

ESCOLA DE GUERRA NAVAL

CMG (Md) ROBSON BARROS CUNHA

SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE:

Aplicação do Sistema de Apoio à Decisão Clínica na perícia médica da Marinha do Brasil

Rio de Janeiro

2022

CMG (Md) ROBSON BARROS CUNHA

SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE:

Aplicação do Sistema de Apoio à Decisão Clínica na perícia médica da Marinha do Brasil

Tese apresentada à Escola de Guerra Naval, como requisito parcial para a conclusão do Curso de Política e Estratégia Marítimas.

Orientador: CMG (Refº) Luiz Carlos de Carvalho Roth

Rio de Janeiro
Escola de Guerra Naval

2022

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais Zenith e Delson, pelo seu amor incondicional e por todos os ensinamentos transmitidos ao longo da vida.

À minha esposa Marisa e filhos Marina, Irene e Bernardo, pelo apoio irrestrito, compreensão de minhas ausências e pela energia positiva que emana de seus sorrisos, gestos e palavras.

Ao CMG (Ref^o) Luiz Carlos de Carvalho Roth, meu orientador, pelo exemplo de sua motivação pessoal, permanente disponibilidade, paciência e pelas orientações sempre firmes e seguras com as quais soube propagar muitos conhecimentos.

RESUMO

A perícia médica é um ato médico. Na Marinha do Brasil, uma de suas atribuições é avaliar se a presença de uma determinada doença gera a necessidade de afastamento laboral. É desejável que essas avaliações sejam o mais transparentes e objetivas possível e que os prazos de afastamentos sejam homogêneos, a fim de se evitar a ocorrência de discrepâncias. Os Sistemas de Informação em Saúde foram desenvolvidos para apoiar o planejamento e o método decisório, isto é, o aperfeiçoamento nos processos de saúde. Dentre as suas ferramentas encontra-se disponível o Sistema de Apoio à Decisão Clínica, cujo propósito é apoiar o processo de diagnóstico e tratamento. O objetivo principal do trabalho foi avaliar se o uso de um Sistema de Apoio à Decisão Clínica poderia auxiliar na uniformização dos períodos de afastamento laboral dos militares, na perícia médica da Marinha do Brasil. Visando reproduzir um panorama da atividade, bem como identificar os obstáculos enfrentados, foram realizadas entrevistas com oficiais médicos experientes em perícia médica; no intuito de definir se existem tempos de afastamentos conflitantes para uma mesma doença, foram selecionados para uma pesquisa qualitativa das licenças concedidas os anos de 2018 e 2019 e a Base Naval do Rio de Janeiro, uma organização militar localizada em Niterói, RJ. Em seguida, com base nos capítulos do Código Internacional de Doenças, foram identificadas as principais patologias e seus respectivos períodos de afastamentos laborais. Os dados obtidos foram tratados estatisticamente e pôde-se depreender que as licenças concedidas foram heterogêneas e não seguiram um critério claro para sua concessão. Assim, na busca de oportunidades de melhoria para o Sistema de Saúde da Marinha, com a demonstração da necessidade de uma melhor uniformização para o aprimoramento da perícia médica no Subsistema Médico-Pericial e dos possíveis benefícios advindos para a administração naval, foram elaboradas propostas para a implantação de um Sistema de Apoio à Decisão Clínica.

Palavras chaves: Sistema de Informação em Saúde, Sistema de Apoio à Decisão Clínica, Sistema de Saúde da Marinha, Perícia Médica, Afastamento Laboral, Marinha do Brasil.

ABSTRACT

Medical expertise is a medical act. In the Brazilian Navy, one of its attributions is to assess whether the presence of a certain disease generates the need for work leave. It is desirable that these assessments are as transparent and objective as possible and that the terms of leave are homogeneous, in order to avoid the occurrence of discrepancies. Health Information Systems were developed to support planning and decision-making, that is, the improvement of health processes. Among its tools is the Clinical Decision Support System, whose purpose is to support the diagnosis and treatment process. The main objective of this work was to evaluate whether the use of a Clinical Decision Support System could help to standardize the periods of work leave of the military, in the medical expertise of the Brazilian Navy. In order to reproduce an overview of the activity, as well as identify the obstacles faced, interviews were conducted with medical officers experienced in medical expertise; In order to define whether there are conflicting leave times for the same disease, they were selected for a qualitative research of the licenses granted in the years 2018 and 2019 and the Naval Base of Rio de Janeiro, a military organization located in Niterói, RJ. Then, based on the chapters of the International Code of Diseases, the main pathologies and their respective periods of absence from work were identified. The data obtained were treated statistically and it was possible to infer that the licenses granted were heterogeneous and did not follow a clear criterion for granting them. Thus, in the search for improvement opportunities for the Navy Health System, with the demonstration of the need for a better standardization for the improvement of medical expertise in the Medical-Forensic Subsystem and the possible benefits arising for the naval administration, proposals were prepared to implementation of a Clinical Decision Support System.

Keywords: Health Information System, Clinical Decision Support System, Navy Health System, Medical Expertise, Work Leave, Brazilian Navy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Esquema teórico de um sistema de informação.....	21
Figura 2 –	Teorema do SADC.....	24
Figura 3 –	Componentes de um SADC.....	26
Figura 4 –	Etapas de uma Inspeção de Saúde.....	28
Figura 5 –	Estrutura Básica do Subsistema Médico-Pericial da Marinha.....	33
Figura 6 –	Interação entre as dimensões geradoras de incapacidade.....	38

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Relação nº total de LTSP X Diagnóstico prevalente X nº de LTSP por Diagnóstico prevalente.....	46
Tabela 2 –	Relação de Inspeccionados X Patologias (CID) X Tempo total de LTSP.....	48
Tabela 3 –	Evolução da LTSP (CID F 41.2) em dias.....	49
Tabela 4 –	Evolução da LTSP (CID F 10.1) em dias.....	50
Tabela 5 –	Evolução da LTSP (CID F 32.1) em dias.....	51
Tabela 6 –	Evolução da LTSP (CID F 14.1) em dias.....	51

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 –	Militares de LTSP nas principais especialidades médicas e patologias mais prevalentes.....	47
Gráfico 2 –	Distribuição das patologias psiquiátricas geradoras de LTSP.....	47
Gráfico 3 –	Tempo total de LTSP para Transtorno misto ansioso e depressivo..	49
Gráfico 4 –	Tempo total de LTSP para Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool.....	50
Gráfico 5 –	Tempo total de LTSP para Episódio depressivo moderado.....	51

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMP –	Agente Médico-Pericial
BNRJ –	Base Naval do Rio de Janeiro
CC (Md) –	Capitão-de-Corveta médico
CE –	Clínica Especializada
CEM –	Código de Ética Médica
CFM –	Conselho Federal de Medicina
CF (Md) –	Capitão-de-Fragata médico
CID –	Código Internacional de Doenças
CMG (RM1-CD) –	Capitão-de-Mar-e-Guerra cirurgião dentista da reserva
CNM –	Complexo Naval de Mocanguê
ComenCh –	Comando em Chefe da Esquadra
Covid-19 –	<i>Coronavirus Disease 2019</i>
CPesFN –	Comando do Pessoal de Fuzileiros Navais
CPMM –	Centro de Perícias Médicas da Marinha
DATASUS –	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DGPM –	Diretoria-Geral do Pessoal da Marinha
DN –	Distrito Naval
DPMM –	Diretoria do Pessoal Militar da Marinha
DSM –	Diretoria de Saúde da Marinha
EGN –	Escola de Guerra Naval
ET –	Equipe de Trabalho
HCM –	Hospital Central da Marinha

IA –	Inteligência Artificial
INSS –	Instituto Nacional do Seguro Social
IPEA –	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IS –	Inspeção de Saúde
JS –	Junta de Saúde
JRS –	Junta Regular de Saúde
JSAE –	Junta de Saúde para Atividades Especiais
JSD –	Junta de Superior Distrital
JSS –	Junta Superior de Saúde
LTSP –	Licença para Tratamento de Saúde Própria
MB –	Marinha do Brasil
MPI –	Médico Perito Isolado
MPIQ –	Médico Perito Isolado Qualificado
OM –	Organização Militar
OMS –	Organização Mundial de Saúde
ORDMOV –	Ordem de Movimentação
PNIS –	Política Nacional de Informações e Informática em Saúde
POC –	<i>Point of Care</i>
RNP –	Rede Nacional de Ensino e Pesquisa
SADC –	Sistema de Apoio à Decisão Clínica
SAM –	Serviço Ativo da Marinha
SARS-CoV2 –	<i>Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2</i>
SBIS –	Sociedade Brasileira de Informática em Saúde
SINAIS –	Sistema Informatizado Naval de Inspeção de Saúde

SIS –	Sistema de Informação em Saúde
SMI –	Serviço Militar Inicial
SMP –	Subsistema Médico-Pericial
SMV –	Serviço Militar Voluntário
SPG –	Serviço Público em Geral
SSM –	Sistema de Saúde da Marinha
TI –	Tecnologia da Informação
TIS –	Termo de Inspeção de Saúde
UMEsq –	Unidade Médica da Esquadra
USP –	Universidade de São Paulo
VDF –	Verificação de Deficiência Funcional

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
2 SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE	20
2.1 Conceito	20
2.2 Sistema de Apoio à Decisão Clínica	23
2.3 Sistema Informatizado Naval de Inspeção de Saúde.....	27
3 O SUBSISTEMA MÉDICO-PERICIAL.....	30
3.1 Estrutura do Subsistema Médico-Pericial.....	30
3.2 Perícia Médica.....	33
3.3 Inspeção de Saúde	35
3.4 Verificação de Deficiência Funcional e Término de Incapacidade	36
3.5 A Incapacidade Laboral.....	37
3.6 Atividade Médico-Pericial na MB e Percepções para o Aperfeiçoamento	39
4 DADOS COLETADOS NA BASE NAVAL DO RIO DE JANEIRO	44
4.1 Perícia Médica na Base Naval do Rio de Janeiro	45
4.2 Os Afastamentos Laborais	46
4.3 LTSP na Especialidade de Psiquiatria.....	47
4.4 Análise dos Dados Encontrados em Psiquiatria	52
4.4.1 Conceitos em Estatística	52
4.4.2 Transtorno misto ansioso e depressivo	53
4.4.3 Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool	54
4.4.4 Episódio depressivo moderado	54
4.4.5 Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de cocaína	55
5 ANÁLISE DOS ÓBICES PERCEBIDOS.....	56
5.1 Óbices na Perícia Médica do Sistema de Saúde da Marinha.....	56

5.2 Especificidade da Psiquiatria	57
5.3 Uniformização em Perícia Médica.....	58
5.4 Principais Doenças Psiquiátricas e Licenças para Tratamento de Saúde na Base Naval do Rio de Janeiro	59
5.4.1 Transtorno misto ansioso e depressivo (F 41.2).....	59
5.4.2 Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool (F 10.1)	60
5.4.3 Episódio depressivo moderado (F 32.1)	61
5.4.4 Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de cocaína (F14.1)	62
5.5 O Dilema da Simulação.....	62
6 PROPOSTAS PARA A IMPLANTAÇÃO DE UM SISTEMA DE APOIO À DECISÃO CLÍNICA NO SUBSISTEMA MÉDICO-PERICIAL.....	65
CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
REFERÊNCIAS.....	71
APÊNDICE A – Entrevista com Agente Médico Pericial	75
APÊNDICE B – Entrevista na Base Naval do Rio de Janeiro	81

INTRODUÇÃO

A Tecnologia da Informação (TI) está presente nas mais diversas áreas e atividades cotidianas. Pode ser definida como um conjunto de atividades e soluções fornecidas por recursos de computação, que visam a produção, o armazenamento, o acesso, a transmissão, a segurança e o uso das informações. Com uma crescente frequência, diferentes organizações têm buscado um uso mais amplo e intenso dessa tecnologia, que por ser uma poderosa ferramenta, altera as bases da competitividade, a estratégica e a operacionalidade das empresas. A área de saúde não é exceção e também tem incorporado recursos informatizados, visando a melhoria dos seus processos.

A informação em saúde teve início por volta dos anos 1920, com a utilização da estatística médico-sanitária destinada a alimentar os mecanismos de controle de doenças, e que permitiu uma política efetiva por parte dos governos (CAVALCANTE, 2015). Entre os anos 1940 e 1960, houve o desenvolvimento de tecnologias que trouxeram o uso de computadores mecânicos e eletromecânicos; entretanto, esses equipamentos eram muito limitados em virtude da reduzida capacidade computacional disponível à época.

A partir dos anos 1960 com o surgimento nos Estados Unidos da América dos primeiros usos da TI na área de saúde, iniciou-se a utilização de termos como: computadores em medicina ou computadores biomédicos. Nesse contexto, diferentes sistemas de informação foram criados, e os avanços tecnológicos passaram a ser gradativamente incorporados para apoiar os processos na área de saúde.

O termo informática em saúde passou a ser utilizado em meados dos anos 1980, para designar uma área mais abrangente de utilização da TI, que envolvia: a estatística médica, o armazenamento de registros, e o estudo da natureza da informação médica (COLICCHIO, 2020).

Ainda na década de 1980, foram desenvolvidos os primeiros sistemas inteligentes, que foram aplicados para pesquisa de antimicrobianos, utilizando-se dados baseados em regras pré-determinadas. Com a progressão da Inteligência Artificial (IA),

foi desenvolvida em 1987 na Universidade de Stanford¹, uma ferramenta que permitia editar, administrar e realizar alguns processamentos de forma autônoma, mediante o uso de bases informatizadas de conhecimento.

A fim de serem evitados erros e desperdícios, ao longo dos anos 1990 foram implementadas diretrizes para diferentes especialidades médicas, tratamentos de patologias, procedimentos e serviços de saúde, os quais tinham como meta a melhoria das práticas, a sistematização de condutas e a minimização de custos. Essas diretrizes serviram de base para o desenvolvimento de sistemas de apoio à decisão que pudessem ser aplicados na saúde, e permitiram que, a partir de 1999, a Academia Nacional de Medicina dos Estados Unidos² passasse a orientar a utilização de um Sistema de Apoio à Decisão Clínica (SADC), a fim de não perpetuar os erros que transcorreram nos ambulatórios e internações com pacientes americanos na década de 1990 (LICHTENSTEIN, 2011).

No Brasil, a introdução da informática em saúde é relativamente recente. Na década de 1980, já existiam sistemas de informação, porém, eram apenas sistemas isolados. Em 1986, por iniciativa do Ministério da Saúde, foi realizado o “I Seminário em Informática em Saúde”; evento que culminou no reconhecimento da TI na área da saúde e na criação da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) (SABBATINI, 1995).

A SBIS tem como objetivo a promoção e o desenvolvimento de todos os aspectos da TI aplicada à saúde, visando à melhoria e transformação de sistemas, serviços e processos de saúde e reconhece doze áreas de atuação. Dentre as mais utilizadas encontram-se: Prontuário Eletrônico do Paciente; Telemedicina; Sistema de Apoio à Decisão Clínica; Processamento de Imagens Médicas; Internet em Saúde; Padronização da Informação em Saúde; Educação Médica; Avaliação de Sistemas de Informação; e Segurança Informática em Saúde³.

Em 1991, com a criação do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS)⁴, tornou-se possível a comunicação e a integração entre os

¹ *Stanford University* instituição universitária prestigiada, voltada à pesquisa, localizada na Califórnia, EUA.

² *National Academy of Medicine* órgão não governamental dos Estados Unidos cujos membros atuam como conselheiros da Nação, em medicina.

³ Disponível em www.sbis.org.br

⁴ Disponível em www.datasus.gov.br

sistemas localizados em diferentes pontos geográficos, e em diferentes hospitais e serviços de atendimento em saúde. Na busca por estratégias para o uso da informação em saúde, e para determinar as responsabilidades institucionais, foi instituída em 2004, a Política Nacional de Informações e Informática em Saúde (PNIIS).

Segundo a Rede Nacional de Ensino e Pesquisa (RNP)⁵, a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem alterado o conceito de informática em saúde no decorrer das duas últimas décadas. Em 2005, reconheceu o termo Telessaúde⁶ para designar a distribuição de serviços e informações relacionadas à saúde, por meio de tecnologias eletrônicas de informação. Em 2013, foi a vez do termo eSaúde⁷, que ampliou o conceito com o uso da internet, aplicativos de saúde e recursos de dispositivos móveis. Mais recentemente, em 2018, a expressão Saúde Digital⁸ levou a uma junção dos termos anteriores, acrescentando o estudo da genética, a fim de tornar a medicina mais personalizada.

Um Sistema de Informação em Saúde (SIS) pode ser definido como um conjunto de componentes inter-relacionados que coletam, processam, armazenam e distribuem as informações, para embasar os processos de tomada de decisão; e auxiliam no controle das organizações de saúde. Dessa forma, o SIS congrega um conjunto de dados, informações e conhecimentos, utilizados na área de saúde para apoiar o planejamento, o aperfeiçoamento e os processos decisórios (MARIN, 2010).

Por sua vez, o SADC tem como objetivo principal proporcionar uma ferramenta de apoio ao processo de diagnóstico e tratamento, auxiliando os profissionais de saúde na otimização do seu desempenho durante o processo de decisão clínica, e na gestão da organização de saúde. Esta é a característica que o diferencia dos demais sistemas de informação. O SADC é dotado de alguma autonomia, ainda que seja sempre controlado pelo utilizador. Aplicado na medicina, a utilização do SADC vem demonstrando uma melhora substancial não só da assistência médica, como também dos diagnósticos e até mesmo da gestão dos serviços de saúde (NOGUEIRA, 2014).

⁵ Disponível em www.rnp.br

⁶ Resolução WHA 58.28 (OMS)

⁷ Resolução WHA 66.24 (OMS)

⁸ Resolução WHA 71.7 (OMS)

Em nossa Força, possuímos o Sistema de Saúde da Marinha (SSM) que é um complexo conjunto de recursos destinados a promover as atividades de saúde na Marinha do Brasil (MB), sendo as áreas da Tecnologia e da Informação partes componentes do SSM (BRASIL, 2012a).

O SSM é composto por três Subsistemas: Subsistema Assistencial, Subsistema Médico-Pericial e Subsistema de Medicina Operativa.

Cada subsistema é responsável por uma determinada área de atuação do SSM (BRASIL, 2012a):

Subsistema Assistencial: atende aos usuários do SSM prestando assistência médico-hospitalar, que é um conjunto de atividades relacionadas com a prevenção de doenças, com a conservação ou recuperação da saúde, e com a reabilitação dos pacientes. Abrange os serviços dos profissionais de saúde, o fornecimento e a aplicação de meios, os cuidados e os demais atos médicos e paramédicos necessários.

Subsistema Médico-Pericial (SMP): tem a responsabilidade pelo controle e verificação do estado de higiene do pessoal em serviço ativo e inativo, assim como do pessoal a ser selecionado para ingresso na Marinha do Brasil.

