



FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU - FUNPREV

CNPJ 46.139.960/0001-38

Rua Joaquim da Silva Martha nº 13-44 - CEP 17040-012 - Bauru - SP

Fone/Fax- (14) 3227-1444

RESOLUÇÃO N.º 026, DE 06 DE SETEMBRO DE 2009.

ESTABELECE O MANUAL DE CONDUTAS A SEREM OBSERVADAS PELO SETOR DE PERÍCIAS MÉDICAS E JUNTA MÉDICA, PARA A CONCESSÃO DOS BENEFÍCIOS PREVIDENCIÁRIOS NO ÂMBITO DA FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU.

Considerando que os servidores públicos municipais possuem direitos legais concernentes à preservação de sua saúde e ao tratamento das doenças de qualquer natureza, bem como, são também amparados quando vitimados por doenças incapacitantes e não passíveis de restrição funcional culminando com a necessidade de ser aposentado por invalidez.

Considerando que esses e outros direitos estão estabelecidos na Lei Municipal n.º 4.830, de 17 de maio de 2002.

Considerando que assegurar essas prerrogativas compõe a principal missão do Serviço de Perícia Médica da FUNPREV.

Considerando que há necessidade de se normatizar os procedimentos e rotinas do Serviço de Perícia Médica da FUNPREV, auxiliando os profissionais do Regime Próprio de Previdência Social (RPPS) municipal no cumprimento da lei e sua interpretação, de sorte que tanto o órgão empregador quanto o servidor fiquem juridicamente resguardados.

Considerando que esta normatização, específica, portanto, as competências dos profissionais da Divisão Previdenciária, desta Fundação, relacionados ao Setor de Perícias Médicas, Junta Médica, Serviço Social e Seção de Benefícios, orientando rotinas e esclarecendo procedimentos.

Considerando que Manual constante do anexo foi produto de ampla pesquisa no âmbito do MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL, REGIMES PRÓPRIOS DE PREVIDÊNCIA SOCIAL (RPPS), MANUAL PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE DOS SERVIDORES PÚBLICOS CIVIS FEDERAIS, nos termos do art. 137, da Lei Municipal n.º 4.830/2.002.

O Conselho Curador da Fundação de Previdência dos Servidores Públicos Municipais Efetivos de Bauru -



FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU - FUNPREV

CNPJ 46.139.960/0001-38

Rua Joaquim da Silva Martha nº 13-44 - CEP 17040-012 - Bauru - SP

Fone/Fax- (14) 3227-1444

FUNPREV, nos termos do art. 14, inciso XIV, da Lei Municipal n.º 4.830/2.002, após deliberação contida no item 05, da Ata da Sessão Ordinária n.º 023/09, de 06 de outubro de 2.009, **RESOLVE**:

Art. 1.º - Esta resolução tem por objetivo estabelecer o "Manual de Condutas a serem observadas pelo Setor de Perícias Médicas e Junta Médica, para a concessão dos benefícios previdenciários no âmbito da Fundação de Previdência dos Servidores Públicos Municipais Efetivos de Bauru", constante do Anexo I da presente Resolução, que visa uniformizar e padronizar os atendimentos médicos periciais aos servidores públicos municipais efetivos da administração direta e indireta.

Art. 2.º - Caberá a Presidência da FUNPREV, nos termos do art. 20, II, da Lei Municipal n.º 4.830/2.002, implantar o Manual mencionado no art. 1.º, determinando sua execução e observância a Divisão Previdenciária e ao Setor de Perícia Médica e Junta Médica da FUNPREV.

Art. 3.º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Bauru, SP, 06 de outubro de 2.009.

CARLOS ROBERTO BATISTA DA SILVA
Conselheiro Curador - Presidente

VARLINO MARIANO DE SOUZA
Conselheiro Curador - Membro

RICARDO CHAMMA
Conselheiro Curador - Membro



FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU - FUNPREV
CNPJ 46.139.960/0001-38
Rua Joaquim da Silva Martha nº 13-44 - CEP 17040-012 - Bauru - SP
Fone/Fax- (14) 3227-1444

ANEXO I – RESOLUÇÃO N.º 026, DE 06 DE OUTUBRO DE 2.009

**MANUAL DE CONDUTAS A SEREM OBSERVADAS PELO SETOR DE PERÍCIAS
MÉDICAS E JUNTA MÉDICA, PARA A CONCESSÃO DOS BENEFÍCIOS
PREVIDENCIÁRIOS NO ÂMBITO DA FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS
SERVIDORES PÚBLICOS MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU.**

CAPITULO I

1. PRECEITOS BÁSICOS

1.1. A atividade Médico-Pericial da FUNPREV tem por finalidade precípua a emissão de parecer técnico na avaliação da incapacidade laborativa, em face de situações previstas em lei.

1.2. A avaliação Médico-Pericial poderá ser decisiva nos processos de licença, aposentadoria, concessão de benefício a dependente inválido, etc..., **mas a sua concessão prevista em ato específico é atribuição da autoridade administrativa**. Deve o Médico-Perito limitar-se a fazer referência à capacidade ou incapacidade, mas nunca à sua concessão, que está fora de sua alçada e habilitação¹.

1.3. A execução dos atos Médico-Periciais, no âmbito da FUNPREV, compete ao Setor de Perícia Médica, contudo os controles dos atos administrativos são de competência da Divisão Previdenciária.

1.4. A execução da Perícia Médica está a cargo de profissional pertencente à categoria funcional da área Médico-Pericial do quadro de pessoal da FUNPREV.

1.5. A execução da função prevista no art. 86, da Lei Municipal n.º 4.830/2.002, estará a cargo da Junta Médica contratada pela FUNPREV, que poderá avaliar outros casos, a critério do profissional pertencente à categoria funcional da área Médico-Pericial do quadro de pessoal da FUNPREV, nos termos deste Manual.

2. CONCEITOS BÁSICOS PARA AVALIAÇÃO PERICIAL DA CAPACIDADE LABORATIVA

2.1 DA CAPACIDADE LABORATIVA

É uma avaliação Médico-Pericial, destinada a responder aos quesitos estabelecidos, atendendo aos conceitos e aos critérios legais e padronizados neste manual.

2.1.2 No critério de avaliação da capacidade laborativa, deve-se considerar os seguintes elementos: alterações mórbidas obtidas por meio da anamnese, exame físico, exames laboratoriais e, se necessário, pareceres de outros profissionais de saúde; histórico ocupacional, avaliação psicossocial e verificação de causalidade com a ocupação atual e passada (nexo-causal) e outras julgadas assim como observância dos dispositivos legais.

2.1.3 A presença da doença, por si só, não significa a existência de incapacidade laborativa, o que importa é a sua repercussão no potencial de trabalho do segurado.

2.1.4 Na avaliação da capacidade laborativa e suas conseqüências, como no caso da concessão ou não da licença médica, assim como da sua suspensão, o Médico Perito deve levar em conta a relação entre a patologia apresentada e a incapacidade para o trabalho.

¹ <http://www.periciamedicadf.com.br>.



FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU - FUNPREV

CNPJ 46.139.960/0001-38

Rua Joaquim da Silva Martha nº 13-44 - CEP 17040-012 - Bauru - SP

Fone/Fax- (14) 3227-1444

2.2 INCAPACIDADE LABORATIVA

2.2.1 Entende-se por incapacidade laborativa do trabalhador segurado, a impossibilidade de desempenho de atividades específicas ao seu cargo e função decorrentes das alterações patológicas conseqüentes aos agravos apresentados.

2.2.2 Deverão ser sempre considerados, dentro do critério de avaliação da incapacidade, a possibilidade de agravamento da doença, bem como o risco de vida para a pessoa ou para terceiros, que a continuação do trabalho possa acarretar, sob determinadas condições em que lhe é executado pelo servidor.

