluem
212 os trabalhos. O Grupo acordou não apresentar no próximo CONAPREV, que se dará nos
213 dias 20 e 21 de agosto, mas apenas relatar o andamento dos trabalhos e pensar em uma
214 possível apresentação do documento final na reunião seguinte. Acordou ainda a data de
215 **13 de agosto do ano corrente, às 9:00 horas**, na cidade de Brasília-DF, para a

216 realização da próxima reunião. Não havendo mais assuntos a tratar, deu-se por encerrada
217 a reunião. Brasília, 09 de Julho de 2015.

218