Subsistema de Medicina Operativa: é responsável pelos recursos específicos aos efetivos militares e aos civis mobilizados pela Marinha tanto em tempo de paz quanto em situações de conflito. Também é responsável pelo emprego de medidas preventivas, sanitárias e de adestramento necessárias à manutenção da higiene do pessoal, assim como das medidas de reabilitação para a recuperação das baixas.

O presente trabalho relaciona-se ao SMP, que realiza o controle e a verificação do estado de higiene do pessoal em serviço ativo, inativo e a ser selecionado para ingresso na MB, por meio de inspeções de saúde (BRASIL, 2012a).

Desde 2002 o SMP possui um SIS. Denominado por Sistema Informatizado Naval de Inspeção de Saúde (SINAIS), o mesmo foi desenvolvido para gerir todo o SMP. O SINAIS é um programa adotado com a finalidade de melhorar a operacionalidade do SMP, acelerando a tramitação de documentos e diminuindo o consumo de papel; entretanto, ele foi pensado para apoiar a área administrativa. Nesse sentido, um SADC visa aprimorar o SINAIS, dotando-o de uma ferramenta a ser usada pelo médico-perito no intuito de trazer mais objetividade e transparência à Inspeção de Saúde (IS).

A atividade médico-pericial pressupõe a emissão de laudo ou parecer técnico, na forma de IS. Em função da presença de determinadas patologias, uma IS poderá concluir pela necessidade de afastamento laboral, cujo resultado produzirá alguns efeitos na esfera administrativa. Dessa forma, a fim de evitar-se a ocorrência de discrepâncias, espera-se que haja a maior uniforme possível em todo o processo.

Conforme contido nas Normas Reguladoras para Inspeções de Saúde na Marinha, a referida publicação tem por objetivo alcançar um padrão uniformizado de qualidade nas IS de seu âmbito (BRASIL, 2017). Entretanto, durante os anos de atuação como médico perito da MB, o autor não encontrou uma ferramenta apropriada, ou um meio de amparo que pudesse proporcionar de maneira objetiva uma melhor uniformidade dos pareceres, quando da conclusão das IS pela concessão de períodos de afastamento laboral. A ausência de uniformidade nos períodos de concessão de Licença para Tratamento de Saúde Própria (LTSP) nas IS da MB prejudica a relação perito-periciado e gera reflexos na esfera administrativa do SMP.

O problema em lide traz ao autor a possibilidade de realizar uma análise sobre os eventuais benefícios oferecidos pelo SADC, ou seja, responder a seguinte questão: O SADC associado ao SINAIS poderá auxiliar nas decisões médico-periciais no SMP, proporcionando maior objetividade, uniformidade e transparência na relação perito-periciado, contribuindo assim para o SSM?

O objetivo principal do trabalho foi avaliar se o uso de um SADC poderia auxiliar na uniformização dos períodos de afastamento laboral dos militares na perícia médica da MB.

A abordagem será qualitativa e quantitativa, com pesquisa realizada no SINAIS, juntamente ao setor responsável pelo controle estatístico da atividade pericial da Base Naval do Rio de Janeiro (BNRJ), de forma a reunir os subsídios que permitam avaliar se o SSM poderá se beneficiar de oportunidades de melhoria em seu SMP, em prol do médico perito e do periciado.

Não será objetivo deste trabalho o estudo de Sistemas Informatizados na sua estrutura de *hardware*, nem de *software*. Também não haverá qualquer propósito de exercício crítico ao trabalho realizado pelos AMP da MB.

Para atingir o propósito deste trabalho, ele será estruturado em sete capítulos, neles incluído a presente introdução.

No segundo capítulo, será realizada uma pesquisa documental sobre o SIS, com a definição do seu conceito, e descrevendo suas formas de emprego. Será conceituado e apresentado o SADC com suas possibilidades de emprego. No capítulo, também será descrito o SINAIS, sistema utilizado na perícia médica da MB.

No terceiro capítulo, serão descritos o SMP e o ato médico pericial, e realizada uma pesquisa documental sobre perícia médica. Será também realizada uma pesquisa exploratória mediante entrevistas com dois médicos peritos com larga experiência na atividade pericial, a fim de identificar e reproduzir suas impressões a respeito do ato pericial em si e das doenças mais difíceis de abordar, além da qualidade da relação perito-periciado.

No quarto capítulo, será realizada uma pesquisa descritiva, explorando os dados estatísticos na BNRJ ao longo dos anos de 2018 e 2019, a fim de distinguir quais são as principais patologias que levaram ao afastamento laboral dos militares, e identificar os respectivos períodos de transcurso do afastamento. Com base nos resultados encontrados, serão realizadas seleções e interpretações das discrepâncias identificadas nos períodos de afastamentos laborais para uma mesma patologia.

No quinto capítulo, baseado no que for demonstrado no terceiro e no quarto capítulos, e mediante pesquisa documental nas Publicações do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), serão confrontados os afastamentos laborais concedidos pela BNRJ com o que preconiza o INSS.

No sexto capítulo serão elaboradas propostas na busca por melhorias aplicáveis à perícia do SSM, visando a implantação do SADC e que possam trazer benefícios ao SSM.

Por fim, serão apresentadas as Considerações Finais com base no que for reunido em todos os capítulos anteriores, quando serão vislumbradas as perspectivas, os desafios, e os possíveis impactos na implantação de um SADC na perícia médica da MB.

2 SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

2.1 Conceito

Pode-se definir um sistema como:

Conjunto de elementos concretos ou abstratos relacionados entre si (...) *software* que controla a operação de *hardwares* e outros *softwares* instalados no computador (HOUAISS, 5ª edição, 2020, p.709)

Um sistema de informações pode ser compreendido como um conjunto de processos que se destinam a capturar, processar, transformar, armazenar, manter e produzir informações. Dessa forma, um SIS representa um meio para a obtenção de informações pertinentes aos serviços de saúde, a fim de oferecer melhores condições ao planejamento, e que possam ser aplicadas para o desenvolvimento de estratégias, além de permitir a avaliação de ações já implementadas (DOS SANTOS, 2014).

Segundo Gerônimo (2018), o uso de sistemas de informação pelas organizações é uma resposta a um desafio imposto pelo ambiente. Sistemas são considerados soluções para variadas adversidades encontradas em determinadas situações, como: deficiência de comunicação entre os setores de uma organização, ausência de padrão nos processos produtivos, e a falta de informações adequadas e de qualidade.

Conforme ilustrado na figura 1, um sistema de informação é alimentado por dados do ambiente, realiza um processamento, e transforma esses dados em produtos de informação; dessa forma, é um sistema inter-relacionado que: coleta, manipula, armazena e dissemina a informação. O *feedback* é utilizado como ferramenta que analisa as informações de saída para tomada de decisão, e ajusta a alimentação do sistema (GERÔNIMO, 2018).

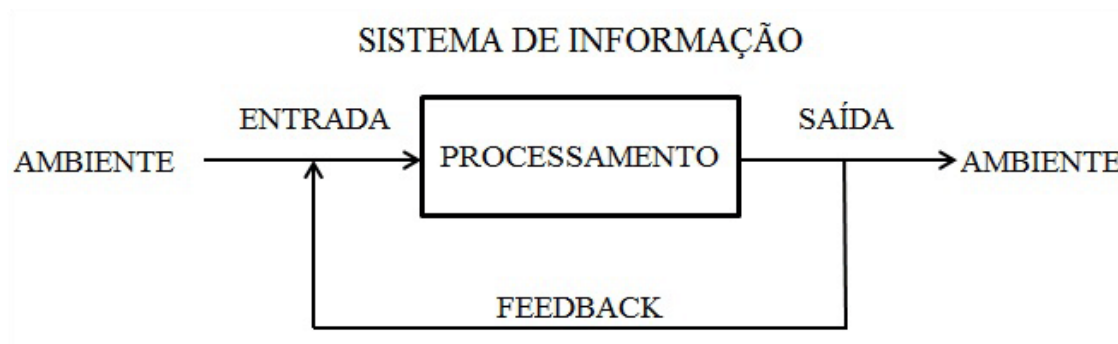


FIGURA 1 – esquema teórico de um sistema de informação
 Fonte: Gerônimo, 2018 p.111

As aplicações de TI são comuns a diversas instituições, incluindo-se as hospitalares. A fim de apoiar as principais atividades de seu negócio, essas instituições precisam coletar, armazenar e transmitir dados em formato eletrônico, bem como garantir seu acesso e utilização de forma segura. Diferentemente, um SIS envolve a aplicação de recursos de TI para dar suporte a processos específicos da área da saúde, oferecendo ao usuário um conhecimento que o mesmo não dispunha anteriormente. Profissionais de saúde que trabalham com o apoio de sistemas de informação em saúde obtêm melhores resultados do que os profissionais sem tal apoio (COLICCHIO, 2020).

O SIS possui as seguintes finalidades: a redução de erros médicos; a melhoria na qualidade dos atendimentos prestados pelos profissionais da saúde aos pacientes; e o auxílio na gestão da saúde por meio da análise dos custos e benefícios.

A gestão de um serviço de saúde implica em cuidar dos aspectos organizacionais e funcionais, tal como em qualquer empresa de qualquer outro setor, isto é, controlar estoques de materiais, gerir finanças e recursos humanos, e a manutenção de equipamentos, por exemplo. Entretanto, há ainda que se pensar nos aspectos gerados pela própria prática de saúde, que são aqueles decorrentes do atendimento prestado, do ato clínico em si. Um SIS deve então ser composto pelos sistemas de gerência em saúde e pelos sistemas informativos da condição do paciente, podendo conter também dados pertinentes de outros fatores que interferem no processo saúde/doença. De maneira ideal, um SIS deverá informar sobre a doença dos indivíduos e seu perfil, a atividade clínica, as condutas, as normas técnicas, as tecnologias em saúde utilizadas e os resultados, tais como extensão e impacto das ações na população ou grupos de risco.

Os dados que alimentam um SIS são gerados em diversos tipos de unidades de produção ou subunidades, como por exemplo: em laboratórios, almoxarifados, ambulatórios, setores administrativos, e outros que compõem um Sistema de Saúde; e devem fornecer informações que subsidiem o processo de planejamento, controle, avaliação e redirecionamento do que vem sendo produzido (FERREIRA, 1999).

Ao integrar diversas unidades, um SIS coleta, processa, analisa e transmite as informações necessárias para implementar processos decisórios na gestão de saúde. Seu propósito é prover dados pertinentes e transformá-los em informações para aqueles que planejam e executam os cuidados de saúde. Além de ser um facilitador no processo organizacional, gerencial e da comunicação, um SIS também aumenta a eficácia e a fidelidade no desempenho das funções dos serviços de saúde.

Atuar no setor de saúde exige a tomada de decisões de muita responsabilidade e relevância social. Segundo a OMS, o principal propósito do SIS é selecionar dados pertinentes, e transformá-los em informações para aqueles que planejam e financiam os serviços de saúde possam avaliá-los; assim, é importante pensar num SIS como um instrumento para o processo de tomada de decisões, seja na dimensão técnica, ou na forma de diretrizes gerenciais a serem implementadas (FERREIRA, 1999).

Numa organização de saúde, raramente uma decisão é tomada isoladamente, ou por apenas um indivíduo; pode-se dizer que a decisão é construída através de uma cadeia de representantes em diferentes contextos e níveis, e envolve um conjunto de processos que, ao final, podem conduzir à formulação e à decisão pelas mudanças necessárias para o alcance das metas estipuladas. O SIS configura-se como ferramenta para a produção de informações, que direcionam a decisão dos envolvidos nos diferentes níveis de atenção à saúde; as informações são detectadas em tempo real, auxiliando no planejamento e na execução de medidas a serem aplicadas de acordo com a realidade e especificidade de cada nível (MONTENEGRO, 2013).

Embora tenham sido observados progressos consideráveis nas tecnologias relacionadas com a atenção à saúde, desde medicamentos e equipamentos, e também nas técnicas e procedimentos, não se pode afirmar o mesmo com relação ao emprego do SIS. A TI aplicada à saúde é um conhecimento relativamente recente, ainda em

desenvolvimento, e carece buscar espaço para expor seus plenos benefícios. As ferramentas digitais mais utilizadas, como os agendamentos de consultas e os pedidos de materiais, ainda são muito direcionadas apenas para as atividades administrativas, deixando espaço livre para o avanço no uso de recursos de TI em direção ao SADC.

2.2 Sistema de Apoio à Decisão Clínica

A decisão é o processo de seleção de uma opção dentre um conjunto de alternativas. Baseada em análises técnicas e escolhas racionais, e muitas vezes de caráter individual, a decisão trilha um caminho complexo, pois é influenciada por aspectos culturais, emocionais, vieses e expectativas que envolvem o estudo do problema a partir de uma percepção de dados. O fato de se conseguir o acesso a determinadas informações não garante que, em consequência, as decisões e ações desencadeadas serão sempre corretas e uniformes, ou seja, o processamento dessas informações reflete as concepções, os valores, as intenções, a visão de mundo e outras particularidades daquele que as está utilizando, e assim influencia diretamente em suas decisões. No que diz respeito à saúde, há que se levar em consideração que o processo decisório é revestido de uma prática consolidada de valorização de determinadas informações em detrimento de outras; nesta perspectiva, a decisão clínica pode se apresentar revestida de intenções previamente estabelecidas. O modelo assistencial atualmente disseminado, pode induzir no médico, um viés que, quando aplicado no processo de coleta, armazenamento, análise e disseminação das informações, resulte num processo de tomada de decisão que demonstre somente as suas preferências pessoais (CAVALCANTI, 2011).

A fim de obter-se a adequada tomada de decisão, é preciso analisar muito bem a situação, antes da propositura de uma solução. Para facilitar tal escolha, pode ser utilizado um processo sistematizado de avaliação das alternativas, mediante a identificação do problema, do levantamento de dados, e do planejamento para a implementação de medidas exequíveis, que visem à resolução do problema.

A segurança na tomada de decisão, aliada à utilização de tecnologias confiáveis e efetivas para o diagnóstico e o tratamento das doenças, tem sido um assunto cada vez mais pautado nas organizações de saúde, por refletir-se diretamente na qualidade do serviço prestado.

De acordo com Dos Santos (2017), as ferramentas de TI consideradas como as mais importantes, e também as mais utilizadas pelos profissionais de saúde, são as dotadas com funções de monitoramento via sistema, com alertas para: o suporte de decisões, os eventos adversos, as interações medicamentosas, e os riscos aumentados de anafilaxia, dentre outras intercorrências.

A área da saúde tem características muito peculiares, apresentando-se com um grau de complexidade bastante elevado devido à quantidade de conhecimentos que um profissional precisa dominar, além de requerer atualizações intensas e dinâmicas.

Segundo Colicchio (2020), o conhecimento médico sobre doenças, diagnósticos e tratamentos dobra a cada três anos e meio; destarte, acredita-se que um médico no momento de sua graduação, detenha apenas 10 por cento do conhecimento que será necessário para os próximos 30 anos. Nesse contexto, são fundamentais não apenas ferramentas que facilitem o acesso às informações, mas também ferramentas que proporcionem acesso ao conhecimento necessário para a tomada de decisões clínicas.

A figura 2 representa a utilização de um SADC, que ao oferecer suporte pela geração de conhecimento, proporciona um aumento da capacidade do utilizador no processo de tomada de decisão em saúde.



FIGURA 2 – Teorema do SADC
Fonte: Colicchio, 2018 p.2

Os sistemas de apoio à decisão são sistemas baseados em conhecimento, que após a análise de um grande número de variáveis, utilizam um modelo genérico de tomada de decisão para que seja possível o posicionamento em uma determinada questão. Tomar uma decisão é um processo pelo qual se escolhe uma ou algumas ações, dentre as exequíveis; e o uso de um instrumento informatizado visa reduzir o grau de incerteza. Os SADC têm apresentado um grande avanço, e muitos deles são bastante sofisticados, tendo inclusive conseguido um desempenho melhor que os de alguns médicos (SABBATINI, 1995).

A utilização de um SADC tem como objetivo principal proporcionar um auxílio significativo ao processo de diagnóstico e tratamento, auxiliando os profissionais de saúde na otimização do seu desempenho durante o processo de decisão clínica, ou na gestão da organização de saúde. O SADC é dotado de uma relativa autonomia, ainda que seja sempre controlado pelo utilizador; isso o diferencia dos demais sistemas de informação. Na medicina, a utilização do SADC vem proporcionando uma melhora substancial não só na assistência médica, mas também nos diagnósticos, e até mesmo na gestão dos serviços de saúde (NOGUEIRA, 2014).

De acordo com Lichtenstein (2011), um SADC deve conter alguns conceitos importantes; entre os mais relevantes encontram-se: aconselhar e avisar, mas nunca mandar, bloquear ou exigir; reconhecer e permitir a confirmação humana; ser dinamicamente modificável; ser validado em conhecimento; basear-se em modelos e padrões aceitos pelas comunidades internacionais de informática em saúde; ser intercambiável; trabalhar com metas, sendo estes atributos elementos quantitativos passíveis de mensuração; contemplar modelos de medicina baseada em evidências; e permitir a adequação de seu conteúdo a outros pontos de atenção, sem alteração do motor de execução.

Uma das principais tendências da informatização hospitalar na atualidade, é colocar o computador no chamado ponto de assistência ou ponto de atendimento, do inglês "*point of care*" (POC). Na gestão de saúde, um POC é a solução que permite disponibilizar o uso da informação clínica exatamente onde ela é gerada e utilizada, isto é, quando e onde ocorre o contato do médico com o usuário. Outra possibilidade interessante para o POC, está em oferecer uma utilização mais ampla do SADC; ao

permitir que esse tipo de sistema esteja disponível na estação médica de trabalho, poderá ajudar o profissional de saúde a chegar em um diagnóstico com precisão, em menos tempo, e com maior segurança (SABBATINI, 2014).

O SADC deve ser um programa projetado para processar informações sobre as principais características de um determinado problema e, combinando uma base de conhecimentos informatizada e algoritmos, gerar recomendações específicas para cada situação. Segundo Clericuz (2006), um SADC deve gerar suporte às decisões através de simulações; são programas interativos, que apresentam maior capacidade analítica, e permitem o emprego de vários modelos para a análise das informações. A figura 3 demonstra o esquema de um SADC com seus componentes.