2.2.3 O conceito de incapacidade deve ser analisado quanto ao grau, à duração e à profissão ou função desempenhada.

2.2.3.1 Quanto ao grau - a incapacidade laborativa pode ser parcial ou total:

a) considerar-se-á como parcial o grau de incapacidade que ainda permita o desempenho de atividade laboral, sem risco de vida ou agravamento maior.

b) considerar-se-á incapacidade total a que gera a impossibilidade de desempenho de atividade laboral, mesmo que em condições restritas, não permitindo atingir a média de rendimento alcançada em condições normais pelos servidores do cargo e função do examinado.

2.2.3.2 Quanto à duração - a incapacidade laborativa pode ser temporária ou permanente:

a) considera-se temporária a incapacidade para a qual se pode esperar recuperação dentro de prazo previsível ou não;

b) considera-se incapacidade permanente aquela insuscetível de alteração com os recursos da terapêutica e reabilitação disponíveis à época da avaliação pericial.

2.2.3.3 Quanto à profissão - a incapacidade laborativa pode ser:

a) uni - profissional - é aquela em que o impedimento alcança apenas uma atividade específica;

b) multiprofissional - é aquela em que o impedimento abrange diversas atividades profissionais;

c) omni-profissional - é aquela que implica a impossibilidade do desempenho de toda e qualquer atividade laborativa. Esse conceito tem caráter teórico, salvo e objetivo exceto em situações transitórias.

Também nunca pode ser de caráter subjetivo.

A existência de doença ou lesão não significa incapacidade laborativa, o que importa é sua repercussão no desempenho das atividades: existem doenças ou lesões que permitem o exercício do labor e, na definição de incapacidade laborativa, a Perícia Médica observa se há alterações mórbidas presentes, exigências profissionais e dispositivos legais pertinentes.

A proposição de licença, somente se justifica quando houver doença incapacitante para o trabalho, portanto, não é suficiente a simples existência de doença para propor-se à licença.

O número de dias indicado para licença médica no atestado fornecido pelo Médico Assistente é apenas uma sugestão. A definição do período de permanência em licença médica fica a critério soberano da Perícia Médica - FUNPREV, obedecendo tais critérios legais, podendo a quantidade de dias ser **em número igual, ou inferior, ao indicado pelo Médico Assistente.**

2.4 DA INVALIDEZ

2.4.1 Entende-se por invalidez a incapacidade laborativa total, permanente e omni-profissional, insuscetível de recuperação ou restrição funcional, em conseqüência de doença ou acidente. A incapacidade permanente ou invalidez acarreta a aposentaria, por tornar o servidor/segurado incapaz de prover a sua subsistência através do desempenho de atividade laborativa e/ou a realização das atividades da vida diária.



FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU - FUNPREV

CNPJ 46.139.960/0001-38

Rua Joaquim da Silva Martha nº 13-44 - CEP 17040-012 - Bauru - SP

Fone/Fax- (14) 3227-1444

2.5 DOENÇA INCAPACITANTE

2.5.1 É o agravo que produz incapacidade para desempenhar as tarefas da vida diária e laborais consideradas como atividades normais do ser humano. Essa incapacidade pode ser reversível, quando passível de restrição funcional, ou irreversível quando as opções de reversibilidade não são efetivas.

Por ser considerada doença incapacitante, seu agravo (ou sua constatação) deverá impedir o servidor/segurado que exerça a maioria de suas atividades e não apenas um conjunto delas.

A incapacidade permanente ou invalidez, assim como as patologias reconhecidas que concedem isenção do imposto de renda, acarretam a aposentadoria, por tornar o servidor incapaz de prover a sua subsistência.

2.6 ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA:

2.6.1 Atividades de vida diária (AVD's) são as tarefas pessoais, bem como aquelas concernentes ao auto-cuidado como também outras habilidades pertinentes ao dia - a - dia de qualquer pessoa considerada normal. São consideradas "AVD's":

2.6.1.1 **Cuidados Pessoais:** escovar os dentes, pentear os cabelos, vestir-se, tomar banho, calçar sapatos, alimentar-se, beber água, fazer uso do vaso sanitário, etc.

2.6.1.2 **Tarefas diárias:** cozinhar, lavar louça, lavar roupa, arrumar a cama, varrer a casa, passar roupas, usar o telefone, escrever, manipular livros, sentar-se na cama, transferir-se de um lugar ao outro, etc.

2.7 DOENÇA PROFISSIONAL

2.7.1 São as doenças, cujo agravo é causado pelo exercício do trabalho, ou seja, fatores de risco presentes no ambiente e /ou inerentes às atividades desenvolvidas.

Deverá o Médico Perito singular e a Junta Médica levantar junto ao órgão de origem do servidor a história da doença atual, bem como a anamnese ocupacional do servidor.

2.8 DOENÇAS RELACIONADAS AO TRABALHO

2.8.1 São doenças, cujo agravo está relacionado ao trabalho do servidor, mas não causa necessária para a sua ocorrência (concausa). Consideram-se também aquelas, em que o trabalho é fator desencadeador ou agravante de uma doença preexistente.

A doença do trabalho estará caracterizada quando, após análise dos documentos (item 9.3) o Setor de Perícias Médicas e a Junta Médica diagnosticarem o agravo, bem como o estabelecimento de uma relação causal com o trabalho.

2.9 APOSENTADORIA POR INVALIDEZ

2.9.1 O Laudo Médico-Pericial que avaliará o segurado em gozo de benefício auxílio doença para concessão de aposentadoria por invalidez deverá ser emitido oficialmente pela Junta Médica, devendo estar corretamente preenchido e assinado por todos os participantes, submetendo-os à homologação pelo Setor de Perícias. Nos casos de doença enquadrada no artigo 87 da Lei Municipal nº. 4.830/02 e/ou doença profissional, deverá constar o nome da doença por extenso. O Laudo tramitará no processo administrativo de aposentadoria por invalidez.

2.10 DA RESTRIÇÃO FUNCIONAL

2.10.1 Após constatação pelo Setor de Perícias e/ou Junta Médica da incapacidade relativa do servidor/segurado, com relação às limitações impostas pela sua patologia, este deverá ser encaminhado ao órgão de origem para avaliação das atribuições de seu cargo /função, e definição de quais atividades poderá exercer. O processo finalizado e ou parecer deve ser novamente encaminhado ao Setor de Perícias Médicas e/ou Junta Médica da FUNPREV.

3. ATRIBUIÇÕES DOS MÉDICOS PERITOS SINGULARES

3.1 Realizar anamnese detalhada e exame minucioso e criterioso do periciando;

3.2 Dedicar ao periciando o tempo necessário ao atendimento e esclarecê-lo sobre o exame pericial, usando termos acessíveis à formação do servidor/segurado;