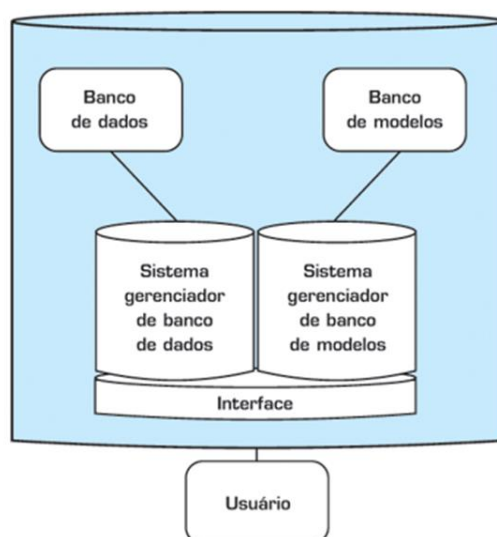


FIGURA 3 – componentes de um SADC
Fonte: Clericuz, 2006 p.10

Devido ao expressivo aumento na quantidade de dados, informações e conhecimentos necessários para o exercício da medicina, o SADC tem sido alvo de estudos na área de informática em saúde, durante as últimas décadas. Existe uma expectativa de que o SADC diminua a distância entre as evidências e a prática clínica, ao disponibilizar dados relevantes e conhecimento no ponto de assistência (TENÓRIO, 2011).

2.3 Sistema Informatizado Naval de Inspeção de Saúde

Desde 2001 o SMP possui um SIS. O SINAIS é um programa adotado com a finalidade de melhorar a operacionalidade do SMP, acelerando a tramitação de documentos e diminuindo o consumo de papel; entretanto, ele foi pensado para apoiar a área administrativa.

O SINAIS é um sistema acessado via *web*, com a finalidade de gerenciar todo o SMP da MB. Ele foi criado com o intuito de aperfeiçoar a organização e a escrituração de todas as etapas das perícias médicas realizadas na MB; possui também a finalidade de proteger o SMP contra eventuais processos fraudulentos, e permite que os peritos tenham acesso a todo o histórico médico-pericial do inspecionado. Para acessá-lo não há necessidade de instalação, bastando para tal a existência de um computador conectado à intranet da MB, com um navegador Internet instalado, e o sistema automaticamente estará disponível para uso. A funcionalidade do SINAIS não é apenas oferecer uma ferramenta que permita registrar os dados das IS, mas também disponibilizar a visualização de inspeções realizadas em todo o Brasil, fornecendo informações gerenciais e de acompanhamento. O SINAIS permite conhecer de forma adequada o que é o processo de perícias médicas e fornecer recursos para melhor planejar o futuro (BRASIL, 2012b).

Para utilizar o SINAIS é necessário conhecer o processo de Inspeção de Saúde e ter um conhecimento mínimo de informática:

O Sistema Informatizado Naval de Inspeção de Saúde (SINAIS) é a ferramenta eletrônica padrão para a realização das IS na MB, sendo mandatória a sua utilização por todos os AMP (DGPM-406-Rev. 7, 2017, p.VII-VII).

O SINAIS reúne informações de saúde que só podem ser acessadas mediante senha individual, e assim como em outros sistemas informatizados, os usuários são categorizados em diferentes níveis, nos quais são permitidos acessos distintos às informações. Como regra de sigilo, os resultados das buscas são apresentados de acordo com cada nível, de forma a assegurar que apenas os usuários portadores do grau de credenciamento adequado, e da necessidade do conhecimento de determinadas informações, tenham permissão para acessá-las (BRASIL, 2012b). Por meio de tratamento estatístico de dados inseridos por seus usuários em cada inspeção realizada,

o SINAIS oferece a possibilidade de obtenção de alguns índices extraídos do sistema. A segurança e o sigilo das informações são garantidos por meio de criptografia.

O principal objetivo do SNAIS é atender ao processo de inspeção de saúde realizado pela MB no que tange a escrituração. A IS segue um fluxograma, no qual cada etapa serve para alimentá-la com as informações necessárias, a fim de que essa IS seja encaminhada até a etapa seguinte. Conforme o esquema representado na figura 4, o processo tem início no cadastramento de uma nova inspeção, e é finalizado com a impressão do Termo de Inspeção de Saúde (TIS), após a sua aprovação pela auditoria (BRASIL, 2012b).

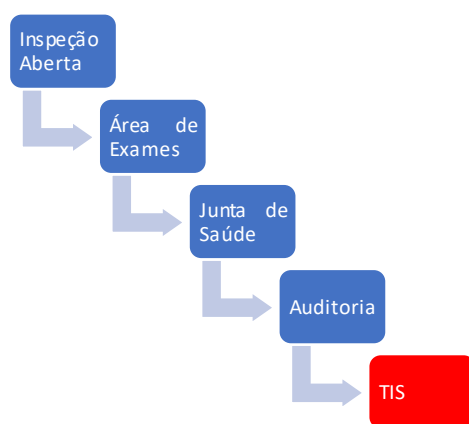


FIGURA 4 – etapas de uma Inspeção de Saúde
Fonte: BRASIL, 2012b p.6

Após a implantação do SINAIS em todas as Juntas de Saúde do Centro de Perícias Médicas da Marinha (CPMM), assim como nas salas de atendimento dos Agentes Médico Periciais (AMP) do Hospital Central da Marinha (HCM), pôde-se constatar: melhora significativa dos processos médico-periciais no que tange à agilidade processual; economia de meios, com conseqüente diminuição de custos; uniformidade dos processos; interface mais ágil com a Auditoria Médico-Pericial; padronização de condutas; e otimização do controle exercido pelo CPMM sobre o SMP (RIBEIRO, 2009).

Neste capítulo foi conceituado o SIS, que pode ser resumidamente definido como a TI aplicada à saúde para o aperfeiçoamento dos processos. Foi apresentada a importância do SADC, uma ferramenta que facilita sobremaneira o acesso às

informações a ao conhecimento clínico, em cujo propósito para a redução de erros médicos e da melhoria na qualidade dos serviços prestados, encontra-se o suporte necessário para a tomada de decisões em saúde. Por fim foi identificado o SINAIS, um SIS rotineiramente utilizado pelo SMP.

3 O SUBSISTEMA MÉDICO-PERICIAL

O SMP é parte integrante do SSM. A perícia médica do pessoal em serviço ativo, inativo e a ser selecionado para ingresso na MB são de sua responsabilidade (BRASIL, 2017).

A estrutura básica do SMP é composta pelos seguintes AMP: Junta de Saúde (JS) e Médico Perito Isolado (MPI). São eles os atores responsáveis pela avaliação de higidez do pessoal da MB. As peculiaridades da atividade militar na MB exigem um determinado padrão de eficiência psicofísica para o ingresso e a permanência no Serviço Ativo da Marinha (SAM), no caso de militares. No caso de servidores civis admite-se outro padrão para o Serviço Público em Geral (SPG). Dessa forma, e respeitando-se os preceitos legais e a autonomia e liberdade técnico-profissional dos AMP, as Normas visam fornecer orientações técnicas e administrativas aos diversos AMP (JS e MPI) (BRASIL, 2017).

A publicação que rege a atividade médico-pericial na MB são as Normas Reguladoras para Inspeção de Saúde na Marinha da Diretoria-Geral do Pessoal da Marinha (DGPM-406), que tem como propósito o alcance de um padrão qualitativo uniforme das IS no âmbito da MB. Isso visa garantir o contínuo aperfeiçoamento dos processos e a plena capacidade para o desempenho das atividades inerentes aos militares e aos servidores civis da MB. As IS são realizadas por meio de uma ferramenta eletrônica padrão, o SINAIS (BRASIL, 2017), já descrito no capítulo anterior.

3.1 Estrutura do Subsistema Médico-Pericial

Sendo o SMP constituído por JS e por MPI, que funcionam como AMP, torna-se necessário entender que uma JS é a reunião formal de três ou mais médicos militares ou civis da MB, designados por Portaria de autoridade competente, para exercerem, em grupo, as atividades periciais; enquanto os MPI são médicos militares ou civis da MB,

designados por Portaria do Titular da Organização Militar (OM) a quem estiverem subordinados, para o exercício individual da atividade (BRASIL, 2017).

O CPMM é o principal executor das atividades do SMP e é supervisionado pela Diretoria de Saúde da Marinha (DSM). Os resultados das IS realizadas são enviados para a DGPM, para que seja efetuado o controle administrativo do pessoal por aquela Diretoria-Geral (BRASIL, 2017).

Os AMP são organizados segundo o princípio da hierarquia funcional, com a seguinte precedência, e respectivas composições:

a) Junta Superior de Saúde (JSS): composta pelos AMP de mais alto nível hierárquico na MB, é destinada a realizar as IS em grau de recurso ou revisão das IS efetuadas pelas Juntas Superiores Distritais (JSD) e Junta de Saúde para Atividades Especiais (JSAE) do CPMM. Quando a IS é proveniente de JSD e após haver tramitado por Junta Regular de Saúde (JRS), a JSS é presidida pelo Diretor do CPMM e integrada por quatro membros e dois secretários, todos médicos, e designados pela DGPM; e quando o trâmite é proveniente da JSAE/CPMM, a JSS é presidida pelo Diretor do CPMM e integrada por outros quatro membros: dois especializados na área de imersão, mergulho e ambiente hiperbárico (medicina hiperbárica) e dois especializados na área da aviação e atividade aérea (medicina de aviação), além de dois secretários, todos médicos, e também designados pela DGPM (BRASIL, 2017);

b) Juntas Superiores Distritais (JSD): compostas pelos AMP regionais de nível mais elevado nas áreas de jurisdição dos Distritos Navais (DN). AS JSD são constituídas por cinco médicos, sendo: um Presidente, preferencialmente Oficial Superior Médico da ativa, e quatro membros, todos médicos; e são designados por Portaria da DSM quando na área de jurisdição do Comando do 1º DN, ou por Portaria de cada um dos respectivos Comandantes dos demais DN (2º ao 9º Distritos Navais) (BRASIL, 2017);

c) Juntas de Saúde para Atividades Especiais (JSAE): são compostas pelos AMP destinados a efetuar as IS relacionadas com o exercício de atividades especiais, que exijam elevado grau de higidez psicofísica ou requisitos especiais. Quando se trata da JSAE/CPMM, são constituídas por cinco médicos: um Presidente, preferencialmente Oficial Superior Médico da ativa, qualificado em medicina hiperbárica ou de aviação, e quatro membros que também são médicos, sendo ao menos dois deles individualmente

qualificados em medicina hiperbárica ou de aviação; todos designados por Portaria da DSM. As demais JSAE serão constituídas exclusivamente por três médicos, necessariamente qualificados em medicina hiperbárica, ou todos qualificados em medicina de aviação, conforme a atividade especial em questão (BRASIL, 2017);

d) Juntas Regulares de Saúde (JRS): são compostas pelos AMP destinados a efetuar as demais IS que não sejam de competência da JSS, da JSD, ou da JSAE. Constituídas por três médicos: um Presidente, preferencialmente Oficial Superior Médico da ativa, e dois membros, médicos; são designados por Portaria da DSM, excetuando-se as JRS localizadas na área de jurisdição do 1º DN, cuja designação se dá por Portaria do Diretor do CPMM (BRASIL, 2017) e

e) Médicos Peritos Isolados (MPI): são os AMP de menor precedência hierárquica no SMP. Os MPI são médicos militares ou civis da MB, que atuam individualmente na OM a qual estão subordinados, e são designados por Portaria do titular da OM. Nas áreas em que não houver JSAE, as IS dos militares que exercem atividades especiais deverão ser realizadas por Médico Perito Isolado Qualificado (MPIQ) naquelas atividades especiais (BRASIL, 2017).

O SMP conta com o apoio da Odontologia Legal que confecciona as perícias odontológicas e mantém os registros odonto-legais realizados, com a finalidade de possibilitar a identificação pessoal, quando não forem viáveis outros meios. O Cirurgião Dentista também procede ao exame de corpo de delito na sua área de atuação, quando solicitado pelo médico (BRASIL, 2017).

O SMP conta com um Departamento de Auditoria Médico-Pericial que funciona no CPMM, e tem como principal função a verificação criteriosa da escrituração da documentação médico-pericial. Essa verificação é realizada através do SINAIS, visando a detecção de equívocos documentais e inconsistências, bem como a análise da coerência entre os dados documentalmente registrados e os laudos emitidos nas IS, aperfeiçoando assim, os atos médico-periciais em toda a MB.

A FIGURA 5 demonstra a estrutura do SMP.

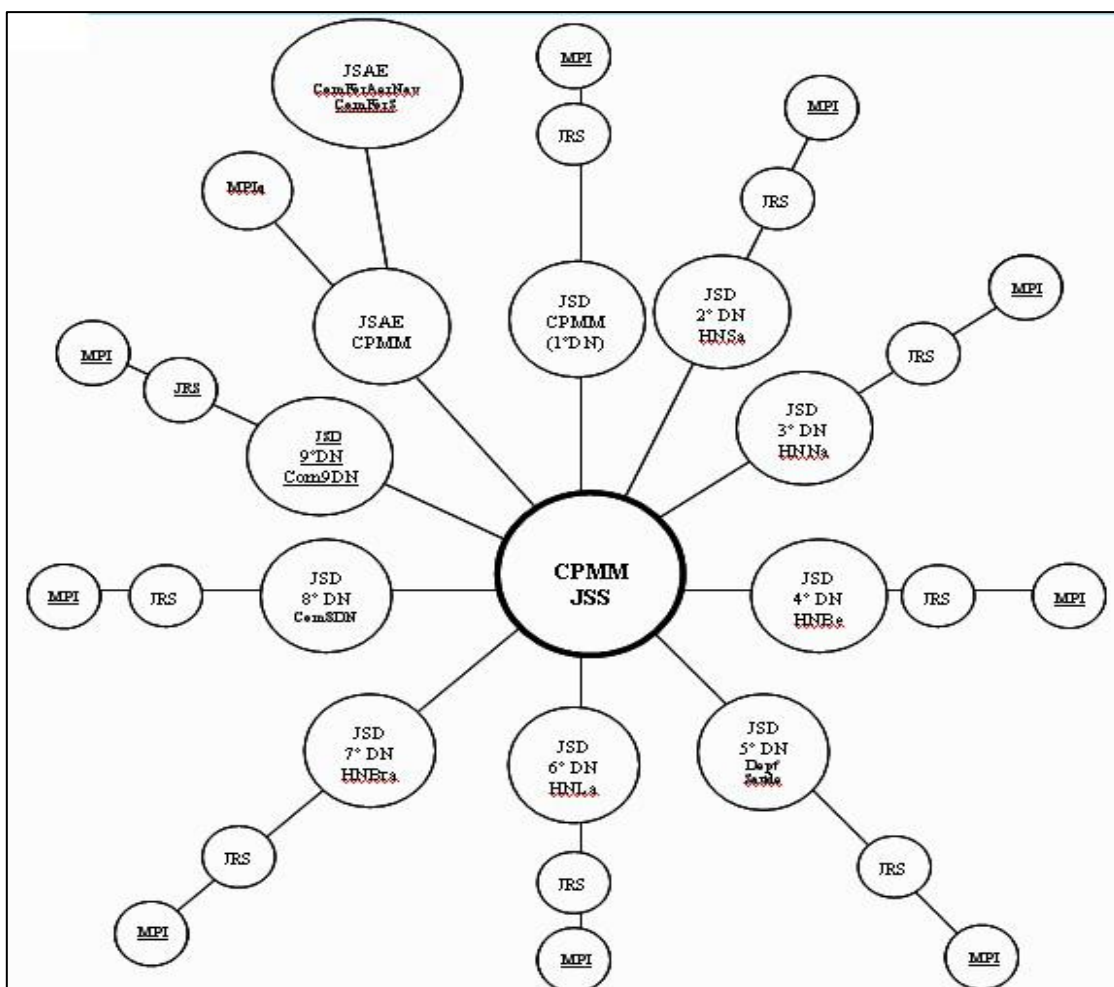


FIGURA 5 – Estrutura Básica do Subsistema Médico-Pericial da Marinha

Fonte: Brasil, 2017 p.A-1

3.2 Perícia Médica

Perícia médica é todo e qualquer ato preliminar ou exame realizado por médico, com a finalidade de contribuir com as autoridades administrativas, policiais ou judiciárias na formação de juízos a que estão obrigadas (ALCÂNTARA, 2006), podendo ser considerada como uma sindicância de natureza médica, que visa o esclarecimento de fatos que interessem para um procedimento judicial ou administrativo, e exige um amplo conhecimento médico para ser executada. A perícia médica é uma área de atuação da Medicina Legal, especialidade reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) (LISE, 2013). O Código de Ética Médica (CEM), no seu capítulo XI,

estabelece os limites éticos da atuação profissional do auditor médico e do perito médico.

Apesar de ser considerada um ato médico, a perícia médica é destinada a coletar elementos probatórios da existência de uma doença, mas não tem como função o tratamento do indivíduo. Pode-se então considerar que existe uma assimetria de poder entre o médico perito e o periciado, na medida em que não há troca, mas coleta, num fluxo quase unilateral de informações (DE ALMEIDA, 2011).

Existe uma diferença entre o médico assistente, que atende o paciente com um objetivo terapêutico, e o médico perito que se manifesta a respeito do estado de saúde sob a óptica da medicina legal. Enquanto um paciente escolhe voluntariamente seu médico assistente, ao periciado é determinado o comparecimento diante de um médico perito, para verificar qual o seu estado de saúde a ser enquadrado na legislação. Na relação médico-paciente costuma haver um clima de mútua confiança, enquanto na relação pericial, muitas vezes ocorre o oposto, crescendo-se o fato de que o periciado não obterá qualquer benefício terapêutico. Assim, o periciado comparecerá a um exame que, em linhas gerais, não optaria por se submeter, realizado por determinação e em cumprimento das normas legais, e muitas vezes permeado de preconceito pela situação de sua exposição.

Em se tratando de perícias médicas, há peritos incapazes de perceber plenamente as peculiaridades da medicina pericial quando em comparação à prática médica assistencial. Tal percepção deficiente pode resultar em comportamentos equivocados que acabam por potencializar desentendimentos e conflitos, os quais em certa medida, são inerentes à atividade pericial, e que decorrem de expectativas dissociadas do objetivo real das perícias médicas. O perito, em interação com o periciado, não é meramente aplicador de normas técnicas, mas também um julgador (DE ALMEIDA, 2011).

3.3 Inspeção de Saúde

Na MB, a perícia médica é realizada por meio da IS, sendo essa a perícia médica oficial efetuada por AMP em qualquer pessoa formalmente apresentada por autoridade competente, e cuja finalidade seja verificar, em dado momento, seu estado de estado de saúde físico e/ou mental. A IS é considerada um ato administrativo-militar revestido de caráter oficial (BRASIL, 2017).

A DGPM-406 reconhece a IS como um ato médico de responsabilidade dos AMP, que devem realizar o registro completo das informações médico-periciais, tornando-se ainda responsáveis pelos laudos exarados, os quais deverão ser devidamente justificados e tecnicamente embasados por dados da literatura médica reconhecida, e à luz da Legislação vigente. Os AMP poderão solicitar pareceres às Clínicas Especializadas (CE), caso considerem pertinente. Esses pareceres são elaborados na forma de quesitos, que serão respondidos pelo médico especialista, e constituem-se de opiniões do ponto de vista assistencial, podendo ser ou não acatadas pelos AMP. Os peritos devem elaborar quesitos de natureza exclusivamente assistencial, não podendo transferir decisões periciais às CE, da mesma forma que as CE devem abster-se de sugerir laudos aos AMP (BRASIL, 2017).