3.3 Acompanhar periodicamente o cumprimento do tratamento do periciando;



FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU - FUNPREV

CNPJ 46.139.960/0001-38

Rua Joaquim da Silva Martha nº 13-44 - CEP 17040-012 - Bauru - SP

Fone/Fax- (14) 3227-1444

- 3.4** Realizar exames Médico-Periciais, em domicílio ou em hospitais aos servidores/segurados internados quando solicitado;
- 3.5** Guardar absoluto sigilo quanto às informações recebidas, anotando-as no prontuário, para servirem de esclarecimento a outros profissionais;
- 3.6** Emitir pareceres especializados, de acordo com sua formação profissional, quando assim solicitado pela Junta Médica;
- 3.7** Participar da Junta Médica, como Perito especializado, quando solicitado;
- 3.8** Participar de Junta Médica nos casos de exame Médico-Pericial em fase de recurso;
- 3.9** Fazer visitas de inspeção no local de trabalho para o reconhecimento do nexu técnico, nos casos de doença profissional, doenças do trabalho e casos de restrição funcional;
- 3.10** Requisitar, quando necessário, exames complementares e pareceres especializados;
- 3.11** Preencher o laudo e os campos da conclusão de Perícia Médica de sua competência;
- 3.12** Preencher e entregar ao segurado a Guia de Perícias Médicas (G.P.M);
- 3.13** Avaliar o potencial laborativo do segurado em gozo de benefício por incapacidade, com vistas ao encaminhamento à restrição funcional;
- 3.14** Comunicar a chefia imediata, obrigatoriamente, qualquer irregularidade de que tenha conhecimento;
- 3.15** Manter-se atualizado sobre Normas Técnicas, Atos Normativos e Legislação Previdenciária referentes à concessão de benefícios por incapacidade;
- 3.16** Emitir parecer técnico em juízo quando convocado ou indicado como Assistente Técnico da FUNPREV;
- 3.17** Participar das revisões de aposentadoria por invalidez, etc...
- 3.18** Analisar o laudo técnico e o formulário emitidos pela SESMET – Seção de Segurança e Medicina do Trabalho - PMB;
- 3.19** Assessorar tecnicamente a Divisão Previdenciária e a Procuradoria Jurídica sempre que necessário;
- 3.20** Prestar informações quantitativas e qualitativas sobre o andamento dos trabalhos do Setor de Perícia Médica à Divisão Previdenciária;
- 3.21** Proibição de concessão de licença retroativa;
- 3.22** Deverá o Médico Perito singular ao verificar que a incapacidade do periciando interfere no ato de conduzir veículos automotores, realizar o encaminhamento para o Médico Perito da CIRETRAN, mediante entrega de ofício de encaminhamento em 02 vias ao segurado que tomará as demais providências;
- 3.23** O Médico Perito, dentre suas funções, deve elaborar laudos referentes à isenção de imposto de renda;
- 3.24** Examinar os antecedentes Médico-Periciais e funcionais do servidor/periciando, bem como o prontuário pericial e, se necessário solicitar pesquisa sócio – funcional ao local de trabalho;
- 3.25** É vedado ao Médico Perito realizar exames periciais em familiares ou em seus pacientes;
- 3.26** Deverá analisar os Relatórios Sociais para a conclusão - pericial, devendo constar no procedimento administrativo;
- 3.27** Realizar perícias aos dependentes previstos no art. 55 da Lei Municipal 4.830/02, solicitados pela Divisão Previdenciária, a fim de confirmar ou não a existência da invalidez.

4. DOS ASSISTENTES SOCIAIS

- 4.1** Realizar entrevista para conhecer os indicadores sócio-profissional, econômico e cultural dos servidores em tratamento de saúde;
- 4.2** Realizar intervenção a fim de identificar as causas biopsicosociais que estão influenciando na saúde dos servidores; buscando relacionar as queixas e sintomas com as condições gerais de trabalho, visando à promoção de saúde;



FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU - FUNPREV

CNPJ 46.139.960/0001-38

Rua Joaquim da Silva Martha nº 13-44 - CEP 17040-012 - Bauru - SP

Fone/Fax- (14) 3227-1444

- 4.3** Viabilizar em conjunto com os Médicos Peritos mecanismos de intervenção para prevenir e recuperar a saúde dos servidores/segurados;
- 4.4** Realizar acompanhamentos e encaminhamentos necessários a fim de proporcionar acesso a bens e serviços a que o servidor/segurado tem direito, visando garantir a adesão ao tratamento necessário para seu restabelecimento e retorno com sucesso ao trabalho;
- 4.5** Realizar visita domiciliar, visita hospitalar, visita ao local de trabalho para subsidiar o estudo de caso em análise;
- 4.6** Acompanhar e analisar, em conjunto com o Setor de Perícias Médicas, os servidores/segurados em licença para tratamento de saúde, bem como, o cumprimento do Programa de restrição funcional aos servidores pelo Órgão de origem;
- 4.7** Orientar e apoiar o servidor/segurado no seu retorno ao trabalho;
- 4.8** Realizar visita ao local de trabalho dos servidores/segurados objetivando avaliar com a chefia a atuação do mesmo e seu desempenho funcional, considerando a doença apresentada, bem como o cumprimento dos processos de restrições funcionais;
- 4.9** Participar, em conjunto com outros profissionais, de programas de atendimento ao servidor/segurado dependente de álcool e outras drogas, de preparação para aposentadoria, promovendo parcerias e/ou recomendações de Convênios;
- 4.10** Sensibilizar o servidor/segurado quanto ao dever de utilizar o período de gozo do benefício auxílio-doença para tratamento conforme recomendação do Médico Assistente;
- 4.11** Atuar nos casos de caracterização de dependentes inválidos previstos no art. 55 da Lei Municipal nº 4.830/02, antecedendo a Perícia Médica;
- 4.12** E outras que lhe forem delegadas.

5. AUXILIAR DE ENFERMAGEM

- 5.1** Apoiar os Médicos Peritos singulares e a Junta Médica em suas atividades;
- 5.2** Exercer suas atividades específicas na aferição dos sinais vitais, tais como: pressão arterial, frequência cardíaca e temperatura; verificação de peso e medida do periciando;
- 5.3** Atuar na Sala de Perícias Médicas, local de exame de todos os servidores/segurados encaminhados pela SESMET;
- 5.4** Encaminhar os relatórios diários e mensais de atendimento dos periciandos;
- 5.5** E outras que lhe forem delegadas.

6. DOCUMENTOS QUE DEVEM INSTRUIR O PROCESSO ADMINISTRATIVO DE AUXÍLIO – DOENÇA

- 6.1** Requerimento para Licença Médica;
- 6.2** Demonstrativo de pagamento (holerite);
- 6.3** Relatório Médico (disponível na FUNPREV) preenchido pelo Médico assistente, assinado e carimbado, bem como assinado pelo servidor² (modelo em anexo);
- 6.4** Exames originais que comprovem o diagnóstico do Médico assistente;
- 6.5** Declaração de internação (caso tenha ocorrido) em papel timbrado, com carimbo de CNPJ do hospital;
- 6.6** Relatórios de Centro Cirúrgico (quando houver cirurgia);
- 6.7** Guia de Perícias Médicas (G.P.M) devidamente instruída conforme esse manual;
- 6.8** Tratando-se de doenças psiquiátricas, deverá o Médico Perito singular preencher em anexo a G.P.M, o FORMULÁRIO PADRÃO DE EXAME PSÍQUICO (modelo em anexo).
- 6.9** Para os períodos de benefício auxílio-doença superiores a 60 (sessenta) dias deverá o Setor de Perícias Médicas encaminhar o procedimento para o Setor Social devendo o Relatório Social ser anexado ao prontuário Médico, a fim de subsidiar a próxima Perícia Médica.

² Resolução CFM nº 1.658, de 13 de Dezembro de 2002.



FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU - FUNPREV

CNPJ 46.139.960/0001-38

Rua Joaquim da Silva Martha nº 13-44 - CEP 17040-012 - Bauru - SP

Fone/Fax- (14) 3227-1444

7. DO INDEFERIMENTO

O benefício previdenciário será suspenso, administrativamente, nas seguintes hipóteses:

7.1 Não atendimento ao disposto ao item 6.3;

7.2 Recusa de tratamento e/ou exame Médico, exceto o tratamento cirúrgico e a transfusão de sangue, que são facultativos;³

7.3 Recusa ao programa de restrição funcional;

7.4 Não comparecimento no prazo determinado;

7.5 Não comparecimento à perícia médica do CIRETRAN, nos casos determinados pela Perícia Médica.

8. DA REALIZAÇÃO DO EXAME MÉDICO-PERICIAL

8.1 O exame Médico-Pericial tem como finalidade a avaliação (in) capacidade laborativa do examinado, para fins de enquadramento em situação legal pertinente, sendo que o motivo mais freqüente é a habilitação a um benefício por incapacidade;

8.2 Os dados obtidos nesse exame devem ser registrados na Guia de Perícias Médicas (G.P.M) que é a peça Médico-legal básica do processo, quanto à sua parte técnica. O servidor da área Médico-Pericial da FUNPREV, ao preencher um laudo de Perícia Médica, terá sempre em mente que este é um documento decisivo para o interessado e para a FUNPREV, destinado a produzir um efeito, podendo transitar na via recursal da previdência ou mesmo em juízo, com caráter de documento Médico-legal. Não basta examinar bem e nem chegar a uma conclusão correta. É preciso registrar, no Laudo de Perícia Médica, com clareza e exatidão, todos os dados fundamentais e os pormenores importantes, de forma a permitir à autoridade competente que deva manuseá-lo, inteirar-se dos dados do exame e constatar a conclusão emitida.