A DGPM-406 prevê a realização de IS para diversas finalidades. Em virtude do reduzido número de Servidores Civis atualmente em atividade na MB, o escopo deste trabalho ficará limitado às IS de militares da ativa apresentados para a Verificação de Deficiência Funcional (VDF) e em cujos laudos estiverem exarados o afastamento laboral total, isto é, a Incapacidade Laboral e a consequente LTSP; e o Término de Incapacidade quando findo o período de concessão de LTSP:

- VDF é a perícia clínico-funcional que visa esclarecer qual o grau de comprometimento de uma enfermidade qualquer sobre a atividade do militar da ativa.
- Término de Incapacidade é a perícia que se segue ao término de um período de LTSP, visando à reavaliação do estado de saúde do militar.

Para efetuar essas IS, os AMP competentes são as JS que irão proceder aos exames clínico-funcionais, visando principalmente, os órgãos e sistemas objetos das queixas por parte do inspecionado, confrontando suas patologias com a natureza de suas atividades profissionais, e sempre fazendo constar no histórico pericial a descrição

detalhada da evolução de cada patologia. Pareceres podem ser solicitados às CE; entretanto, a responsabilidade pelos laudos exarados é exclusiva da JS (BRASIL, 2017).

3.4 Verificação de Deficiência Funcional e Término de Incapacidade

A apresentação de militares para a VDF deve ocorrer no mais curto espaço de tempo possível, isto é, por orientação do médico assistente, e logo após a realização dos exames que corroborem tal necessidade. A apresentação do militar é de responsabilidade do Titular da OM do inspecionado, por intermédio do Encarregado de Pessoal Militar. O procedimento deverá ocorrer tão logo excedido o período de afastamento permitido por perícia menor, ou mesmo antes desses, quando sabidamente serão insuficientes para abranger o período de afastamento sugerido pela orientação médica. As reapresentações deverão ser realizadas, tempestivamente, e em um prazo de até 10 dias de antecedência da data término de validade da IS que concedeu o período do afastamento (BRASIL, 2017).

É responsabilidade da JS proceder a conclusão da IS para VDF no prazo de até vinte dias. Havendo a impossibilidade de cumprimento do prazo, ou excedido o mesmo, em função da investigação médico-pericial necessária, a JS deverá exarar o laudo mais apropriado ao caso, por um período de trinta dias, levando-se em conta as condições de saúde do inspecionado e os exames complementares ou pareceres disponíveis até aquele momento. Nos casos de IS motivadas por Término de Incapacidade, e a fim de se evitar transtornos administrativos, deverão constar do documento de apresentação os períodos de LTSP anteriores, bem como as datas abrangidas pelas respectivas Portarias (BRASIL, 2017).

O histórico pericial é primordial no controle da evolução da patologia geradora da incapacidade. Os períodos de afastamento por incapacidade não poderão exceder 180 dias consecutivos por inspeção, devendo ser concedido novo período de LTSP de até 180 dias em prorrogação, nos casos em que o período de incapacidade laboral necessitar exceder o prazo inicial concedido para o tratamento (BRASIL, 2017).

As JS deverão objetivar a máxima brevidade no retorno do militar às suas atividades normais, mas sempre observando o contido nas Normas. Na hipótese de agravamento da(s) patologia(s) que motivaram o afastamento, ou mesmo em função do surgimento de novas patologias que impliquem em alteração do laudo em vigor, o militar deverá ser antecipadamente encaminhado à IS para VDF, haja vista o “Fato Novo” médico pericial. Os períodos de LTSP que porventura permanecerem em aberto, decorrentes da não reapresentação pela OM nos prazos regulamentados, e nos quais não se possa comprovar a incapacidade laboral, deverão ser regularizados administrativamente pela própria OM do militar (BRASIL, 2017).

As condições de higidez física e mental suficientes ao desempenho de atividades militares são verificadas pela avaliação autônoma do AMP, pautado na ausência de doenças incapacitantes e pelo alcance dos índices mínimos estabelecidos nas Normas. Deve-se considerar sempre a capacidade de desempenhar as atividades regularmente atribuídas ao militar. Dessa forma, o inspecionado poderá ser enquadrado em uma das seguintes situações:

- Será considerado Incapaz Temporariamente, o militar que apresentar indícios de lesão, doença ou defeito físico curável, e que necessite de afastamento do serviço; e
- Será considerado Incapaz Definitivamente, o militar que apresentar indícios de lesão, doença ou defeito físico considerado impeditivo ao exercício de qualquer atividade militar ou função (BRASIL, 2017).

3.5 A Incapacidade Laboral

A perícia médica tem sob sua responsabilidade a definição do grau de comprometimento de uma determinada habilidade profissional causada por uma doença, e que poderá levar ou não a uma deficiência funcional. Segundo Diniz (2007), como regra geral, a deficiência funcional pressupõe a existência de comprometimento de alguma função, que cause uma incapacidade para o exercício da atividade laboral. A maioria dos autores relaciona a incapacidade à dificuldade em executar tarefas que

envolvam a mobilidade, o uso dos sentidos e da comunicação, a interação social, ou a cognição. Definir a variação da habilidade a ser considerada como uma deficiência funcional ou como uma restrição é, fundamentalmente, um julgamento de valor muito difícil de se determinar.

De acordo com Farias (2005), deficiência é descrita como uma anormalidade nos órgãos e sistemas, e nas estruturas do corpo. Já incapacidade é caracterizada como a consequência da deficiência do ponto de vista do rendimento funcional, ou seja, na capacidade laboral. Assim, trata-se de uma sequência linear: doença → deficiência → incapacidade, sendo esta última resultante da interação entre a disfunção apresentada pelo indivíduo e a limitação gerada na sua capacidade.

Os fatores ambientais podem atuar como facilitadores ou barreiras para o desenvolvimento de uma incapacidade. A FIGURA 6 demonstra as dimensões envolvidas e a interação entre elas.

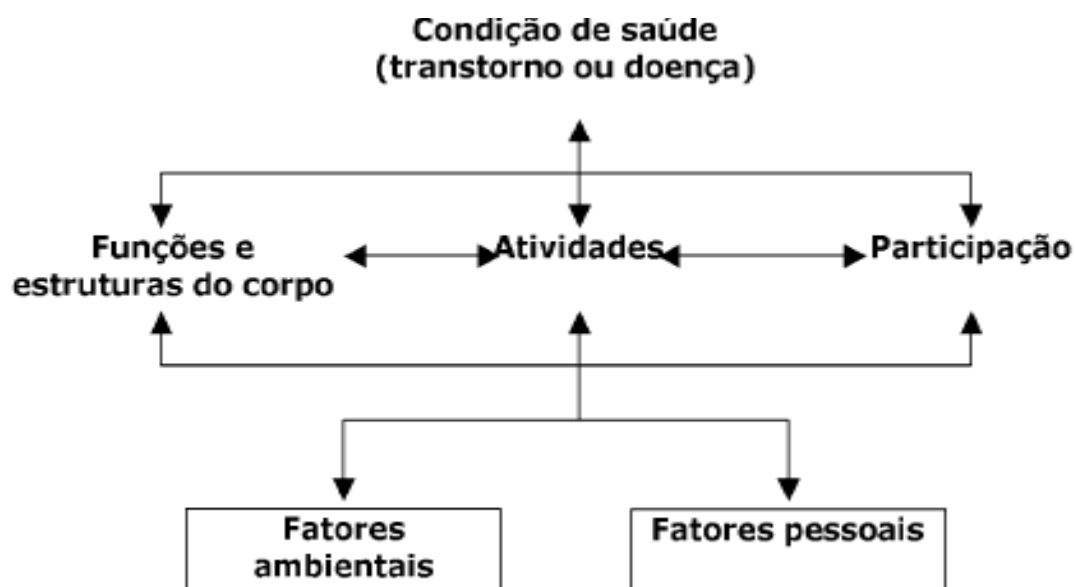


FIGURA 6 – Interação entre as dimensões geradoras de incapacidade
Fonte: Farias, 2005 p.190

Segundo esse modelo, a incapacidade é resultante da interação entre a doença apresentada pelo indivíduo e a limitação de suas atividades, influenciada pelos fatores pessoais e ambientais.

A demanda pela caracterização de uma incapacidade decorre da percepção por parte do periciado, de ser o portador de uma condição, orgânica e/ou psíquica, reconhecida pela racionalidade médica como doença. Essa condição, no seu ponto de vista, está levando involuntariamente a perda da sua capacidade para exercer as atividades que antes exercia normalmente. Assim, a existência do transtorno da normalidade (doença) necessita passar por uma primeira avaliação médica para a comprovação de sua existência, e seu consequente diagnóstico clínico, que é feito pelo médico assistente. A segunda avaliação é reconhecer a doença como incapacitante para o trabalho, ou seja, o enquadramento normativo. Nessa atividade, a racionalidade da medicina é posta a serviço da racionalidade das normas técnicas em um duplo raciocínio que denominamos raciocínio pericial (MELO, 2014).

Para os periciados em geral e os militares em particular, pode ser necessária uma maior compreensão sobre um processo complexo. Ele comumente gera questionamentos, angústias e conflitos, haja vista que a experiência profissional individual do médico perito e novos conteúdos provenientes de literatura especializada podem conduzir aos diferentes pontos de vista. Essa diferença é motivada quando se leva em consideração fatores ocupacionais e sociais, ambiente de trabalho ligado à atividade especializada exercida pelo periciado, e outros fatores estressores e subjetivos que possam gerar mais incertezas sobre a situação.

3.6 Atividade Médico-Pericial na MB e Percepções para o Aperfeiçoamento

O início da atividade médico-pericial na MB remonta ao século XIX com registros de médicos do Arsenal de Marinha do Rio de Janeiro, que realizavam as IS de ingresso e de controle de saúde de seu pessoal. Com a criação do HCM em 1913, a perícia médica passou a constituir um Departamento em seu organograma. Diante da crescente relevância da perícia médica na MB ao longo das décadas, foi criado, em 1995,

o CPMM, uma organização militar para planejar, coordenar e controlar as atividades do SMP (RIBEIRO, 2009).

A missão do CPMM é contribuir para execução das atividades do SMP no SSM; nesse sentido, investe constantemente no aprimoramento técnico-científico de seus profissionais de saúde. Como exemplo de medida para o aperfeiçoamento do SMP, o CPMM disponibiliza o Curso de Aperfeiçoamento em Perícias Médicas, destinado aos Oficiais do Corpo de Saúde da Marinha e Servidores Civis Médicos. Esse curso tem por finalidade proporcionar a capacitação de profissionais médicos para atuarem como MPI e membros componentes de JS⁹.

Apesar dos constantes investimentos da MB no aprimoramento de seus AMP, o viés subjetivo no exame pericial sempre existirá, pois dependerá da relação perito-periciado. Algumas doenças são menos propícias à subjetividade pois baseiam seu diagnóstico em alterações anatômicas, que são facilmente identificáveis em exames de laboratório ou de imagens, como no caso das fraturas ósseas. Em lado oposto, as patologias psiquiátricas, oferecem maior margem para a emissão de pareceres discrepantes, pois seu diagnóstico depende apenas da observação clínica.

A fim de desenvolver a percepção deste autor sobre a existência de uma lacuna referente à uniformidade nos períodos de concessão de LTSP, foram realizadas duas entrevistas com oficiais médicos do CPMM; e em ambas foi exposta a seguinte situação: “No atual processo de exame médico-pericial do SSM, a grande dependência de resposta aos pareceres especializados solicitados, e a inexistência de diretrizes mais objetivas para a concessão de afastamento laboral aos militares, pode vir a facilitar a ocorrência de discrepâncias indesejadas entre os prazos de afastamento laboral concedidos para diferentes militares, ainda que portadores de uma mesma patologia”. Foram apresentadas questões consideradas pertinentes, tais como a dificuldade de embasamento para definir o tempo de afastamento laboral, o constrangimento no exercício da atividade pericial, e a percepção pelo AMP de alguma dificuldade para o periciado realizar seu tratamento.

O primeiro entrevistado foi o Capitão-de-Fragata médico (CF (Md)), Marcelo Cerentine Garcia, Presidente da JSD do CPMM. Com especialização há 21 anos em Clínica

⁹ Disponível em www.marinha.mil.br/cpmm/

Médica, e em Medicina Legal e Perícias Médicas pela Universidade de São Paulo (USP) há 11 anos, possui experiência de 15 anos em perícia médica na MB; em sua entrevista, referiu-se às dificuldades tanto na captação de recursos humanos quanto na formação técnica para atuação na área de perícias médicas. Quanto aos recursos humanos, observou a rotatividade de oficiais médicos, principalmente em se tratando da captação de profissionais para o Serviço Militar, seja ele Serviço Militar Inicial (SMI) ou Serviço Militar Voluntário (SMV). Quanto à formação, foram percebidas deficiências de caráter administrativo para o ensino de Medicina Legal e principalmente sobre perícia médica nas escolas de formação médica, aliada a falta de experiência dos profissionais recém-formados e que compõe a maioria daqueles selecionados no SMI ou SMV. Destacou ainda o custo para a capacitação em medicina legal e perícia médica, aliado ao benefício, em se tratando de profissionais do SMI ou SMV e seu curto tempo de permanência na Força.

Além das dificuldades já apresentadas, descreveu que: “o desconhecimento sobre a finalidade e objetivo da perícia médica, aliados a importância da observação de requisitos técnicos, legais e normativos que norteiam as decisões periciais, podem suscitar dúvidas relacionadas às decisões periciais, tanto da autoridade solicitante como do inspecionado, com conseqüente constrangimentos e questionamentos aos profissionais que atuam na atividade médico-pericial”.

Conforme observado por esse Oficial, existem referências médicas que contém os prazos comuns para a consolidação de fraturas, e auxiliam o perito no estabelecimento dos períodos de afastamento laboral, bem como manuais de perícias oficiais que possuem anexos ampliando o rol de condições de saúde e a sugestão do respectivo tempo de afastamento laboral.

Referente às patologias psiquiátricas, considera que são um desafio ao AMP em virtude da sua subjetividade, o que acarreta dificuldades tanto na resposta do parecer especializado como na avaliação médico-pericial quanto a necessidade ou não do afastamento laboral. Ainda foi destacado que uma mesma patologia pode ter espectro de sintomas e sinais diversificados em termos de gravidade, bem como a presença concomitante de outras condições multifatoriais relacionadas. Essa diversidade pode levar a diferentes períodos de afastamento entre os inspecionados,

tornando-se mais um fator desafiante para elaboração de um protocolo para uniformidade nos períodos de afastamentos laborais.

A segunda entrevista foi realizada com a Capitão-de-Corveta médica (CC (Md)) Carla Lemos de Mendonça, membro da JSD do CPMM. Com especialização há 16 anos em Ginecologia e Obstetrícia, e em Medicina Legal e Perícias Médicas pela USP há 08 anos, possui experiência de 14 anos na atividade de perícia médica na MB. De acordo com essa Oficial médica, a avaliação da incapacidade laboral parcial, total, temporária ou permanente, e decorrente de patologia psiquiátrica, deve ser orientada pela alteração mental que a doença provoca no inspecionado, em associação com as repercussões das medicações usadas para o seu tratamento, devendo ser observada, também, a atividade laboral exercida. As doenças mentais representam um desafio aos AMP não especializados na área de psiquiatria, devido à pluralidade de sinais e sintomas provocados por cada doença, devendo ser investigado não só a condição mental do inspecionado e o diagnóstico psiquiátrico, como também diversas variáveis envolvidas no processo, como tempo de tratamento, e internações hospitalares dentre outros. Além desses aspectos, é importante que o AMP esteja atento para a ocorrência de simulação¹⁰ / metassimulação¹¹ e a perspectiva de ganho secundário com o afastamento do trabalho.

Descreveu ainda essa Oficial médica: “a cada dia, as estatísticas apontam que os transtornos mentais se configuram como uma das principais causas motivadores do afastamento laboral, causando importante impacto em nossa sociedade. Estudos dentro deste campo devem ser cada vez mais estimulados no intuito de facilitar os procedimentos da perícia, assim como o incremento do conhecimento dos peritos na área de psiquiatria”.

Neste capítulo discorreu-se sobre a estrutura do SMP e a rotina das formalidades necessárias para a realização da VDF. Foi ilustrada a perícia médica e explanado que na MB ela é identificada por IS. Ressaltou-se a existência de diferenças entre o AMP e o médico assistente, assim como foram apontadas dificuldades em se

¹⁰ Invenção de sintomas para a produção intencional de incapacidade.

¹¹ Exagero no relato de sintomas que existem ou existiram numa doença.

determinar a necessidade ou não de LTSP. Também foram expostos alguns diferentes aspectos e pontos de vista que rotineiramente envolvem peritos e periciados e por vezes proporcionam desconfiança entre as partes, como se fossem forças opostas atuando sobre um mesmo objeto, o que é característico da dualidade. Por fim, foi apresentada a complexidade da perícia médica na MB sob a ótica de dois oficiais médicos experientes, sendo que ambos destacaram a especialidade de psiquiatria como a mais desafiadora.

4 DADOS COLETADOS NA BASE NAVAL DO RIO DE JANEIRO

Neste capítulo, serão analisados os afastamentos laborais concedidos pelas JRS da BNRJ ao longo dos anos de 2018 e 2019. A escolha desses anos deveu-se a grande possibilidade de os dados referentes aos anos de 2020 e 2021 apresentarem-se atípicos, em consequência das alterações causadas pela pandemia de SARS-CoV2/Covid-19 na rotina diária da população.

Em pesquisa realizada na Unidade Médica da Esquadra (UMEsq) no dia sete de abril de dois mil e vinte dois, foi entrevistado o Capitão-de-Mar-e-Guerra cirurgião dentista da reserva (CMG (RM1-CD)) Ricardo de Brito Mendez, Assessor Especial para Assuntos de Saúde do Comando em Chefe da Esquadra (ComenCh), ocasião em que lhe foi solicitado respostas sobre as concessões de LTSP.

O estudo foi realizado mediante a análise dos dados obtidos do questionário respondido pela BNRJ, e cujas informações foram extraídas das IS lançadas no programa SINAIS pelos componentes das JRS da UMEsq.

Utilizando-se o Código Internacional de Doenças (CID)¹² foram relacionadas as principais patologias geradoras de afastamento laboral, e explorados os tempos de afastamento concedidos para cada inspecionado. De acordo com o exposto no capítulo anterior, os AMP relataram maiores dificuldades em relação às doenças psiquiátricas, motivo pelo qual priorizou-se essa especialidade médica para o desenvolvimento deste trabalho. A etapa seguinte consistiu em examinar as possíveis discrepâncias através da análise dos dados coletados, visando identificar diferenças na concessão de LTSP, isto é, nos diferentes tempos de afastamento laboral para uma mesma patologia.

12 Publicação da OMS que classifica e codifica as doenças, utilizada globalmente em laudos, prontuários, sistemas de reembolso e em decisões automáticas de suporte em medicina. O sistema foi desenhado para permitir e promover a comparação internacional na apresentação de estatísticas em saúde.

4.1 Perícia Médica na Base Naval do Rio de Janeiro

A UMEsq é uma OM de Saúde diretamente subordinada ao ComenCh, e está situada dentro do complexo da BNRJ. Nela são realizadas as IS para fins de VDF e LTSP dos militares lotados na BNRJ, e também de outras OM na área de abrangência do ComenCh, dentro do 1º Distrito Naval (DN). Todas as IS são realizadas na plataforma eletrônica SINAIS.

A UMEsq tem como missão contribuir para o atendimento médico e odontológico dos militares do Complexo Naval de Mocanguê (CNM). Oferecendo o suporte médico, odontológico e de apoio à saúde, necessários à higidez dos militares dentro de sua área de abrangência no ComenCh – 1º DN, proporciona a manutenção da aptidão dos mesmos no cumprimento de suas missões no mar, com elevado nível de capacidade operacional. Seu lema é: “Saúde em Terra, Eficiência no Mar”¹³.

Para a realização das IS, a UMEsq possui atualmente duas JRS, com as seguintes composições:

- JRS 1: o presidente é um Capitão-de-Corveta médico com especialidade em psiquiatria e seis anos de experiência em perícia médica; tem como membros um Capitão-Tenente médico com especialidade em pneumologia e dois anos de experiência em perícia médica, e um Capitão-Tenente médico com especialidade em dermatologia e dois anos de experiência em perícia médica.

- JRS 2: o presidente é um Capitão-de-Corveta médico com especialidade em urologia e seis anos de experiência em perícia médica; tem como membros um Capitão-Tenente médico com especialidade em ortopedia e dois anos de experiência em perícia médica, e um Primeiro-Tenente médico com especialidade em patologia clínica e um ano de experiência em perícia médica.

As JRS da BNRJ são responsáveis por realizar as IS de quarenta e três OMs na área de abrangência do ComenCh – 1º DN, e essas OM totalizam um número aproximado de nove mil militares.

13 Carta de Serviços – UMEsq: disponível em https://www.marinha.mil.br/comemch/sites/www.marinha.mil.br.comemch/files/CARTA_DE_SERVI%C3%87OS_DA_UNMESQ_2020.pdf

A fim de que seja cumprida uma padronização de normas e procedimentos para movimentação, afastamentos, embarque e controle de pessoal, utiliza-se como referência a publicação NORMESQ¹⁴ Nº 10-10F de 22 de setembro de 2020.

A publicação prevê:

- a) quando uma Junta de Saúde (JS) emitir laudo médico favorável à concessão de licença, deverá transmitir mensagem ao ComemCh, com informação à cadeia de comando, à OM do militar e à DPMM e/ou CPesFN, contendo o resultado do laudo e a necessidade da LTSP, com suas datas de início e término (...)
 l) se militar lotado em OM apoiada pela BNRJ, o ComemCh expedirá a Ordem de Movimentação (ORDMOV) de desembarque (BRASIL, 2020-p.2)

4.2 Os Afastamentos Laborais

No período de 2018 a 2019 foram concedidas cento e dezoito LTSP, sendo que as principais especialidades médicas geradoras de afastamento laboral foram: a ortopedia, a psiquiatria e a neurologia. As patologias diagnósticas mais prevalentes foram respectivamente: luxação, entorse e distensão das articulações e dos ligamentos do joelho (S 83), transtorno misto ansioso e depressivo (F 41.2) e dorsalgia (M 54). A TABELA 1 e o GRÁFICO 1 demonstram esses dados com mais clareza e detalhes:

TABELA 1

Relação nº total de LTSP X Diagnóstico prevalente X nº de LTSP por Diagnóstico prevalente

Especialidade Médica	nº Total de LTSP	Diagnóstico prevalente	nº de LTSP por Diagnóstico prevalente
Ortopedia	57 militares	S 83	34 militares
Psiquiatria	20 militares	F 41.2	10 militares
Neurologia	10 militares	M 54	4 militares

Fonte: Dados coletados nas JRS da UMEsq em 25/04/2022

¹⁴ Norma do Comando em Chefe da Esquadra.

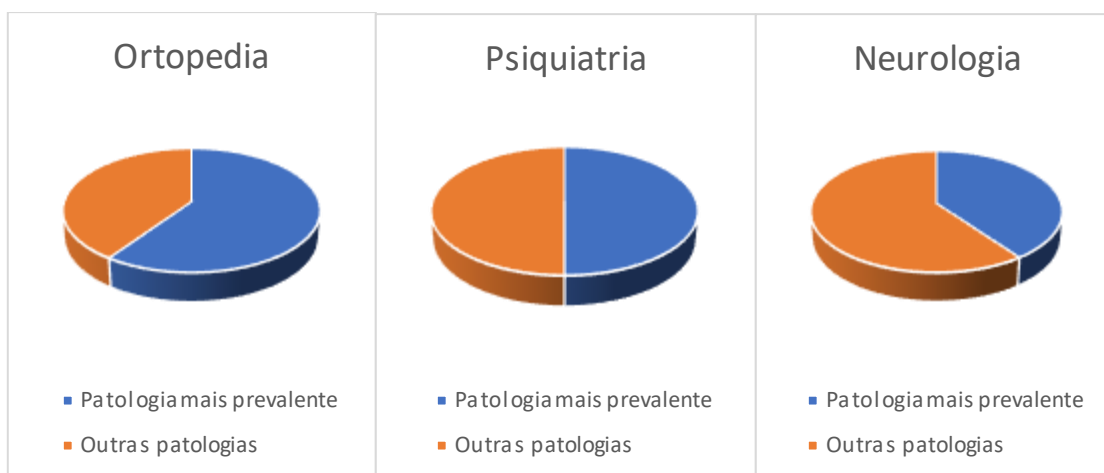


GRÁFICO 1: Militares de LTSP nas principais especialidades médicas e patologias mais prevalentes
 Fonte: Dados coletados nas JRS da UMEsq em 25/04/2022

4.3 LTSP na Especialidade de Psiquiatria

Foram identificados vinte militares que permaneceram em LTSP no período, com diagnósticos psiquiátricos distribuídos conforme o GRÁFICO 2 e a TABELA 2:

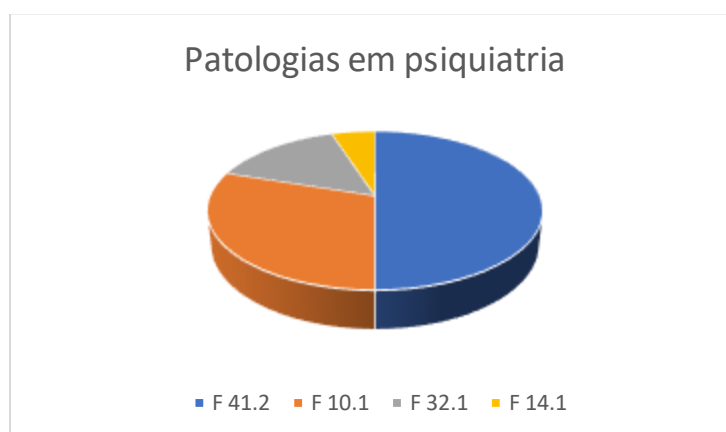


GRÁFICO 2: Distribuição das patologias psiquiátricas geradoras de LTSP
 Fonte: Dados coletados nas JRS da UMEsq em 25/04/2022

TABELA 2

Relação de Inspeccionados X Patologias (CID) X Tempo total de LTSP

Inspeccionados	CID-10	Início LTSP	Término LTSP	Tempo total de LTSP
Militar 1	F 14.1	19/04/2018	29/11/2019	20 meses
Militar 2	F 10.1	20/04/2018	18/03/2019	11 meses
Militar 3	F 41.2	24/05/2018	05/11/2018	5 meses e 15 dias
Militar 4	F 10.1	26/06/2018	19/09/2019	15 meses
Militar 5	F 32.1	11/07/2018	05/10/2019	15 meses
Militar 6	F 41.2	14/07/2018	09/01/2019	6 meses
Militar 7	F 41.2	24/07/2018	18/06/2019	11 meses
Militar 8	F 10.1	24/07/2018	03/07/2019	11 meses e 15 dias
Militar 9	F41.2	06/08/2018	30/08/2019	13 meses
Militar 10	F 10.1	13/08/2018	09/04/2019	8 meses
Militar 11	F 41.2	13/08/2018	08/06/2019	10 meses
Militar 12	F 10.1	24/08/2018	17/10/2019	14 meses
Militar 13	F 10.1	15/10/2018	10/08/2019	10 meses
Militar 14	F 41.2	11/11/2018	24/01/2019	2 meses e 15 dias
Militar 15	F 41.2	26/11/2018	10/03/2019	3 meses e 15 dias
Militar 16	F 41.2	14/12/2018	12/04/2019	4 meses
Militar 17	F 41.2	14/01/2019	26/08/2019	7 meses e 15 dias
Militar 18	F 32.1	08/03/2019	19/08/2019	5 meses e 15 dias
Militar 19	F 41.2	28/03/2019	28/08/2019	5 meses
Militar 20	F 32.1	24/05/2019	20/10/2019	5 meses

Fonte: Dados coletados nas JRS da UMEsq em 25/04/2022

Dentre os diagnósticos geradores de incapacidade laboral, o mais prevalente foi F 41.2 – transtorno misto ansioso e depressivo, presente em dez militares.

A TABELA 3 detalha a evolução dos períodos de LTSP, em dias; e o GRÁFICO 3 demonstra o tempo total de LTSP, em meses, para cada militar com o referido diagnóstico.

TABELA 3
Evolução da LTSP (CID F 41.2) em dias

Inspecionados	1ª LTSP	2ª LTSP	3ª LTSP	4ª LTSP	5ª LTSP
Militar 3	45	90	30	..	..
Militar 6	45	90	45	..	..
Militar 7	180	90	60	..	..
Militar 9	90	120	90	45	45
Militar 11	180	90	45	45	..
Militar 14	45	30	..	..	..
Militar 15	60	45	..	..	..
Militar 16	90	30	..	..	..
Militar 17	120	60	45	..	..
Militar 19	90	30	30	..	..

Fonte: Dados coletados nas JRS da UMEsq em 25/04/2022

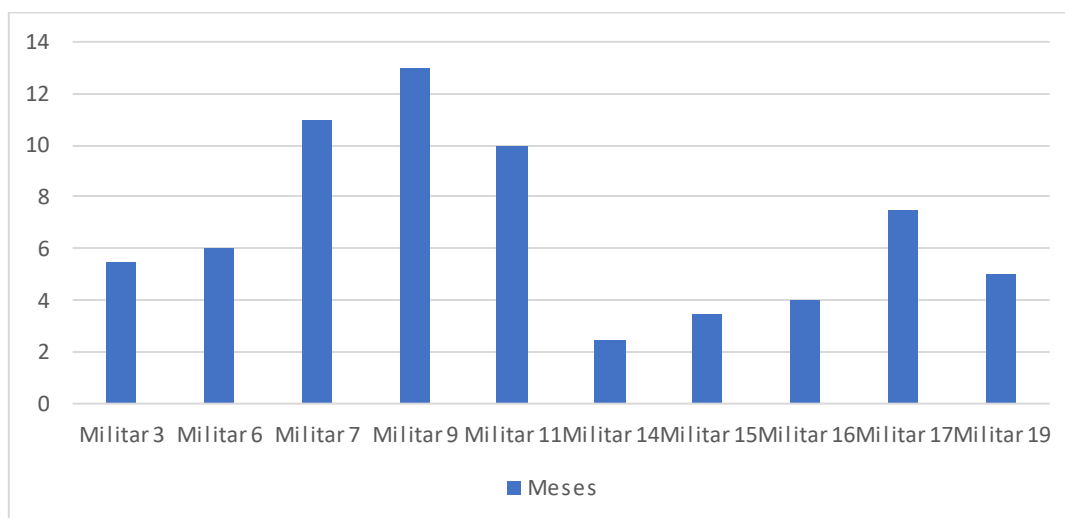


GRÁFICO 3: tempo total de LTSP para Transtorno misto ansioso e depressivo

Fonte: Dados coletados nas JRS da UMEsq em 25/04/2022

O segundo principal diagnóstico a gerar maior quantitativo de incapacidade laboral foi F 10.1 - transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool, presente em seis militares.

A TABELA 4 detalha a evolução da LTSP, em dias; e o GRÁFICO 4 demonstra o tempo total de LTSP, em meses, para cada militar com o referido diagnóstico.

TABELA 4
Evolução da LTSP (CID F 10.1) em dias

Inspecionados	1ª LTSP	2ª LTSP	3ª LTSP	4ª LTSP	5ª LTSP
Militar 2	60	90	90	60	30
Militar 4	90	120	120	60	60
Militar 8	180	90	45	30	..
Militar 10	120	60	30	30	..
Militar 12	180	90	90	30	30
Militar 13	180	90	30	30	..

Fonte: Dados coletados nas JRS da UMEsq em 25/04/2022

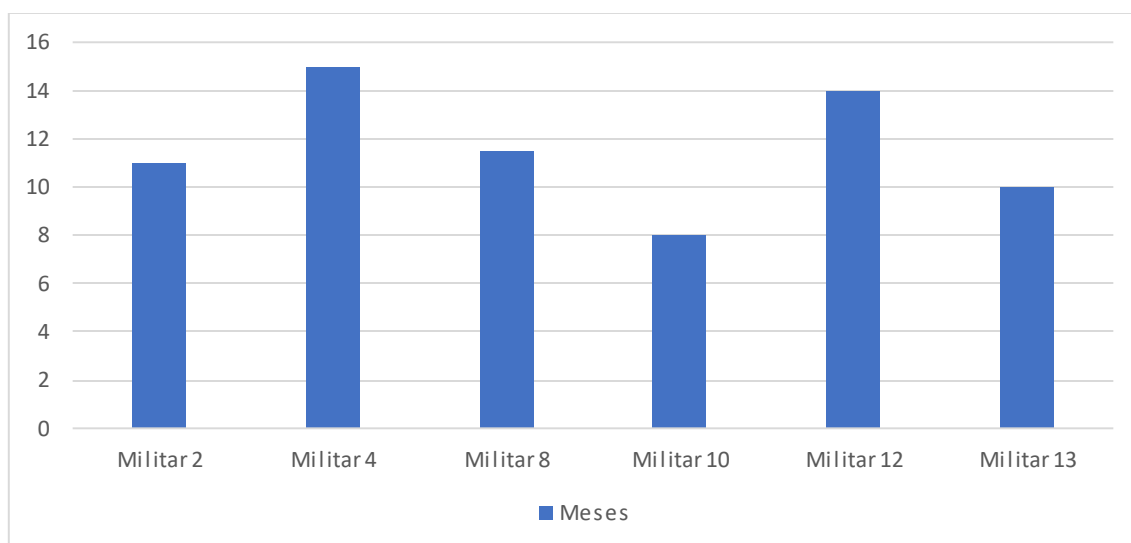


GRÁFICO 4: tempo total de LTSP para Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool
Fonte: Dados coletados nas JRS da UMEsq em 25/04/2022

O terceiro diagnóstico que mais gerou incapacidade laboral foi F 32.1 - episódio depressivo moderado, presente em três militares.

A TABELA 5 detalha a evolução da LTSP, em dias; e o GRÁFICO 5 demonstra o tempo total de LTSP, em meses, para cada militar com o diagnóstico acima.

TABELA 5
Evolução da LTSP (CID F 32.1) em dias

Inspecionado	1ª LTSP	2ª LTSP	3ª LTSP	4ª LTSP
Militar 5	120	180	90	60
Militar 18	90	45	30	..
Militar 20	90	30	30	..

Fonte: Dados coletados nas JRS da UMEsq em 25/04/2022

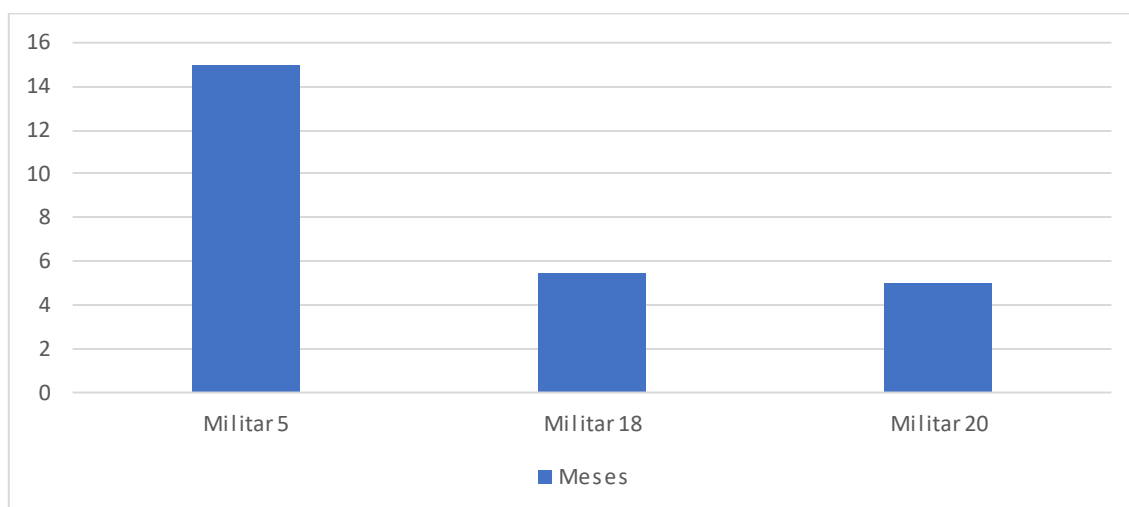


GRÁFICO 5: tempo total de LTSP para Episódio depressivo moderado

Fonte: Dados coletados nas JRS da UMEsq em 25/04/2022

Apenas um militar recebeu o diagnóstico F 14.1 - transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de cocaína, tendo permanecido por vinte meses em LTSP. A TABELA 6 detalha a evolução da LTSP, em dias.

TABELA 6
Evolução da LTSP (CID F 14.1) em dias

Inspecionado	1ª LTSP	2ª LTSP	3ª LTSP	4ª LTSP	5ª LTSP	6ª LTSP
Militar 1	120	180	120	45	90	45

Fonte: Dados coletados nas JRS da UMEsq em 25/04/2022

4.4 Análise dos Dados Encontrados em Psiquiatria

Resumidamente, observa-se que o tempo de afastamento laboral concedido para uma mesma patologia foi mais acentuadamente heterogêneo nos primeiros períodos de concessão de LTSP; entretanto, houve alguma tendência na redução dessa discrepância na medida em que foram prorrogadas as LTSP. Na IS inicial, via de regra, o AMP ainda não dispõe de nenhuma avaliação médica especializada para embasar seu laudo; assim, este autor acredita que a existência de algum recurso auxiliar, como o SADC, pode ser de grande valia nesse momento.