9. ENCAMINHAMENTO PARA JUNTA MÉDICA

9.1. O servidor somente poderá ser encaminhado pelo Médico Perito singular a Junta Médica, quando estando em gozo de auxílio-doença, o Médico Perito verificar a incapacidade para o desempenho das atribuições do cargo (item 2.4), ou constatar a impossibilidade de restrição funcional pelo órgão de origem.

9.1.1 A constatação da impossibilidade de restrição funcional do servidor/segurado deverá ser devidamente comprovada com cópia e análise do processo administrativo a ser encaminhada pelo órgão de origem do servidor;

9.2 Caso o Médico Perito singular verifique que a incapacidade do servidor/segurado sobreveio por motivo de progressão ou agravamento da doença ou lesão, deverá antes de encaminhá-lo a Junta Médica requerer junto ao Órgão de Origem do servidor o **EXAME MÉDICO ADMISSIONAL**, instrumento comprobatório de extraordinária importância, uma vez que, que todas as limitações do candidato foram assinaladas no laudo e que, embora não o incapacitaram para o exercício, servem de registro para a identificação de doenças profissionais;

9.3. Caso o Médico Perito singular verifique que a incapacidade do servidor sobreveio por motivo de acidente de trabalho e/ou se a doenças são relacionadas ao trabalho⁴, deverá antes de encaminhá-lo a Junta Médica, comunicar a Divisão Previdenciária para que solicite informações junto ao Órgão de Origem do servidor sobre a existência de documentos comprobatórios (**NATS E OU OUTROS DOCUMENTOS EXPEDIDOS PELA SEÇÃO DE**

³ Manual de Perícia Médica da Previdência Social .

⁴ Ver artigos 74 e seguintes da Lei Municipal 4.830/02.



FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU - FUNPREV

CNPJ 46.139.960/0001-38

Rua Joaquim da Silva Martha nº 13-44 - CEP 17040-012 - Bauru - SP

Fone/Fax- (14) 3227-1444

SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO) a fim de ser analisado o nexos causal exigido pela Legislação Previdenciária;

9.4 O Médico Perito singular ao encaminhar o servidor/segurado a Junta Médica /FUNPREV, deverá além da expedição da G.M. P, anexar relatório preciso e pormenorizado do caso, contendo dentre outros o histórico Médico - Pericial.

10. ATRIBUIÇÕES DA JUNTA MÉDICA – FUNPREV

10.1 Dar atendimento aos servidores/segurados por incapacidade, previstos na Lei Municipal nº 4830/2002, compreendendo as modalidades: realização de perícia médica, emissão de pareceres/laudos pormenorizados a respeito do estado de capacidade laboral dos beneficiários da FUNPREV;

10.2 A junta médica, deverá ser composta de no mínimo 3 (três) Médicos, para análise e emissão de laudos simultaneamente;

10.3 Zelar pelos padrões de qualidade dos serviços prestados;

10.4 Prestar assistência técnica judicial decorrente de laudos de sua responsabilidade;

10.5 Cumprir as Normas Regulamentadoras - NR;

10.6 Encaminhar relatório mensal sucinto quantitativo e qualitativo das atividades desenvolvidas, facultando desde logo a mais ampla fiscalização;

10.7 Comunicar à Divisão Previdenciária da FUNPREV, obrigatoriamente, sempre que ocorra qualquer irregularidade de que tenha conhecimento;

10.8 Cumprir os agendamentos estabelecidos das consultas;

10.9 Participar de programa básico de treinamento, sempre que convocado;

10.10 O Médico designado para compor a junta somente poderá ser substituído por outro com capacitação técnica exigida para o serviço de perícia médica;

10.11 Permitir o acompanhamento e fiscalização da FUNPREV por servidores designados para tal mister;

10.12 Manter prontuários em dia e ordem para o melhor desenvolvimento de suas funções;

10.13 Fica obrigado a manter durante toda a execução, em compatibilidade com as obrigações por ele assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas no contrato;

10.14 Revisão do fundamento legal da aposentadoria do servidor.

11. LAUDO MÉDICO PERICIAL - MÉDICO PERITO SINGULAR

11.1 O processo de concessão de benefícios previdenciários deverá estar devidamente instruído conforme item 6 (seis) desse manual;

11.2 A perícia médica inicia-se com a identificação do servidor, (nome completo, matrícula, sexo, lotação, cargo efetivo, idade);

11.3 A pressão arterial, pulso, peso e altura devem ser registrados em campo próprio, bem como o aspecto geral, com termos claros e objetivos;

11.4 A G.P.M corresponde a Guia de Perícias Médicas, que se destina ao registro do exame Médico-Pericial e é preenchido em uma só via pelo profissional da área médica (Médico Perito) que examinar o segurado permanecerá em poder do Setor de Perícias Médicas. Todo o conteúdo do exame Médico-Pericial deve ser registrado de **forma legível**. A linguagem deve ser clara e objetiva, com todos os espaços do relatório preenchidos. Quando nada de anormal for encontrado, deverão ser anotadas as expressões que traduzem o dado normal encontrado;

11.5 É expressamente vedado preencher espaços do relatório com simples traço, que nenhum valor encerra e nem pressupõem exame feito;

11.6 **Em se tratando de doenças psiquiátricas, deverá o Médico Perito se reportar ao capítulo nº III, de que tratam dos PROCEDIMENTOS DE CONDUTA MÉDICO-PERICIAL EM TRANSTORNOS MENTAIS;**



FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU - FUNPREV

CNPJ 46.139.960/0001-38

Rua Joaquim da Silva Martha nº 13-44 - CEP 17040-012 - Bauru - SP

Fone/Fax- (14) 3227-1444

11.7 Tratando-se de doenças psiquiátricas conforme o disposto no item anterior (VI), deverá o Médico Perito singular preencher além da G.P.M, o FORMULÁRIO PADRÃO DE EXAME PSÍQUICO:

11.8 Informações sobre a capacidade laborativa deverá sempre estar justificada adequadamente a existência ou não da incapacidade laboral frente à atividade declarada;

11.9 Registrar o diagnóstico da patologia que motivou o afastamento do trabalho, procurando usar termos precisos;

11.10 Informações se o segurado exerce mais de uma profissão;

11.11 Os sintomas ou doenças informados como sendo a causa do afastamento do trabalho devem ser minuciosamente caracterizados, pois a simples listagem dos mesmos não permite, na maioria das vezes, chegar a uma hipótese diagnóstica fidedigna. Os sintomas devem ser caracterizados com respeito à localização, intensidade, frequência, fatores de exacerbação ou atenuantes;

11.12 Deve-se registrar, ainda, a evolução da doença, tratamentos realizados, internações hospitalares, etc. As informações documentais, além de anotadas, devem ser anexadas aos antecedentes Médico-Periciais;

11.13 Registrar todos os antecedentes mórbidos pessoais que tenham significado para a abordagem Médico-Pericial situando-os no tempo/evolução;

11.14 Devem ser descritos os dados pertinentes à observação por palpação, percussão e ausculta referentes aos aparelhos e sistemas afetados. Sempre que possíveis esses dados devem ser qualificados/quantificados. Deve ser dada a ênfase principalmente aos elementos que guardam relação direta com a atividade laborativa;