4.4.1 Conceitos em Estatística

Para facilitar o entendimento da análise dos dados é interessante rever alguns conceitos estatísticos, que serão necessários mais adiante.

Na busca por um número que represente os diversos dados de um determinado conjunto e auxilie na sua compreensão, foram utilizadas as principais medidas de tendência central: média, moda e mediana.

O conceito mais conhecido é a média, que consiste na soma de todos os valores numéricos do conjunto, dividido pela quantidade de elementos desse conjunto; é utilizada para demonstrar a variação padrão de determinados resultados.

A moda é o valor que mais se repetiu em um determinado conjunto; é utilizada para demonstrar a regularidade de um dado, em detrimento de outros. A moda é aproveitável quando um ou dois valores ocorrem com maior repetição no conjunto; entretanto, a moda não agrega informação quando muitos dados, ou todos, ocorrem com a mesma frequência.

A mediana é obtida quando todos os elementos do conjunto são dispostos em ordem numérica crescente para que seja identificado o valor central, ou seja, o valor do meio. Ao contrário da média, que pode ser distorcida por um pequeno número extremamente alto ou baixo, a mediana pode dar uma representação superior de um valor típico do conjunto.

Quando se quer verificar o quão uniforme é um conjunto de dados, deve ser empregada uma medida denominada por desvio padrão. Este cálculo consiste numa operação matemática complexa, mas atualmente é possível realizá-lo através de programas informatizados como o *Excel*. O desvio padrão expressa o grau de dispersão do conjunto. Um valor próximo de zero indica que os dados tendem a estar próximos da média, o que torna o conjunto homogêneo; um valor elevado indica que os dados estão espalhados, sendo o conjunto considerado heterogêneo.

4.4.2 Transtorno misto ansioso e depressivo

Dentre as vinte LTSP na especialidade de psiquiatria que foram apuradas no período estudado, observou-se que metade delas, ou seja, dez, decorreram do diagnóstico de transtorno misto ansioso e depressivo.

A média de tempo de permanência em LTSP foi de seis meses e vinte e quatro dias, sendo que seis militares ficaram abaixo da média, e quatro militares ficaram acima da média.

Não foi identificado tempo total de LTSP repetido, portanto não há moda.

O militar que permaneceu mais tempo de LTSP ficou afastado por treze meses, e o militar que permaneceu menos tempo de LTSP ficou afastado por dois meses e quinze dias.

A mediana foi de cinco meses e vinte e três dias, sendo que dois militares ficaram próximos da mediana, quatro militares ficaram abaixo da mediana e quatro militares ficaram acima da mediana.

O desvio padrão foi de 3,55. É considerado alto e reflete prazos de LTSP heterogêneos.

No primeiro período de LTSP, dois militares receberam seis meses de afastamento laboral; um militar recebeu quatro meses; três militares três meses; um militar dois meses; e três militares receberam um mês e quinze dias.

4.4.3 Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool

No período estudado foi apurado que seis militares receberam o diagnóstico de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool.

A média de tempo de permanência em LTSP foi de onze meses e vinte dois dias, sendo que quatro militares ficaram abaixo da média, e dois militares ficaram acima da média.

Não foi identificado tempo total de LTSP repetido, portanto não há moda.

O militar que permaneceu mais tempo em LTSP ficou afastado por quinze meses, e o militar que permaneceu menos tempo em LTSP ficou afastado por oito meses.

A mediana foi de onze meses e dezenove dias, sendo que dois militares ficaram próximos da mediana, dois militares ficaram abaixo da mediana e dois militares ficaram acima da mediana.

O desvio padrão foi de 2,58. É considerado alto e reflete prazos de LTSP heterogêneos.

No primeiro período de LTSP, três militares receberam seis meses de afastamento laboral; um militar quatro meses; um militar três meses; e um militar recebeu dois meses.

4.4.4 Episódio depressivo moderado

O diagnóstico de episódio depressivo moderado foi encontrado em três militares no período estudado.

A média de tempo de permanência em LTSP foi de oito meses e quinze dias, sendo que dois militares ficaram abaixo da média e um militar ficou acima da média. Observa-se que os dois militares que ficaram abaixo da média obtiveram tempo de LTSP muito próximos, com uma diferença de apenas quinze dias.

Não foi identificado tempo total de LTSP repetido, portanto não há moda.

O militar que permaneceu mais tempo de LTSP ficou afastado por quinze meses e o militar que permaneceu menos tempo de LTSP ficou afastado por cinco meses.

A mediana foi de cinco meses e quinze dias, sendo que um militar ficou na mediana, um militar ficou próximo da mediana e um militar ficou acima da mediana.

O desvio padrão foi de 5,63. É considerado alto e reflete prazos de LTSP heterogêneos.

No primeiro período de LTSP, um militar recebeu quatro meses de afastamento laboral; e dois militares receberam três meses.

4.4.5 Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de cocaína

Houve apenas um militar com o diagnóstico de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de cocaína, tendo o mesmo permanecido por vinte meses em LTSP; e quatro meses de afastamento laboral no primeiro período de licença.

Neste capítulo, a especialidade de psiquiatria foi selecionada para o estudo dos períodos concedidos de LTSP. Foi aferido que eles variaram de um mínimo de dois meses e meio, até um máximo de vinte meses. Mediante a análise estatística desses períodos, verificou-se que não houve moda nos afastamentos laborais, ou seja, não houve repetição nos períodos de LTSP e isto revela que não existiu uma regularidade nas concessões de LTSP. Também foi calculado o desvio padrão, que se mostrou elevado, exprimindo um conjunto heterogêneo e disperso. Igualmente, foi verificado que não há uma uniformidade nos períodos de LTSP concedidos para uma mesma doença.

5 ANÁLISE DOS ÓBICES PERCEBIDOS

5.1 Óbices na Perícia Médica do Sistema de Saúde da Marinha

No entendimento do CF (Md) Cerentine¹⁵, uma das dificuldades identificadas é a captação de recursos humanos para a perícia médica, especialmente com formação técnica na área da Medicina Legal. Para esse oficial, a falta de experiência em perícia médica, associada à insegurança na aplicação das normas técnicas e legais nas decisões periciais, podem suscitar dúvidas relacionadas ao laudo exarado, tanto na autoridade solicitante como no Inspeccionado.

Outro dilema nos exames periciais para a concessão de LTSP, é a definição do limite entre doença e incapacidade; e conforme exposto no capítulo 3, uma doença não acarreta necessariamente uma incapacidade. Essa má interpretação pode gerar contratempos entre o perito e o periciado.

De acordo com Matos (2016), os peritos alegam que os periciados confundem doença com incapacidade, e os periciados relatam que os peritos não valorizam os atestados e exames que são levados à perícia médica. Assim, de um lado haverá a tentativa de prova da incapacidade mediante a apresentação da documentação médica, que sob a perspectiva do periciado, por si só já demonstraria a necessidade da LTSP; e do outro lado haverá uma análise de todos os dados reunidos, que podem ser considerados válidos ou não para fins de LTSP, seguindo-se o julgamento de cada caso pelo AMP.

Antes de qualquer debate, é preciso entender que o AMP não é um mero ratificador de pareceres das clínicas especializadas, nem de atestados médicos que venham a ser emitidos sem que sejam observados os devidos critérios éticos e técnicos que o caso que motivou a perícia para a determinação de incapacidade exige. Também não se pode permitir que o perito se curve às pressões exercidas por alguns

¹⁵ Oficial médico presidente da JSD do CPMM, especialista em Medicina Legal.

inspecionados, quando de tentativas indevidas para a obtenção de vantagem pessoal ou de caráter assistencialista.

5.2 Especificidade da Psiquiatria

O CF (Md) Cerentine observou que vários questionamentos feitos aos AMP, muitos dos quais geram constrangimentos ao perito, podem ser promovidos por dúvidas relacionadas às decisões periciais. Tanto ele, quanto a CC (Md) Carla¹⁶, relataram que na especialidade de psiquiatria os desafios são maiores. Isso se deve à subjetividade dos sintomas, da susceptibilidade às condições multifatoriais, e da diversidade na forma como uma mesma doença pode se apresentar.

Conforme Almeida (2017), na perícia médica, a psiquiatria é a que mais se depara com dilemas éticos e legais, porque ela é confrontada com o comportamento humano, enquanto nas demais especialidades médicas, a conduta do inspecionado pode ser totalmente irrelevante.

Durante sua formação, todos os médicos são treinados para ouvir um batimento cardíaco, verificar a regularidade de uma pulsação, e entender os ruídos pulmonares. Entretanto, nem todos estarão preparados para avaliar as queixas, os sinais e os sintomas que os pacientes psiquiátricos podem apresentar. A falta de experiência pode gerar a incerteza em se separar os sentimentos humanos das doenças psiquiátricas. Tristeza pode ser confundida com depressão. Raiva ou mágoa com ansiedade. Vontade de vingança com irritabilidade patológica. Irresponsabilidade e ameaças com insanidade (PAULINO, 2010).

A CC (Md) Carla atentou para a importância do AMP estar atento para a ocorrência de simulação e a perspectiva de ganho secundário com o afastamento do trabalho.

Segundo Paulino (2010), na psiquiatria existe uma gama variada de sintomas e queixas que podem ser facilmente simuladas, como, por exemplo, a orientação no tempo e no espaço, a informação dos dados pessoais, a evocação de acontecimentos passados, e a capacidade de expressão e fala, dentre muitos outros tópicos.

¹⁶ Oficial médica membro da JSD do CPMM, especialista em Medicina Legal.

5.3 Uniformização em Perícia Médica

No capítulo anterior foram expostos os dados colhidos numa pesquisa qualitativa junto a UMEsq. Nele foram reconhecidas quatro principais patologias psiquiátricas geradoras de LTSP. Esse autor pôde perceber a existência de períodos díspares de LTSP para uma mesma patologia; e em alguns casos, a disparidade foi descomedida.

Em 2005, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) publicou um estudo¹⁷ sobre a evolução do auxílio-doença concedido pelo INSS. Nele foi percebido um aumento no número de afastamentos laborais, com a consequentemente oneração do Estado devido ao pagamento dos respectivos benefícios. Naquela ocasião foram sugeridas algumas medidas para reverter tal situação; dentre elas, a criação de uma tabela com a indicação da duração média da necessidade de afastamentos laborais, de acordo com cada doença.

O INSS formou então um grupo de trabalho, em 2006, que tinha como meta uniformizar as decisões médico-periciais. Esse projeto culminou na criação, em 2010, das “Diretrizes de Apoio à Decisão Médico-Pericial em Transtornos Mentais”, uma produção de conhecimento para a identificação de diagnósticos psiquiátricos e propostas de conduta médico-pericial à luz da legislação vigente (BRASIL, 2010).

O IPEA retornou ao mesmo tema em 2007¹⁸, quando recomendou a implantação de critérios mais objetivos para a concessão dos afastamentos laborais, mediante a informatização; e esta deveria estabelecer uma relação entre o tipo de incapacidade e o tempo de duração do afastamento. Na visão do IPEA, a informatização leva à padronização dos processos e facilidade na auditoria deles.

¹⁷ Políticas Sociais-acompanhamento e análise nº 10, 2005. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=5772

¹⁸ Boletim Especial de Políticas sociais, 2007. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=5776&Itemid=9

5.4 Principais Doenças Psiquiátricas e Licenças para Tratamento de Saúde na Base Naval do Rio de Janeiro

Foi possível associar as doenças identificadas no INSS com as observadas na BNRJ. No exame das LTSP concedidas pelas JRS da BNRJ, depreendeu-se que elas foram bastante heterogêneas.

Provavelmente tal heterogeneidade tenha sido gerada pela falta de critérios claros e mais objetivos para a concessão dos afastamentos laborais; e foi justamente a deficiência de clareza e objetividade nos critérios, a questão central para que o INSS se empenhasse em desenvolver um manual específico para a conduta em psiquiatria.

Isso posto, será apresentada a seguir, uma breve explanação de cada uma das doenças psiquiátrica geradoras de afastamento laboral na BNRJ, com uma comparação do que é preconizado pelo INSS, a maior entidade pública que realiza perícia médica na área laboral no Brasil.

5.4.1 Transtorno misto ansioso e depressivo (F 41.2)

Esta doença psiquiátrica é caracterizada por manifestações generalizadas de ansiedade, não havendo crises súbitas nem violentas. Os quadros variam de leve a moderado, sendo que, além dos sintomas da ansiedade, às vezes, há desânimo, desconcentração e algumas alterações de humor perfeitamente toleráveis e contornáveis.

Os fatores externos podem atuar como geradores de estresse e serem de grande influência na gênese deste estado de ansiedade. Esses fatores podem ser exemplificados por: cobranças e pressões sociais e profissionais, apelos da mídia, multiplicidade de funções e obrigações, violência urbana, solidão e empobrecimento dos vínculos familiares e afetivos. Isso, somado aos fatores internos, forma o perfil do indivíduo ansioso. Transtornos mistos ansiosos e depressivos não levam à incapacidade laborativa, a não ser em caso de situações críticas. A conduta médico-pericial sugerida pelo INSS, quando houver necessidade de afastamento laboral, é que esta deverá ser breve, sugerindo-se até 30 dias de LTSP (BRASIL, 2010).

De acordo com Almeida (2017), é importante ressaltar que, nos casos de afastamento laboral em razão de alterações psiquiátricas por transtorno misto ansioso e depressivo, o seguimento pericial deverá ser frequente porque, assim como a ausência de afastamento, o excesso de tempo afastado poderá colaborar para a piora da doença. Quando o afastamento é prolongado, pode haver prejuízo ao periciado, já que ele começará a estabelecer comportamentos vinculados ao conforto com a ociosidade.

Foi observado que as LTSP inicialmente concedidas pela JRS da BNRJ, devido a transtorno misto ansioso e depressivo, excediam a trinta dias. Foi observado também que na sequência de LTSP concedidas aos diversos militares com essa doença apenas 16,7% foram para um período de trinta dias, todas as demais foram superiores.

5.4.2 Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool (F 10.1)

O alcoolismo é considerado uma doença crônica, caracterizada pela tendência de beber mais do que o pretendido e com tentativas fracassadas de interromper-se o consumo. A simples presença do consumo de álcool, por si só, não significa a existência de incapacidade laboral, devendo o AMP avaliar a sua repercussão no desempenho do trabalho, caso a caso. Além do uso continuado de álcool, o AMP deve também considerar se existe a presença de fatores agravantes associados ao alcoolismo, como doenças do fígado, do coração, e do sistema nervoso, dentre outras (BRASIL, 2010).

O INSS não sugere tempo de LTSP, sendo esse período variável desde prazos curtos até um limite indefinido. Entretanto considera que o acompanhamento deve ser frequente e com avaliação dos fatores agravantes, como o consumo cruzado de outras substâncias entorpecentes, e fatores atenuantes, como a participação efetiva em grupos de ajuda. Considera ainda que, se o inspecionado apresenta fatores sociais positivos, como apoio familiar e suporte psicológico, o retorno ao trabalho pode cumprir papel importante no controle da dependência.

As LTSP concedidas pelas JRS da BNRJ por transtornos mentais e comportamentais devidas ao uso de álcool foram heterogêneas, mas como exposto

acima, a padronização do tempo de LTSP nessa doença é tarefa complexa. Entretanto, foi observado que 25,9% das LTSP excederam a trinta dias. É importante considerar que um prazo muito longo para o retorno ao trabalho ou uma nova avaliação pericial, pode dificultar a observação da aderência ao tratamento.

5.4.3 Episódio depressivo moderado (F 32.1)

A depressão é uma doença causada por um distúrbio nas substâncias químicas que regulam o funcionamento do cérebro. Sua causa pode ser primária ou secundária. A primária tem origem genética, podendo ser desencadeada sem motivo aparente, por alterações hormonais, ou por alterações do ciclo sono/vigília. Já na secundária ou reativa existe um fator desencadeante identificável, como por exemplo, nos traumas e na violência social.

Os principais sintomas da depressão são: estado de tristeza com lentificação do pensamento, sentimento de culpa, baixa autoestima, pessimismo, e ideação de ruína ou de morte. Uma característica do depressivo é não sentir a alegria ou prazer nas coisas que antes o estimulavam.

O que distingue o transtorno depressivo leve do moderado é a intensidade, a quantidade e a duração dos sintomas. Essa intensidade é o que importa do ponto de vista pericial. A eventual necessidade de afastamento laboral depende da adesão e eficácia do tratamento, da atividade exercida pelo inspecionado e da melhora dos sintomas, sendo que o uso continuado de medicamentos não é, por si só, motivo para manutenção da LTSP (BRASIL, 2010).

No INSS o prazo de afastamento sugerido para os casos de depressão leve e moderada é de até sessenta dias.

Foi observado que os militares diagnosticados com episódio depressivo moderado, inspecionados pelas JRS da BNRJ, receberam mais de sessenta dias na primeira LTSP e que, na sequência de LTSP concedidas, 50% foram para um período de sessenta dias ou menos.

5.4.4 Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de cocaína (F14.1)

A cocaína é um potente estimulante de origem natural, com grande poder de provocar prazer e euforia. Seu consumo continuado leva à perda das sensações normais e a manifestações de psicose com alucinações e mania de perseguição, as quais podem levar o usuário a atos de loucura, ao desespero e até ao suicídio (BRASIL, 2010).

A dependência psicológica e química advém da ansiedade e da obsessão para obter mais cocaína, e da necessidade de aumentar a quantidade e a frequência do uso da droga para perpetuar a duração do seu efeito.

As consequências do uso crônico da cocaína são também físicas, como a destruição da mucosa do nariz com perfuração óssea, a degradação dos dentes, queda dos cabelos, problemas pulmonares e comprometimento do coração. A suspensão do seu uso causa síndrome de abstinência que decorre da adaptação do sistema nervoso à presença da substância. O uso continuado de cocaína causa repercussão em diversas esferas orgânicas, e os afastamentos laborais estão condicionados à existência de comprometimento de órgãos vitais: sistema nervoso, pulmões e coração, assim como na presença de síndrome de abstinência (BRASIL, 2010).

O INSS não sugere tempo de LTSP e considera que na presença de psicose o prazo de afastamento pode ser indeterminado. Quando há interrupção do uso da cocaína com presença da síndrome de abstinência é sugerido um prazo de trinta a sessenta dias de afastamento laboral.

Na BNRJ houve apenas um militar afastado por transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de cocaína, que permaneceu vinte meses em LTSP, estando de acordo com o preconizado pelo INSS.

5.5 O Dilema da Simulação

Não bastasse a complexidade e a dificuldade em se determinar um prazo justo nas doenças psiquiátricas, existem situações que tornam o trabalho do AMP ainda mais árduo: a simulação e a metassimulação.

Simulação é a invenção de sintomas para a produção intencional de incapacidades. Assim, conscientemente, o inspecionado finge apresentar sintomas que não existem.

Já na metassimulação, a doença e os sintomas existem ou existiram, mas são relatados de uma forma exagerada. Almeida (2017) considera que a metassimulação costuma ocorrer na situação em que o inspecionado já está curado, mas continua, intencionalmente, relatando os sintomas que já desapareceram, embora estivessem presentes anteriormente em algum momento na evolução da doença.

Na simulação, um conceito é particularmente importante: o ganho secundário. Dessa forma, o inspecionado busca vantagens indevidas, simulando uma suposta doença para manipular ou influenciar outras pessoas. O AMP deve estar atento aos comportamentos que podem gerar suspeita de simulação: a acentuada discrepância entre o sofrimento relatado pelo inspecionado e os achados objetivos, a falta de cooperação durante a avaliação pericial e a não-aderência ao regime de tratamento prescrito (BRASIL, 2010).

É importante ressaltar que, se o AMP julgar que existe uma simulação, o CID disponibiliza os códigos associados a esses diagnósticos, para serem utilizados nesses casos: “produção deliberada ou simulação de sintomas ou de incapacidades, físicas ou psicológicas” (F 68.1) e “pessoa fingindo ser doente; simulação consciente; simulador com motivação óbvia” (Z 76.5)

Na BNRJ não houve nenhum militar com esse diagnóstico; entretanto, a CC (Md) Carla já havia referido ser um tema relevante. Reforçando essa posição, a publicação “Diretrizes de Apoio à Decisão Médico-Pericial em Transtornos Mentais” do INSS dedicou um capítulo a esse assunto.

Neste capítulo observamos algumas das dificuldades dos AMP em se conseguir determinar períodos mais uniformes de LTSP em psiquiatria, principalmente devido à ausência de exames objetivos e a presença de sintomas abstratos. Essa dificuldade foi também percebida pelo INSS, que elaborou uma Norma com condutas claras em diagnósticos psiquiátricos. A comparação dos períodos de LTSP apurados nas JRS da BNRJ com o que está descrito nas Diretrizes de Apoio à Decisão Médico-Pericial

em Transtornos Mentais do INSS mostrou-nos que existe um descompasso entre os afastamentos.

6 PROPOSTAS PARA A IMPLANTAÇÃO DE UM SISTEMA DE APOIO À DECISÃO CLÍNICA NO SUBSISTEMA MÉDICO-PERICIAL

Em perícia médica a decisão por conceder um afastamento laboral é uma tarefa complexa e pode ser influenciada por fatores inerentes ao periciado, tal como a atividade exercida, o seu nível sócio-econômico e a sua capacidade em atuar ativamente em prol da própria saúde. Igualmente, o perito pode vir a ser sugestionado pelos seus preconceitos e juízos de valor.

Apesar das muitas dificuldades, cabe ao AMP exercer sua atividade com justiça e equidade. Tais assertivas nos levam a propor algumas ações para a implantação de um projeto, visando a criação de um SADC, cuja finalidade é aperfeiçoar a atividade médico pericial na MB e alcançar um padrão qualitativo mais homogêneo, conforme preconizado pela DGPM-406.

Vislumbram-se as seguintes etapas para sua implementação:

- Montagem de Equipe de Trabalho

Com o objetivo de somar esforços, agregar e complementar conhecimentos e habilidades individuais, sugere-se a formação de uma Equipe de Trabalho (ET).

A equipe deverá ser composta por: médicos com especialização em Medicina Legal e vasta experiência em perícia médica, médicos de outras especialidades e profissionais da área de TI.

- Seleção de um grupo de doenças

Quando da implantação de um sistema inovador é prudente que seja realizado por etapas. Assim, será possível consolidar o seu uso e corrigir eventuais falhas durante a implantação do processo. Dessa forma, para tornar o projeto exequível, é mais seguro iniciá-lo por apenas um determinado grupo de doenças, isto é, somente uma única especialidade médica.

Então, como ponto de partida, sugere-se a especialidade de Psiquiatria, pois, tendo por referência os dados colhidos no decorrer deste trabalho, foi possível constatar as diferenças nos períodos de concessão de LTSP diante de um mesmo diagnóstico. Ademais, conforme relatos obtidos com AMP especializados em Medicina Legal e Perícia Médica, os transtornos mentais formam parte de um grupo de doenças de difícil

abordagem, os quais exigem um elevado grau de preparo técnico e experiência profissional.

- Coleta consistente de dados

Após a seleção de um grupo de doenças a serem utilizadas na elaboração do projeto, será necessário ampliar a coleta de dados no grupo de doenças selecionado. Tal coleta deverá ser feita em todos os DN e englobando um espaço temporal de no mínimo dois anos. Portanto, é muito importante realizar uma pesquisa mais abrangente, a fim de certificar se os dados obtidos na BNRJ podem ser replicados em nível nacional.

- Pesquisa sobre períodos de afastamento laboral

Realizar uma revisão do conteúdo na literatura recente, considerando atualizar dados referentes para a incapacidade laboral, com suas respectivas recomendações de períodos de afastamento.

Pesquisar o que está sendo empregado atualmente nos órgãos públicos, como o INSS, assim como pelas outras Forças Armadas.

- Uniformização de períodos de LTSP

Inicialmente, a ET precisará analisar os períodos de LTSP concedidos pelas diversas JRS para uma mesma patologia, comparando-se o que tem sido praticado com aquilo que já houver sido apurado pela pesquisa sobre os períodos de afastamento laboral. Destaca-se aqui, a importância em respeitar-se o já determinado pelas normas em vigor.

Há que se definir objetivamente, os parâmetros para que o AMP possa avaliar o grau de incapacidade: nenhuma, leve, moderada ou acentuada. A ET poderá ainda acrescentar elementos que possam agravar ou atenuar a incapacidade laboral, tais como fatores sociais, ocupacionais e doenças associadas.

Em sequência, a ET deverá formular sugestões de períodos de incapacidade para o trabalho, observando-se mandatoriamente que essas sugestões deverão estar bem fundamentadas em respostas a quesitos claros e diretos, com o propósito de que o SADC consiga processar essas informações, e mantenha-se em constante aperfeiçoamento.

- Alterações na Norma Técnica

Mediante os resultados do proposto nas etapas anteriores, a ET poderá reunir subsídios para sugerir alterações na DGPM-406, e recomendar a inclusão de

tabelas que possam servir de orientação para os AMP, no que tange aos períodos de LTSP das doenças mais prevalentes.

Interessante mencionar que o INSS já possui uma série de publicações, os Manuais de Procedimentos em Benefícios por Incapacidade, que regulam os limites de afastamento laboral.

Poderá também vir a ser necessária, a adequação da Norma para implantação do SADC, bem como a regulamentação do seu uso.

- Associação entre SADC e SINAIS

O SMP já conta com um SIS, o SINAIS. Sabendo-se que o SINAIS se apresenta bem estruturado na execução da função administrativa para a qual foi proposto e que sua utilização uso está bem difundida, pressupõe-se que seria de grande valia se o SADC vier a ser utilizado como subprograma do SINAIS, integrando-se à base de dados já existente.

Se o acesso aos prontuários médicos eletrônicos porventura existentes nos hospitais e ambulatórios puderem ser liberados para o SADC, esses dados poderiam ser utilizados para modelar problemas, realizar simulações e propor soluções baseadas na mais extensa gama de informações.

É importante salientar que os AMP se utilizam rotineiramente do SINAIS, ou seja, as JRS já dispõem de recursos informáticos. Assim sendo, a implantação do SADC implicaria, a princípio, apenas no desenvolvimento de um *software*.

- Elaboração de um plano de metas para a implantação do SADC

Esta proposta sugeriu que a implantação do SADC seja feita gradualmente; então, torna-se necessário a elaboração de um plano de metas. A concepção de propostas para a concessão de períodos de LTSP nas diversas patologias geradoras de afastamento laboral será uma extensa tarefa, o que demandará tempo da ET; por isso, faz-se indispensável a estruturação de um cronograma com metas e prazos a serem cumpridos pela ET, a fim de não se permitir a caducidade precoce do trabalho a ser desenvolvido, em função das rápidas transformações geradas pela velocidade na evolução das TI.

Durante a implantação do SADC poderão surgir necessidades que não foram anteriormente previstas. Torna-se oportuno imaginar que haverá a necessidade futura de aperfeiçoar o programa; então, seria de grande valia que a MB oferecesse um curso

de especialização em Informática em Saúde, seja desenvolvendo o seu próprio ou através da possibilidade de parcerias extra MB, a fim de que mão de obra qualificada esteja sempre disponível.

Outra questão a ser estudada é a coordenação do programa. Conforme Nogueira (2015), a fim de suportar a tomada de decisão, o SADC deverá administrar três funções: análise de grandes volumes de dados, estudo multidimensional desses dados e aplicação do modelo de decisão. Dessa forma, vislumbra-se a necessidade de eleger um setor específico a fim de gerenciar essa complexa tarefa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No transcurso deste trabalho, percebeu-se que no atual processo de exame médico-pericial do SMP, a inexistência de diretrizes mais objetivas para a concessão de afastamentos laborais aos militares, ou de um programa informatizado que assim o permita, pode facilitar a ocorrência de indesejadas discrepâncias entre os prazos de afastamentos laborais concedidos para diferentes militares, ainda que portadores de uma mesma patologia.

Na MB, após a devida nomeação por autoridade competente, o médico passa a exercer a função pericial, tornando-se responsável pelas decisões que traduzirão o contido nas Leis, Publicações e Normas que subsidiam as IS na Instituição; assim, fica sujeito a ter sobre si uma projeção de expectativa de direito por parte do periciado.

A tomada de decisão no exercício da medicina pode ser vista como intuitiva. Obviamente, essa percepção simplifica uma prática tão complexa como diagnosticar e definir condutas numa determinada doença. Isso torna ainda mais relevante pensar numa ferramenta que possa prestar apoio nesse processo decisório.

Nessa ferramenta, serão necessárias informações atualizadas e provenientes de bases de dados de referência, isto é, fundamentadas na medicina baseada em evidências. Deverá permitir acesso rápido e facilidade para a utilização das informações que sejam relevantes aos profissionais de saúde e aos pacientes. Quanto mais relevantes forem as informações adicionadas ao conhecimento médico, melhores serão as condições de suporte para a tomada da decisão clínica. Essa nova ferramenta de informação rápida e ligada a importantes bases de dados deverá proporcionar uma prestação de cuidados mais dinâmica e eficaz.

O presente trabalho procurou demonstrar que, na amostra selecionada, não existiu uniformidade, tampouco um padrão definido para a concessão de períodos de LTSP. No intuito de bem aproveitar uma oportunidade de melhoria para o SMP, foi sugerido um planejamento para a introdução de um SADC, isto é: montar uma ET, selecionar um grupo de doenças, coletar dados consistentes, atualizar o estudo e a pesquisa sobre os tempos de afastamentos laborais, uniformizar períodos de LTSP,

propor alterações na Norma Técnica, associar o SADC ao SINAIS e elaborar um plano de metas para a implantação do SADC.

A aplicação do SADC poderá oferecer aos profissionais de saúde que exercem a função de médico-perito na MB, não apenas mais embasamento e segurança na realização da sua atividade, mas também gerar um padrão qualitativo mais uniforme nos períodos de concessão de afastamentos laborais, assim como aperfeiçoar os processos no SMP, proporcionando mais objetividade, transparência e harmonia na relação perito-periciado.

Pressupõe-se ainda que o SADC deverá se mostrar relevante para administração naval, porque permitirá facilitar o planejamento da operacionalidade dos recursos humanos pela Força, haja vista uma maior previsibilidade nas datas dos retornos laborais pós afastamentos, além da mitigação de litígios, de recursos administrativos e também de ações judiciais na MB.

REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, H. R. Perícia Médica Judicial. 2a ed. G. Koogan. Rio de Janeiro, 2006.

ALMEIDA, V. H.; FUKUOKA, N. K. W. A perícia judicial psiquiátrica e a falta de peritos especialistas. Disponível em <<https://sites.usp.br/pesquisaemdireito-fdrp/wp-content/uploads/sites/180/2017/01/renan-fernandes.pdf>>

BRASIL. Instituto Nacional do Seguro Social. Diretoria de Saúde do Trabalhador. Manual de Procedimentos de Benefícios por Incapacidade. MPBI – Perícias Médicas - Volume II - Diretrizes de Conduta Médico-Pericial em Transtornos Mentais. Brasília, 2010.

BRASIL. Marinha do Brasil. Comando em Chefe da Esquadra. Padronização de Normas e Procedimentos para Movimentação, Afastamentos, Embarque e Controle de Pessoal, Rio de Janeiro, 2020.

BRASIL. Marinha do Brasil. Diretoria-Geral do Pessoal da Marinha. DGPM 401: Normas para Assistência Médico-Hospitalar. 3ª revisão. Rio de Janeiro, 2012a.

BRASIL. Marinha do Brasil. Diretoria de Saúde da Marinha. SINAIS 3.0 Sistema Informatizado Naval de Inspeção de Saúde: manual do usuário. Rio de Janeiro: DSM, 2012b.

BRASIL. Marinha do Brasil. Diretoria-Geral do Pessoal da Marinha. DGPM 406: Normas Reguladoras para Inspeções de Saúde na Marinha. 7ª revisão. Rio de Janeiro, 2017.

CAVALCANTE, R. B., et al. Panorama de definição e implementação da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 2015, 31: 960-970.

CAVALCANTE, R. B.; FERREIRA, M. N.; SILVA, P. C. Sistemas de informação em saúde: possibilidades e desafios. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 2011, 1.2: 290-299.

COLICCHIO, T. K. Introdução à informática em saúde: Fundamentos, aplicações e lições aprendidas com a informatização do sistema de saúde americano. Artmed Editora, 2020.

CLERICUZI, A. Z., et al. Aspectos relevantes dos SAD nas organizações: um estudo exploratório. *Production* [online]. 2006, v. 16, n. 1. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-65132006000100002>>.

DE ALMEIDA, E. H. R. Aspectos bioéticos da perícia médica previdenciária. *Revista bioética*, 2011, 19.1: 277-298.

DINIZ, D.; SQUINCA, F.; MEDEIROS, M. Qual deficiência?: perícia médica e assistência social no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 2007, 23.11: 2589-2596.

DOS SANTOS, S. R., et al. Sistema de informação em saúde: gestão e assistência no sistema único de saúde. *Cogitare Enfermagem*, 2014, 19.4: 833-840.

DOS SANTOS, T. O.; PEREIRA, L. P.; SILVEIRA, D. T. Implantação de sistemas informatizados na saúde: uma revisão sistemática. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*, 2017, 11.3.

FARIAS, N.; BUCHALLA, C. M. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. *Revista brasileira de epidemiologia*, 2005, 8: 187-193.

FERREIRA, S. M. G. Sistema de Informação em Saúde. Conceitos Fundamentais e Organização. Pesquisadora do NESCON/FM/UFMG, 1999.

GERÔNIMO, M. S., et al. O impacto de um sistema de informação nos processos produtivos: um estudo de caso em um laboratório de análises clínicas de uma instituição de ensino privada. *Revista Eletrônica Sistemas & Gestão*, 2018, 13.1: 107-117.

HANNAH, K., BALL, M. J. Series Preface. In: BALL, Marion J, DOUGLAS, Judith V., GARETS, David E. *Strategies and technologies for healthcare information*. Estados Unidos: Springer-Verlag, 1999.

LICHTENSTEIN, F., et al. Sistemas de apoio à decisão baseados em diretrizes interpretadas por computador: um breve histórico e outros tópicos. *Journal of Health Informatics*, 2011, 3.4.

LISE, M. L. Z., et al. Isenção e autonomia na perícia médica previdenciária no Brasil. *Revista Bioética*, 2013, 21.1: 67-74

LOBO, L. C. Inteligência artificial, o Futuro da Medicina e a Educação Médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 2018, 42: 3-8.

MARIN, H. F. Sistemas de Informação em Saúde: Considerações Gerais. *Journal of Health Informatics*. São Paulo, 2010, 2.1

MATOS, L. G. Como se decide a (in) capacidade e a deficiência? Uma etnografia sobre moralidades e conflitos em torno da perícia médica previdenciária. 2016.

MELO, M. P. P. Governo da população: relação médico-paciente na perícia médica da previdência social. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 2014, 18: 23-36.

MONTENEGRO, L. C., et al. Sistema de informação como instrumento de gestão: perspectivas e desafios em um hospital filantrópico. *Journal of Health Informatics*, 2013, 5.1.

MORAES, IHS; GOMEZ, M.M.G. Informação e informática em saúde: caleidoscópio contemporâneo da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.12, n. 3, p. 553-565, 2007.

NOGUEIRA, H. I. S. Os sistemas de apoio à decisão na área dos cuidados primários: implementação de um sistema de apoio à decisão numa unidade de saúde familiar. 2015. PhD Thesis. Instituto Politécnico do Porto. Escola Superior de Estudos Industriais e de Gestão.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças. Edusp, 1994.

PAULINO, N. Ponderações sobre a perícia psiquiátrica na Justiça do Trabalho. *Rev. Trib. Reg. Trab.* 3ª Reg., Belo Horizonte, 2010, 51.81: 479-487.

RIBEIRO, P.P.L. A Contribuição da Informatização da Perícia Médica para a Modernização do Subsistema Médico-Pericial da Marinha do Brasil. Monografia C-PEM - Escola de Guerra Naval. Rio de Janeiro, 2009.

SABBATINI, R. ME. O computador no processamento de sinais biológicos. Revista Informédica, 1995, 2.12: 5-9. Disponível em: <<http://www.informaticamedica.org.br/informaticamedica/n0105/sabbatini.htm>>

SABBATINI, R. ME. Tendências e Perspectivas para os Sistemas de Informação na Saúde. Ministério da Saúde. Por que GESITI: Gestão de Sistemas e Tecnologia da Informação em Hospitais: panorama, tendências e perspectivas em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

SHORTLIFFE, E. H. PERREAU, L. E. *Medical informatics: Computer applications in health care*. 1ª ed. Reading, MA: Addison-Wesley, 1995.

TENÓRIO, J. M., et al. Experiências internacionais da aplicação de sistemas de apoio à decisão clínica em gastroenterologia. *Journal of health informatics*, 2011, 3.1: 27.

APÊNDICE A

ENTREVISTA COM AGENTE MÉDICO PERICIAL

Especialistas da JSD entrevistados entre os dias 19MAI e 23MAI2022

CF (Md) Marcelo CERENTINE Garcia

Presidente da JSD do CPMM

CC (Md) CARLA Lemos de Mendonça

Membro da JSD do CPMM

Pedido de comentários sobre os seguintes aspectos:

Observou-se através de dados estatísticos que as patologias psiquiátricas encontram-se entre as especialidades médicas que mais acarretam incapacidade para o trabalho.