11.15 Anotar o diagnóstico de outra patologia que possa ter significado para a abordagem Médico-Pericial;

11.16 A capacidade laborativa deve ser definida o mais precisamente possível, considerando-se os dados clínicos da história, exame físico apresentado e a atividade exercida;

11.17 Nos casos de suspeita de acidente e /ou doença relacionada ao trabalho, o Médico Perito deverá se valer ou solicitar a realização de laudo de avaliação ambiental que inclui avaliação do posto e/ou processo de trabalho do servidor e a caracterização do acidente de trabalho por parte da equipe de vigilância à saúde do servidor;

11.18 No caso de impossibilidade ou em caso de inexistência do referido laudo, o Médico Perito deverá conhecer o tipo de atividade inerente ao cargo do servidor, sobretudo investigar em que condições o seu trabalho é exercido: de pé, sentados, exigindo ou não prolongados esforços, atenção continuada, condições ambientais de trabalho, envolvendo até o seu relacionamento social;

11.19 Na história da doença, deve-se apurar em que condição ocorreu o afastamento do trabalho e se este é consequência direta ou não do estado mórbido apresentado no qual poderá solicitar pareceres especializados;

11.20 Nos casos de doenças profissionais ou relacionadas ao trabalho, além da História da Doença Atual (HDA), deve ser feita a Anamnese Ocupacional, isto é, o questionamento das atividades profissionais anteriores exercidas pelo servidor;

11.21 Deve o Médico Perito singular fazer anamnese e exame clínico criterioso, solicitar exames e relatórios quando achar necessário, assim como solicitar pareceres de outros profissionais de saúde;

11.22 Encontrando-se o examinado impedido de locomover-se ou hospitalizado, a avaliação médica Pericial será realizada em sua residência ou no estabelecimento nosocomial;

11.23 Os elementos apurados no exame deverão ser registrados detalhadamente na G.P.M padronizado e apresentado como base de todo o processo, que constituirá o instrumento Médico-legal;

11.24 Nos casos previstos no item 7.4, deverá o Médico Perito anotar a ausência do servidor na G.P.M, sugerindo o indeferimento da concessão do benefício por falta de perícia



FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU - FUNPREV

CNPJ 46.139.960/0001-38

Rua Joaquim da Silva Martha nº 13-44 - CEP 17040-012 - Bauru - SP

Fone/Fax- (14) 3227-1444

regulamentar, devendo os autos serem encaminhados a Divisão Previdenciária para providências;

11.25 Toda G.P.M não devem apresentar: insuficiência e imprecisão nos dados; - incoerência entre os dados semióticos encontrados e o diagnóstico firmado; - indecisão e dúvida do Perito, que possa comprometer a justiça da decisão; - espaços em branco ou traços - quando nada for encontrado, deverão ser usadas expressões que traduzam a ausência de anormalidade; - diagnósticos não relacionados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID-10.

12. REQUISIÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES

12.1 Ao término de um exame clínico cuidadoso e bem conduzido, o profissional da área Médico-Pericial, quase sempre tem condições de firmar um diagnóstico provável, pelo menos genérico ou sindrômico, de modo a lhe permitir uma avaliação de capacidade **funcional e de capacidade laborativa**;

12.2 Quando o resultado do exame clínico não for convincente e as dúvidas puderem ser aclaradas por exames subsidiários, poderão estes ser requisitados, mas restritos ao mínimo indispensável à avaliação da capacidade laborativa;

12.3 Requisições desnecessárias geram despesas inúteis, atrasam conclusões e acarretam prejuízos aos examinados e à FUNPREV. Somente serão solicitados quando indispensáveis para a conclusão Médico-Pericial. **Entendendo-se que, cabe ao segurado o ônus da prova de sua doença, o qual no momento da solicitação do requerimento inicial deverá ter um diagnóstico e tratamento devidamente instituído com os exames complementares que comprovam sua causa mórbida, fica a Perícia Médica dispensada das solicitações dos respectivos exames.** Nos exames subsequentes, no estrito objetivo de dirimir dúvidas quanto a manutenção do benefício, poderão ser solicitados os exames complementares indispensáveis;

12.4 Dessa forma, antes de proferir a conclusão Médico-Pericial é facultado à perícia médica e a junta médica requisitarem exames complementares e especializados que julgar indispensáveis, de acordo com as normas técnicas;

12.5 Quando se tratar de exame inicial, a requisição de exames complementares ou especializados não deverá ser solicitada com a emissão de requisição de exame (RE). O ônus da comprovação da incapacidade é do requerente;

12.6 A requisição só deverá ser efetuada quando seu resultado for indispensável para avaliação da incapacidade ou de sua duração;

12.7 Toda a requisição de exames complementares deverá ser bem justificada.

12.8 Determinados exames e pareceres relacionados somente podem ser solicitados com justificativa e com prévia autorização da Diretoria Previdenciária;

12.9 As solicitações desses exames, constantes de diligências da Junta Médica, ou exigidos pela Procuradoria Jurídica da FUNPREV para responder a ações judiciais, não sofrem as limitações apontadas, cabendo a Divisão Previdenciária, quando for o caso, justificar, ou não, o atendimento.



FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU - FUNPREV
CNPJ 46.139.960/0001-38
Rua Joaquim da Silva Martha nº 13-44 - CEP 17040-012 - Bauru - SP
Fone/Fax- (14) 3227-1444

13.LAUDO PERICIAL DA JUNTA MÉDICA/FUNPREV

13.1 Deverá a Junta Médica nas DOENÇAS ENQUADRADAS NO ARTIGO 87 DA LEI MUNICIPAL nº. 4.830/02, observar o capítulo II deste Manual de Perícias Médicas.

QUESITOS DO LAUDO MÉDICO-PERICIAL – JUNTA MÉDICA PERICIAL

A conclusão da Junta Médica, deverá ser fundamentada nos elementos colhidos e registrados, (no laudo), também basear-se-á nas respostas de questionário específico com quesitos que nortearão o laudo final:

QUESITO 1 - “DIANTE DO RESULTADO DO EXAME, ESTÁ O SERVIDOR TEMPORÁRIAMENTE INCAPAZ PARA O EXERCÍCIO DO CARGO? EM CASO AFIRMATIVO, NECESSITA O SERVIDOR DE LICENÇA?”.

A resposta a esse quesito constitui o fundamento do exame Médico-Pericial. A simples resposta sim ou não do Perito condensa todos os seus conhecimentos Médico-Periciais de legislação, de normas específicas e de medicina ocupacional.

O julgamento inadequado sobre a existência ou não de incapacidade traz inconvenientes de ordem administrativa e prejuízos tanto para o servidor, ao se denegar um direito, quanto para a instituição, onde o absenteísmo condiciona maior custo na produção de seus serviços.

Havendo necessidade de exames complementares ou pareceres especializados, o Perito os indicará e anotará no laudo.

QUESITO 2 - “ POR QUANTO TEMPO? A PARTIR DE _____”.

O Perito deve fixar prazo durante o qual haja viabilidade de recuperação do servidor.

Prazos curtos nas doenças prolongadas são, além de inadequados tecnicamente, prejudiciais à Fundação, ocorrendo daí um processo oneroso de manutenção de licenças com exames repetidos. Prazos curtos não podem representar indício de insegurança do Médico-Perito.

Podem ocorrer situações onde exames devem ser apresentados para o esclarecimento de alguma questão ou podem constituir uma pressão ao servidor para realizar algum exame que esteja protelando por razões não-esclarecidas, nesses casos cabe um prazo curto, mesmo sabendo-se que posteriormente será ampliado.

Do mesmo modo, prazo longo para doenças de curta duração constitui grave erro técnico, representando pesado ônus para a Fundação.