Com base em princípios que conduzam ao objetivo de identificar diferentes graus de incapacidade, conjuntamente com a experiência profissional e referenciais da literatura especializada, deverão ser considerados fatores sociais, ocupacionais e comorbidades que agravam ou atenuam as incapacidades laborativas.

No que tange aos períodos de concessão de Licença para Tratamento de Saúde, e haja vista a percepção deste autor pela necessidade de melhor uniformizar os procedimentos médico-periciais para imprimir critérios mais objetivos e oferecer maior transparência na avaliação médico-pericial dos inspecionados no Sistema de Saúde da Marinha em psiquiatria, solicita-se resposta aos seguintes quesitos:

1) Qual seu nome completo e a sua idade?

Nome: Marcelo Cerentine Garcia.

Idade: 49 anos.

2) Há quanto tempo o(a) Sr(a). exerce a medicina?

24 anos.

3) O(A) Sr.(a) possui especialidade em alguma área da medicina? Caso afirmativo, em qual(is) área(s)?

Aperfeiçoamento em Clínica Médica pelo Hospital Naval Marcílio Dias.

Especialização em Medicina Legal e Perícias Médicas pela Universidade de São Paulo.

4) Caso afirmativo no quesito anterior, há quanto tempo o(a) Sr(a). exerce a(s) especialidade(s)?

Clínica Médica: 21 anos.

Medicina Legal e Perícias Médicas: 11 anos.

5) Atualmente, em qual Organização Militar o(a) Sr(a). exerce suas atividades laborais, e desde quando?

Centro de Perícias Médicas da Marinha, desde março de 2021.

6) Qual a sua experiência no exercício da atividade médico-pericial (em anos)? E qual o Cargo ou Função que o(a) Sr.(a) exerce na atualidade?

15 anos. Presidente da Junta Superior Distrital do Centro de Perícias Médicas da Marinha.

7) No atual processo de exame médico-pericial do SSM, a grande dependência de resposta aos pareceres especializados solicitados, e a inexistência de diretrizes mais objetivas para a concessão de afastamento laboral aos militares, pode vir a facilitar a ocorrência de discrepâncias indesejadas entre os prazos de afastamento laboral concedidos para diferentes militares, ainda que portadores de uma mesma patologia?

Sim.

Visando identificar os principais óbices dos Agentes Médico-Periciais e reproduzir um panorama da atividade médico-pericial, solicita-se discorrer sobre quaisquer aspectos (tempo de formado? Experiência em perícia médica? Constrangimento no exercício da

atividade pericial? Dificuldade de embasamento para definir o tempo de afastamento laboral? Percepção de alguma dificuldade para o periciado realizar seu tratamento?), ou assuntos que julgar pertinentes, e que possam influenciar na decisão do médico perito, inclusive na especialidade de psiquiatria, para a definição dos períodos de afastamento laboral dos militares.

No âmbito militar, elencaria as seguintes dificuldades iniciais relacionadas à perícia médica:

- a) a rotatividade de oficiais médicos, principalmente em se tratando da captação de profissionais para o Serviço Militar, seja inicial ou voluntário; e
- b) a deficiência do ensino de Medicina Legal e principalmente de Perícia Médica, de caráter administrativo, nas Escolas de formação médica, aliada a falta de experiência dos profissionais recém-formados e que compõe a maioria daqueles selecionados no Serviço Militar; e
- c) o custo para capacitação de Oficiais médicos em Medicina Legal e Perícias Médicas aliado ao benefício, em se tratando de profissionais do Serviço Militar e seu curto tempo de permanência na Força.

Subsequente a essas dificuldades iniciais, o desconhecimento sobre a finalidade e objetivo da perícia médica, aliados a importância da observação de requisitos técnicos, legais e normativos que norteiam as decisões periciais, podem suscitar dúvidas relacionadas às decisões periciais, tanto da autoridade solicitante como do inspecionado, com conseqüente constrangimentos e questionamentos aos profissionais que atuam na atividade médico-pericial.

Algumas referências médicas já existentes, como o capítulo do Livro de Medicina Legal do autor Flamínio Favero, contém os prazos de consolidação de fraturas, auxiliando o médico perito no estabelecimento do período de afastamento laboral. Outras referências, como por exemplo, o Manual de Perícia Oficial em Saúde do Servidor Público Federal possui anexos que ampliam o rol de condições de saúde e a sugestão do respectivo tempo de afastamento laboral. Entretanto, a subjetividade que envolve as patologias psiquiátricas traz dificuldades tanto na resposta do parecer especializado como na avaliação médico-pericial em relação a necessidade ou não do afastamento laboral. Especialmente na área da psiquiatria, observa-se que a mesma patologia,

expressa pela Classificação Internacional de Doenças (CID) pode ter espectro de sintomas e sinais diversificados em termos de gravidade, bem como a presença concomitante de outras condições multifatoriais relacionadas, que acarretam em um período de afastamento diferente entre os inspecionados, tornando-se mais um fator desafiante para elaboração de um protocolo para uniformidade no período de afastamento laboral.

1) Qual seu nome completo e a sua idade?

Carla Lemos de Mendonça, 43 anos.

2) Há quanto tempo o(a) Sr(a). exerce a medicina?

Desde 2003.

3) O(A) Sr.(a) possui especialidade em alguma área da medicina? Caso afirmativo, em qual(is) área(s)?

Ginecologia e Obstetrícia e Medicina Legal.

4) Caso afirmativo no quesito anterior, há quanto tempo o(a) Sr(a). exerce a(s) especialidade(s)?

Ginecologia e Obstetrícia, residência médica no Hospital Naval Marcílio Dias, de 2004 a 2006.

Curso de Pós-Graduação Lato Sensu em Medicina Legal e Perícia Médica, USP, em 2014.

5) Atualmente, em qual Organização Militar o(a) Sr(a). exerce suas atividades laborais, e desde quando?

Centro de Perícias Médicas da Marinha (CPMM), desde 2008.

6) Qual a sua experiência no exercício da atividade médico-pericial (em anos)? E qual o Cargo ou Função que o(a) Sr.(a) exerce na atualidade?

14 anos.

Membro da Junta Superior Distrital do CPMM.

7) No atual processo de exame médico-pericial do SSM, a grande dependência de resposta aos pareceres especializados solicitados, e a inexistência de diretrizes mais objetivas para a concessão de afastamento laboral aos militares, pode vir a facilitar a ocorrência de discrepâncias indesejadas entre os prazos de afastamento laboral concedidos para diferentes militares, ainda que portadores de uma mesma patologia? Sim.

Visando identificar os principais óbices dos Agentes Médico-Periciais e reproduzir um panorama da atividade médico-pericial, solicita-se discorrer sobre quaisquer aspectos (tempo de formado? Experiência em perícia médica? Constrangimento no exercício da atividade pericial? Dificuldade de embasamento para definir o tempo de afastamento laboral? Percepção de alguma dificuldade para o periciado realizar seu tratamento?), ou assuntos que julgar pertinentes, e que possam influenciar na decisão do médico perito, inclusive na especialidade de psiquiatria, para a definição dos períodos de afastamento laboral dos militares.

A avaliação da incapacidade laboral parcial, total, temporária ou permanente decorrente de patologia psiquiátrica deve ser orientada pela alteração mental que a doença provoca no inspecionado, em associação as repercussões das medicações usadas para o seu tratamento, devendo ser observado, também, a atividade laboral exercida. Desta forma, é necessário amplo estudo, principalmente para os profissionais peritos não especializados na área de psiquiatria, devido à extensa multiplicidade de patologias codificadas pelo CID-10 "F" e a pluralidade de sinais e sintomas provocados por cada doença. Ainda que o perito possa valer-se de pareceres especializados, estes se constituem de opiniões do ponto de vista assistencial, podendo o perito concordar ou não, diante da sua avaliação pericial, sendo do perito a responsabilidade pelo laudo pericial exarado.

Dentro da prática da atividade pericial, diante de inspecionado com patologia psiquiátrica, devem ser observadas diversas variáveis para avaliação da capacidade

laboral do indivíduo, iniciando-se pelas especificidades do tipo de trabalho que realiza, visando à justa análise de cada caso.

Deve ser investigada a condição mental do inspecionado; o diagnóstico psiquiátrico; a história clínica da doença; o tratamento proposto e se este está efetivamente sendo realizado; o histórico de internações psiquiátricas; ajuste de medicações ou introdução de novas drogas; se a patologia tem implicação definitiva na personalidade daquele indivíduo ou se cursa com períodos de remissão e agudização. Além destes aspectos, importante lembrar da ocorrência de simulação/metassimulação e a perspectiva de ganho secundário com o afastamento do trabalho.

A cada dia, as estatísticas apontam que os transtornos mentais se configuram como uma das principais causas motivadores do afastamento laboral, causando importante impacto em nossa sociedade. Estudos dentro deste campo devem ser cada vez mais estimulados no intuito de facilitar os procedimentos da perícia, assim como o incremento do conhecimento dos peritos na área de psiquiatria.

APÊNDICE B

ENTREVISTA NA BASE NAVAL DO RIO DE JANEIRO

Entrevista com o Assessor Especial para Assuntos de Saúde do Comando em Chefe da Esquadra em 07ABR2022

CMG Ricardo de Brito MENDEZ

Pedido de comentários sobre os seguintes aspectos:

Sabendo-se que a Unidade Médica da Esquadra (UMEsq) é a Organização Militar (OM) dentro do Complexo Naval de Mocanguê (CNM) aonde são realizadas as Inspeções de Saúde (IS) dos militares lotados na Base Naval do Rio de Janeiro (BNRJ), e também de outras OM na área de abrangência do Comando em Chefe da Esquadra no 1º Distrito Naval (ComenCh – 1º DN), para fins de Verificar Deficiência Funcional (VDF) / Licença para Tratamento de Saúde Própria (LTSP), solicita-se respostas aos quesitos abaixo:

1) Na UMEsq todas as IS são realizadas através do Sistema Informatizado Naval de Inspeção de Saúde (SINAIS)?

R: Sim.

2) Qual o quantitativo de Oficiais médicos lotados na UMEsq?

R: 1 CF Md (Diretor)

6 Md (membros de JRS)

1 Md (Chefe Departamento)

6 Md (temporários)

4 Md (Tenentes de carreira recém formados)

Total: 18 Oficiais Md.

OBS: este total não permanece ao longo de todo o ano uma vez que os militares do Serviço Militar Obrigatório (temporários) são licenciados no final do segundo semestre enquanto que a nova turma só se apresenta no mês de abril, deixando um hiato neste quantitativo.

3) Há Junta Regular de Saúde (JRS) na UMEsq? Em caso afirmativo, solicito especificar (sem identificar por nome ou gênero) qual a composição de cada JRS por especialidade médica, e o tempo de exercício na atividade pericial de cada um dos componentes.

R: Sim.

JRS I

- CC (Md) Psiquiatria (6 anos)
- CT (Md) Pneumologia (2 anos)
- CT (Md) Dermatologia (2 anos)

JRS II

- CC (Md) Urologia (6 anos)
- CT (Md) Ortopedia (2 anos)
- 1° Ten (Md) Patologia Clínica (1 ano)

4) Dentro da área de abrangência do ComenCh – 1º DN, quantas são as OM? E quantas podem encaminhar militares para realizar IS fim VDF / LTSP na UMEsq? Favor especificar eventuais peculiaridades (apresentações para IS dos militares que exercem atividades especiais de mergulho, imersão, e aviação, ou Ordem de Movimentação para OM que possa prestar melhor apoio nos casos de LTSP, por exemplo).

R: O ComenCh possui 56 OM, sendo 43 localizadas no CNM, que realizam as IS na UMEsq. As 13 OM restantes, são da área do Comando da Força Aeronaval e realizam as IS na Policlínica Naval de São Pedro da Aldeia, RJ.

OBS 1: A UMEsq não possui Juntas de Saúde para IS de militares que exercem atividades especiais de mergulho, imersão e aviação. Essas juntas ficam localizadas na Base Almirante Castro e Silva (atividades especiais de mergulho e imersão) e na Policlínica Naval de São Pedro da Aldeia para aviação.

OBS 2: NORMESQ Nº 10-10F (22 de setembro de 2020)

Assunto: Padronização de normas e procedimentos para movimentação, afastamentos, embarque e controle de pessoal

3 - LICENÇAS

3.1 - Licença para Tratamento de Saúde Própria (LTSP)

a) quando uma Junta de Saúde emitir laudo médico favorável à concessão de licença, deverá transmitir mensagem ao ComemCh, com informação à cadeia de comando, à OM do militar e à DPMM e/ou CPesFN, contendo o resultado do laudo e a necessidade da LTSP, com suas datas de início e término;

l) se militar lotado em OM apoiada pela BNRJ, o ComemCh expedirá a Ordem de Movimentação (ORDMOV) de desembarque.

5) Qual o número efetivo total (aproximado) de militares lotados nas OM descritas no quesito anterior, incluindo-se a BNRJ?

R: 13 mil militares. Todo o ComemCh (incluindo as OM do Comando da Força Aeronaval);
9 mil militares (OM do ComemCh na área do CNM).

6) Qual o efetivo total de militares lotados atualmente na BNRJ, e qual o seu percentual dentro da área de abrangência citada no quesito 4? O percentual atual é aproximadamente igual aos dos anos de 2018 e de 2019?

R: A BNRJ possui cerca de 1200 militares.

R: 13,3 %.

R: Sim.

7) Identificando-se as patologias apenas pelos Títulos dos Capítulos da Lista de Tabulação para Morbidade da Classificação Internacional de Doenças (CID 10), quais foram as 03 (três) áreas ou especialidades médicas de maior prevalência, que geraram LTSP nos anos de 2018 e de 2019?

R: Ortopedia (57 LTSP), Psiquiatria (20 LTSP) e Neurologia (10 LTSP).

8) Dentre as 03 especialidades médicas de maior prevalência já identificadas dentro de cada Título/Capítulo citado no quesito anterior, e identificando-se agora apenas pelas descrições, assim como de seus respectivos códigos da CID-10, quais foram as 03 (três) patologias de maior prevalência, que geraram LTSP nos anos de 2018 e de 2019?

R: CID10 - S83 - Luxação, Entorse e Distensão das Articulações e dos Ligamentos do Joelho.

CID10 - F41. 2 Transtorno misto ansioso e depressivo.

CID10 - M54 – Dorsalgia

9) Sabendo-se que os transtornos mentais e comportamentais exigem análises variadas em diferentes graus de subjetividade para o tratamento especializado (psiquiatria), qual o número total de casos de afastamento laboral causados apenas por patologias psiquiátricas, isto é, que geraram LTSP nos anos de 2018 e 2019, somente na BNRJ?

R: 20 militares.

10) Identificando-se através das descrições e de seus respectivos códigos da CID-10, e utilizando-se apenas as 03 (três) patologias psiquiátricas mais prevalentes, ocorridas nos anos de 2018 e 2019 na BNRJ, quais foram os períodos iniciais - concessão inicial (em meses), e os períodos totais (em meses) de afastamento laboral (LTSP), concedidos para cada um dos militares portadores de uma mesma patologia diagnóstica, até seus respectivos retornos à atividade laboral (mesmo na vigência de alguma restrição de saúde) ?

R: CID10 F41.2 Transtorno misto ansioso e depressivo.

CID10 F10.1 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool.

CID10 F32.1 Episódio depressivo moderado

(CID-10 F14.1)

Início (19/04/2018)

Prorrogação (período: 20 meses (600 dias)

Término (29/11/2019)

Períodos: 120/180/120/45/90/45

Militar 2

(CID-10 F10.1)

Início (20/04/2018)

Prorrogação (período: 11 meses (330 dias)

Término (18/03/2019)

Períodos: 60/90/90/60/30

Militar 3

(CID-10 F41.2)

Início (24/05/2018)

Prorrogação (período (5 meses + 15 dias) (165 dias)

Término (05/11/2018)

Períodos: 45/90/30

Militar 4

(CID-10 F10.1)

Início (26/06/2018)

Prorrogação (período (15 meses) (450 dias)

Término (19/09/2019)

Períodos: 90/120/120/60/60

Militar 5

(CID-10 F32.1)

Início (11/07/2018)

Prorrogação (período 15 meses) (450 dias)

Término (05/10/2019)

Períodos: 120/180/90/60

Militar 6

(CID-10 F41.2)

Início (14/07/2018)

Prorrogação (período 6 meses) 180 dias

Término (09/01/2019)

Períodos: 45/90/45

Militar 7

(CID-10 F41.2)

Início (24/07/2018)

Prorrogação (período 11 meses) 330 dias

Término (18/06/2019)

Períodos: 180/90/60

Militar 8

(CID-10 F10.1)

Início (24/07/2018)

Prorrogação (período 11meses + 15 dias) 345 dias

Término (03/07/2019)

Períodos: 180/90/45/30

Militar 9

(CID-10 F41.2)

Início (06/08/2018)

Prorrogação (período 13 meses) 390 dias

Término (30/08/2019)

Períodos: 90/120/90/45/45

Militar 10

(CID-10 F10.1)

Início (13/08/2018)

Prorrogação (período 8 meses) 240 dias

Término (09/04/2019)

Períodos: 120/60/30/30

Militar 11

(CID-10 F41.2)

Início (13/08/2018)

Prorrogação (período 10 meses) 300 dias

Término (08/06/2019)

Períodos: 180/90/45/45

Militar 12

(CID-10 F10.1)

Início (24/08/2018)

Prorrogação (período 14 meses) 420 dias

Término (17/10/2019)

Períodos: 180/90/90/30/30

Militar 13

(CID-10 F10.1)

Início (15/10/2018)

Prorrogação (período 10 meses) 330 dias

Término (10/08/2019)

Períodos: 180/90/30/30

Militar 14

(CID-10 F41.2)

Início (11/11/2018)

Prorrogação (período 2 meses 15 dias) 75 dias

Término (24/01/2019)

Períodos: 45/30

Militar 15

(CID-10 F41.2)

Início (26/11/2018)

Prorrogação (período 3 meses + 15 dias) 105 dias

Término (10/03/2019)

Períodos: 60/45

Militar 16

(CID-10 F41.2)

Início (14/12/2018)

Prorrogação (período 4 meses) 120 dias

Término (12/04/2019)

Períodos: 90/30

Militar 17

(CID-10 F41.2)

Início (14/01/2019)

Prorrogação (período 7 meses + 15 dias) 225 dias

Término (26/08/2019)

Períodos: 120/60/45

Militar 18

(CID-10 F32.1)

Início (08/03/2019)

Prorrogação (período 5 meses + 15 dias) 165 dias

Término (19/08/2019)

Períodos: 90/45/30

Militar 19

(CID-10 F41.2)

Início (28/03/2019)

Prorrogação (período 5 meses) 150 dias

Término (28/08/2019)

Períodos: 90/30/30

Militar 20

(CID-10 F32.1)

Início (24/05/2019)

Prorrogação (período 5 meses) 150 dias

Término (20/10/2019)

Períodos: 90/30/30