A fixação de data “indefinida” só será admitida em face da incapacidade permanente por invalidez e no momento de propor a aposentadoria.

“A partir de” ..., é a data do início da incapacidade e deve ser determinada em razão das manifestações da doença que provocaram alterações de tal ordem que impediram o desempenho das tarefas específicas do cargo e deverá coincidir com a data do início do afastamento.



FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU - FUNPREV
CNPJ 46.139.960/0001-38
Rua Joaquim da Silva Martha nº 13-44 - CEP 17040-012 - Bauru - SP
Fone/Fax- (14) 3227-1444

QUESITO 3 - "ESTÁ O EXAMINADO INVÁLIDO PARA O EXERCÍCIO DE SUAS FUNÇÕES OU OUTRAS CORRELATAS?". A PARTIR DE ____/____/____

Deve ser respondido para transformar a licença em aposentadoria por invalidez, e a resposta afirmativa implica parecer definitivo sobre a invalidez do servidor.

A expressão "ou outras correlatas" envolve a resposta ao quesito nº 4.

QUESITO 4 - O SERVIDOR NECESSITA DE RESTRIÇÃO FUNCIONAL? _____

Em caso de resposta afirmativa deverá o servidor ser encaminhado para abertura de processo de restrição funcional conforme preconiza a Lei Municipal nº 5.568/2.008 c/c Decreto nº 10.662, de 26 de Maio de 2008.

QUESITO 5 - "A DOENÇA SE ENQUADRA NO ART. 87 DA LEI MUNICIPAL 4.830/02?". A PARTIR DE ____/____/____

A resposta a esse quesito só deverá ser dada se o quesito anterior for positivo - há invalidez para o exercício da função e outras correlatas, porque não é o diagnóstico isolado que determina o enquadramento, mas sim a conjugação dos dois fatores.

"A doença está especificada no art. 87, da Lei Municipal 4.830/02?"

Ver, parte 02 a este Manual, os critérios de invalidez para cada doença especificada no art. 87 da Lei Municipal 4.830/02.

"Qual a hipótese diagnóstica? (por extenso)

Em resposta a este quesito deverá ser escrito, por extenso, o nome da doença constante no art. 87.

QUESITO 6 - "A MOLÉSTIA É DECORRENTE DE ACIDENTE DE TRABALHO OU DOENÇA PROFISSIONAL?".

A resposta a esse quesito dependerá de comprovação por meio de declaração da chefia, boletim de atendimento etc., de conformidade com o que estabelece a legislação, e onde deverá estar registrado não só em que condição se deu o acontecimento, mas, sobretudo o local, horário se há possui ou não testemunhas.

É considerado acidente de trabalho aquele que ocorrer pelo exercício do trabalho a serviço da instituição, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte, a perda ou redução permanente ou temporária da capacidade para o trabalho.

São equiparadas ao acidente de trabalho: a doença profissional ou a de trabalho, assim entendida a inerente ou peculiar a determinado ramo de atividade profissional com agentes patogênicos.

Ainda que não constante da relação de agentes patogênicos causadores de doença profissional ou de trabalho, em casos excepcionais deverá ser considerado como acidente de trabalho a doença que resultou de condições em que o trabalho é executado e com ele se relacione diretamente.



FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU - FUNPREV

CNPJ 46.139.960/0001-38

Rua Joaquim da Silva Martha nº 13-44 - CEP 17040-012 - Bauru - SP

Fone/Fax- (14) 3227-1444

Quando se investigar a existência ou não de patologia ocupacional, deverá ser feita, não apenas a história da doença atual, mas sim um levantamento de todo o histórico laboral do servidor, já que a doença no momento apresentada pode ser oriunda de exercício profissional anterior, cujas repercussões na saúde são tardias, mas nem por isso deixam de ter o tratamento e conceder os direitos a que o servidor tem direito.

Não se inclui nessa excepcionalidade a doença degenerativa, a inerente ao grupo etário e a que não acarreta incapacidade para o trabalho.

Em caso de ser a moléstia decorrente de acidente de trabalho ou doença profissional, deverá constar no laudo Pericial o nome da doença, por extenso.

QUESITO 7 - "COMUNICAR AO ÓRGÃO HABILITADOR DA PROFISSÃO? "

Este quesito tem como finalidade alertar o órgão habilitador, por exemplo, o Conselho Regional de Medicina, no caso de um Médico, da conclusão Pericial que considerou o profissional inválido para o exercício da profissão, principalmente quando a continuidade do exercício pode levar a danos de outrem.

QUESITO 8 - " DEVERÁ SER EXIGIDA A NOMEAÇÃO DE CURADOR?"

A resposta afirmativa somente deverá ser dada quando o Médico-Perito concluir pela incapacidade total do servidor para a prática dos atos da vida civil e, portanto, deva ser interditado. É uma atitude que deve ser tomada principalmente no resguardo do interesse de sua família, da sociedade e da instituição.

QUESITO 9 - "O EXAMINADO ESTÁ INVÁLIDO"? QUAL O GRAU DE SUA INVALIDEZ? TOTAL / PARCIAL / PERMANENTE / TEMPORAL / NÃO / PREJUDICADO.

**QUESITO 10 - "É O EXAMINADO PORTADOR DE DEFICIÊNCIA?"
(PERMANENTE/INCAPACITANTE FÍSICA/AUDITIVA / VISUAL / MENTAL / MÚLTIPLA)**

Ao avaliar o examinado para constatação de deficiência, a junta médica oficial deverá especificar o grau - permanente, incapacitante assim como as categorias - físicas, auditivas, visuais, mentais, múltiplas.

CONSIDERAÇÕES GERAIS _____

As ocorrências médicas do servidor serão registradas no prontuário do servidor, seja para fins Médico-Periciais, seja para fins estatísticos.

É proibido ao Médico atuar como Perito de próprios clientes, inclusive na condição de integrante de Junta Médico-Pericial.

O Setor de perícias manterá arquivado, em pastas individuais, os documentos relativos aos antecedentes Médicos dos servidores (prontuário Médico-Pericial).

Os exames Médico-Periciais serão registrados no formulário, e apurados mensalmente no Boletim Mensal de Serviço de Saúde e Perícia Médica.



FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU - FUNPREV

CNPJ 46.139.960/0001-38

Rua Joaquim da Silva Martha nº 13-44 - CEP 17040-012 - Bauru - SP

Fone/Fax- (14) 3227-1444

Ao final do mês, o Boletim Mensal de Serviço de Saúde e Perícia Médica deverão ser encaminhados à Divisão Previdenciária que realizará o tratamento estatístico dos dados.

14. REVISÃO DE APOSENTADORIA POR INVALIDEZ

O servidor aposentado por invalidez:

14.1 Poderá ser submetido à reavaliação em períodos determinados por Junta Médica Oficial, para fins de reversão ou manutenção da aposentadoria. (ex officio);

14.2 Poderá solicitar a Divisão Previdenciária, em caso de remissão da moléstia que motivou a invalidez, avaliação por Junta Médica, visando à reversão da aposentadoria, a qualquer tempo. (a pedido);

14.3 Deverá ser submetido à reavaliação em frequência determinada pelo Setor de perícias, nos primeiros 24 (vinte e quatro) meses em que ocorreu a aposentadoria por invalidez;

14.5 A Junta Médica avaliará a capacidade laborativa e, no caso de insubsistência dos motivos que ensejaram a aposentadoria, indicará a reversão. Não poderá haver a reversão do aposentado que já tiver completado 70 (setenta) anos de idade.

15. RELAÇÃO DO PROFISSIONAL DE PERÍCIA COM A INSTITUIÇÃO

15.1 SIGILO PROFISSIONAL

No exercício da função Pericial, o profissional não está envolvido pelo relacionamento com o paciente, assim, não é obrigado, na qualidade de confidente, a requerer informações não necessárias ao exercício de sua função de Perito. Sua atuação é exercida visando ao interesse da instituição, na defesa do interesse público, dentro da lei que rege os direitos da instituição e do servidor. O Médico Perito deve atentar para o Código de Ética Médica, no exercício de sua função Pericial, com especial atenção para os seguintes: Atuar com absoluta isenção quando designado para servir como Perito ou auditor, assim como não ultrapassar os limites das suas atribuições e competências – art. 118 do Código de Ética Médica; Nunca assinar laudos Periciais ou de verificação Médico-legal, quando não os tenha realizado, ou participado pessoalmente do exame - Art. 119 do Código de Ética Médica; **Não ser Perito de paciente seu, de pessoa de sua família ou de qualquer pessoa com a qual tenha relações capazes de influir em seu trabalho** - art. 120 do Código de Ética Médica; Nunca intervir, quando em função de auditor ou Perito, nos atos profissionais de outro Médico, ou fazer qualquer apreciação em presença do examinado, reservando suas observações para o relatório - art. 121 do Código de Ética Médica;

Quando o Médico está exercendo a atividade Pericial, não se pode pretender que, como Perito, deixe de revelar o que vier a saber pelo exame ou pela informação do examinado, dentro do que permite o seu Código de Ética. Esse profissional, ao examinar um servidor para fins de licença, benefícios, etc., está na obrigação de comunicar aos setores próprios da instituição as informações necessárias que permitam a aplicação da legislação pertinente.

Devem os servidores lotados em setores Periciais, quando do manuseio dos documentos Periciais, guardar sigilo, de acordo com o artigo 325 do Código Penal, *in verbis*: **“Revelar fato que tem ciência em razão do cargo e que deva permanecer em segredo, ou facilitar-lhe a violação”**

Ressaltar que a perícia tem, dentre suas funções, a elaboração de laudos referentes à isenção de imposto de renda.

15.2 ÉTICA

Todos os procedimentos Periciais deverão seguir estritamente o Código de Ética Médica, devendo o Médico Perito zelar por seu cumprimento, uma vez que ele é o responsável por sua observação.



FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU - FUNPREV

CNPJ 46.139.960/0001-38

Rua Joaquim da Silva Martha nº 13-44 - CEP 17040-012 - Bauru - SP

Fone/Fax- (14) 3227-1444

Os documentos sigilosos, a saber, o Laudo de Perícia Médica, Laudo de Junta Médica, Laudo para Restrição funcional, atestados, relatórios e laudos dos Médicos assistentes, todos os exames subsidiários e seus laudos, Relatório Social, além de todos os documentos que façam menção aos diagnósticos, explícitos ou codificados, e à situação de saúde do servidor, deverão permanecer em envelope separado dos demais documentos e sinalizado como "Documentos de Sigilo Médico".

É vedada a manipulação de documentos sigilosos por pessoal não autorizado.

O Médico Perito deve esclarecer que todas as pessoas, inclusive os servidores técnicos e administrativos que, por necessidade do serviço, vierem a tomar conhecimento de informações médicas do servidor, também estão sujeitas à guarda do sigilo profissional, podendo ser civilmente responsabilizadas caso esse preceito venha a ser desrespeitado.

16. RELAÇÃO DO PERITO COM O PERICIADO

Não se deve confundir a posição do Médico que avalia a pessoa como cliente voluntário, e a do profissional que o avalia na qualidade de Perito.

Como cliente a escolha do Médico ocorre livre e espontaneamente que lhe demanda um encaminhamento com relação à sua sintomatologia. Noutra, o periciado é demandado por uma autoridade a comparecer diante de um Perito ou junta de Peritos, escolhida por essa autoridade, para se verificar o estado de saúde ou das seqüelas de doenças, com fins de decisão de direitos ou aplicação de leis.

O Perito não deve ser afetado pelo periciado em nenhum sentido. Deve ser isento para julgar os fatos com objetividade, tendo como parâmetro o que prescreve a lei. Isso não significa perda de cortesia, atenção e educação por parte deste profissional.

O Médico Perito deve estar preparado para exercer sua função Pericial observando sempre o rigor técnico e moral, assim como lembrar que a avançada tecnologia não substitui a anamnese detalhada e o exame minucioso e criterioso do paciente. Sua capacidade profissional proporcionará a precisão e clareza na emissão do laudo, sem que, para tal, submetta o paciente a nenhuma situação vexatória. Senso crítico apurado deve ser determinante na personalidade do profissional para questionar, quando houver dúvida, determinadas condutas. O conhecimento da especialidade de Médico Perito, a vivência ética a versatilidade profissional são condições indispensáveis para a adoção de condutas sensatas e coerentes nesse sensível universo.

O Médico-Perito deve ter sempre em mente que, mesmo exercendo função Pericial, a relação Médico-paciente, embora neutra e imparcial, deve ser baseada no respeito e atenção ao paciente, que geralmente está fragilizado por motivo de sua própria condição patológica. Suas informações e orientações devem ser esclarecedoras, usando terminologia acessível ao nível de formação do servidor.

Nunca é redundante ressaltar que a relação Médico-Paciente deve ser pautada por uma abordagem humanística e respeitosa de ambas as partes.

A atual abordagem Pericial exige dos profissionais uma postura cada vez mais detalhada e incisiva para que não parem dúvidas em seus pareceres técnicos, para tal, não deve se abster de solicitar pareceres de outros profissionais de saúde, que devem ser anexados ao prontuário do paciente.

17. PEDIDO DE RECONSIDERAÇÃO

17.1 O pedido de reconsideração do Resultado do Exame Médico Pericial solicitado pelo servidor será dirigido à Presidente da FUNPREV, que encaminhará a autoridade que houver proferido a primeira decisão, devendo ser deferido no menor prazo possível, nunca superior a 15 (quinze) dias, submetendo-se o requerente, ou não, a novo exame Médico-Pericial;



FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU - FUNPREV

CNPJ 46.139.960/0001-38

Rua Joaquim da Silva Martha nº 13-44 - CEP 17040-012 - Bauru - SP

Fone/Fax- (14) 3227-1444

17.2 Na hipótese de indeferimento do pedido de reconsideração, poderá o servidor, como última instância, recorrer ao Conselho Curador – FUNPREV;

17.3. O prazo para entrada do pedido de reconsideração, improrrogável, é de 5 (cinco) dias, contados da data de ciência da decisão contra a qual se insurja o servidor;

17.4. Nos casos previstos no item 7.4 e item 11.24, a justificativa apresentada pelo servidor será apreciada pelo Médico Perito.

CAPITULO II

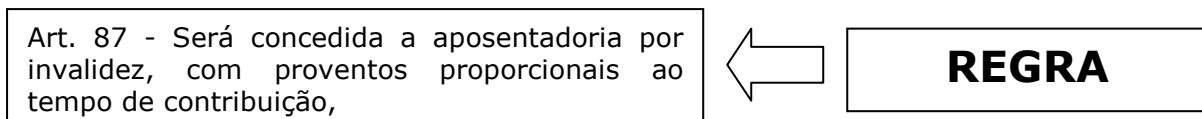
DOENÇAS ENQUADRADAS NO ARTIGO 87 DA LEI MUNICIPAL Nº 4.830/02

Este capítulo, descreve as patologias relacionadas na lei supracitada, que, quando presentes e dentro dos critérios aqui descritos, concedem aposentadoria integral.

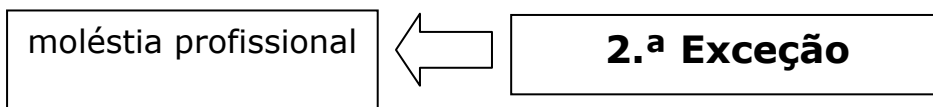
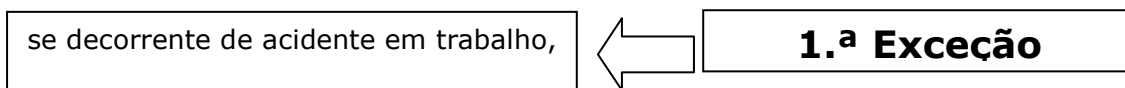
Importante ressaltar que, conforme jurisprudência pacífica do Colendo Superior Tribunal de Justiça, o rol de doenças previsto no art. 87, da Lei Municipal n.º 4.830/2.002, é taxativo, não permitindo inclusões pela interpretação.

Se o servidor portar uma doença incapacitante, e esta não estiver incluída no rol do art. 87, salvo alteração jurisprudencial, não fará jus a integralidade dos proventos, nem o afastamento da carência, se houver.

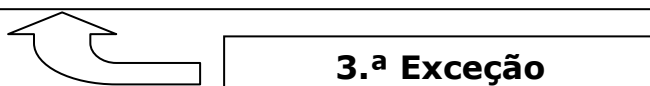
Veja-se o teor do mencionado artigo, de forma esquematizada:



exceto



ou doença grave, contagiosa ou incurável **a seguir descritas**: tuberculose ativa; hanseníase; alienação mental; neoplasia maligna; cegueira; paralisia irreversível e incapacitante; cardiopatia grave; doença de Parkinson; espondiloartrose anquilosante; nefropatia grave; estado avançado da doença de Paget (osteíte deformante); síndrome da deficiência imunológica adquirida - Aids; contaminação por radiação, com base em conclusão da medicina especializada; hepatopatia e esclerose múltipla.





FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU - FUNPREV

CNPJ 46.139.960/0001-38

Rua Joaquim da Silva Martha nº 13-44 - CEP 17040-012 - Bauru - SP

Fone/Fax- (14) 3227-1444

Estando, pois, o periciando portando qualquer outra doença que não as elencadas na 1.^a, na 2.^a ou na 3.^a exceção, a aposentadoria por invalidez será proporcional.

Antes, há de ser verificado se a doença portada é de natureza permanente, caso em que, se não o for, o periciando é elegível ao procedimento da restrição funcional, prevista na legislação municipal, através da Lei Municipal n.º 5.568, de 02 de abril de 2.008, regulamentada pelo Decreto Municipal n.º 10.662, de 26 de maio de 2.008.

Em se verificando que a hipótese da doença é de natureza permanente, há de se verificar a sua gênese, ou seja, a sua origem. Aí entra a análise das exceções.

O Colendo Superior Tribunal de Justiça, reiteradamente, já decidiu, conforme já aduzido, que o rol (por simetria) do art. 87, da Lei Municipal n.º 4.830/2.002, é de natureza **TAXATIVA**, ou seja, para se enquadrar na aposentadoria por invalidez permanente **com proventos integrais**, o periciando deve estar portando uma daquelas doenças previstas na 3.^a exceção (REsp 953.395/DF, Rel. Min. FELIX FISCHER, QUINTA TURMA, DJ 03.03.2008).

**ALIENAÇÃO MENTAL
CONCEITUAÇÃO**

Alienação Mental é um estado de dissolução dos processos mentais (psíquicos) de caráter transitório ou permanente (onde o volume de alterações mentais pode levar a uma conduta anti-social), representando risco para o portador ou para terceiros, impedindo o exercício das atividades laborativas e, em alguns casos, exigindo internação hospitalar até que possa retornar ao seio familiar. Em geral estão incluídos nesta definição os quadros psicóticos (moderados ou graves), como alguns tipos de esquizofrenia, transtornos delirantes e os quadros demenciais com evidente comprometimento da cognição (consciência, memória, orientação, concentração, formação e inteligência).

Em face de diagnósticos de transtornos psicóticos, torna-se necessário avaliar a sintomatologia apresentada, a forma clínica e a fase de evolução, a fim de identificar com propriedade o enquadramento correspondente.

A **Junta Médica** deverá solicitar ao médico psiquiatra assistente a codificação da patologia com cinco itens, parecer constando as informações sobre quais sinais e/ou sintomas que invalidam o servidor para atividades laborativas e/ou para todo e qualquer ato da vida civil. À vista dessas informações, identificar nos quadros clínicos de Alienação Mental os seguintes elementos:

- transtorno intelectual - atinge as funções mentais em conjunto e não apenas uma delas.
- falta de autoconsciência - o paciente ignora o caráter patológico de seu transtorno ou tem dele uma noção parcial ou descontínua;
- ausência de utilidade - a perda da adaptabilidade redundando em prejuízo para o paciente e para a sociedade (Beca Soto).

A **Junta Médica** poderá identificar Alienação Mental no curso de qualquer enfermidade psiquiátrica desde que, em seu estágio evolutivo, estejam satisfeitas todas as condições abaixo discriminadas:

- seja enfermidade mental ou neuromental;
- seja grave e persistente;
- seja refratária aos meios habituais de tratamento;
- provoque alteração completa ou considerável da personalidade;



FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU - FUNPREV

CNPJ 46.139.960/0001-38

Rua Joaquim da Silva Martha nº 13-44 - CEP 17040-012 - Bauru - SP

Fone/Fax- (14) 3227-1444

- e) comprometa gravemente os juízos de valor e realidade, com destruição da autodeterminação e do pragmatismo;
- f) torne o paciente total e permanentemente inválido para qualquer trabalho;
- g) haja um eixo sintomático entre o quadro psíquico e a personalidade do paciente;
- h) haja um eixo sintomático entre o quadro psíquico e a personalidade do paciente.

SÃO CONSIDERADOS MEIOS HABITUAIS DE TRATAMENTO:

- i) psicoterapia;
 - j) psicofarmacoterapia;
 - l) terapêutica biológica (eletroconvulsoterapia, insulino-terapia, etc).
- Não é considerado meio de tratamento a utilização de Psicofármacos em fase de experiência laboratorial.

QUADROS CLINICOS QUE CURSAM COM A ALIENAÇÃO MENTAL

São necessariamente casos de Alienação Mental:

- m) estados de demência (senil, pré-senil, arterioesclerótica, luética, coréica, doença de Alzheimer e outras formas bem definidas);
- n) psicoses esquizofrênicas nos estados crônicos;
- o) paranóia e a parafrenia nos estados crônicos;
- p) oligofrenias graves. São excepcionalmente considerados casos de Alienação Mental:
- q) psicoses afetivas, mono ou bipolar, quando comprovadamente cronificadas e refratárias ao tratamento, ou quando exibirem elevada freqüência de repetição fásica, ou ainda, quando configurarem comprometimento grave e irreversível de personalidade;
- r) psicoses epilêpticas, quando comprovadamente cronificadas e resistentes à terapêutica, ou quando apresentarem elevada freqüência de surtos psicóticos;
- s) psicoses pós-traumáticas e outras psicoses orgânicas, quando caracterizadamente cronificadas e refratárias ao tratamento, ou quando configurarem um quadro irreversível de demência.

NÃO SÃO CASOS DE ALIENAÇÃO MENTAL:

- a) nenhuma forma de neurose;
- b) desvios ou transtornos sexuais;
- c) alcoolismo, dependência de drogas e outros tipos de dependência orgânica;
- d) oligofrenias leves e moderadas;
- e) psicoses do tipo reativo (reação de ajustamento, reação ao "stress");
- f) psicoses orgânicas transitórias (estados confusionais reversíveis);
- g) epilepsia por si só.

Os quadros psicóticos leves, controlados ou em período de remissão, não incapacitam para a vida laborativa, podendo o periciado praticar todos os atos da vida civil.

A epilepsia, quando associada (comorbidade) a casos graves de psicose, poderá ser enquadrada como alienação mental, pelo comprometimento mental da psicose.

NORMAS DE PROCEDIMENTO DA JUNTA MÉDICA

As Juntas Médicas deverão "preservar-se contra uma exagerada admissão de irresponsabilidade" (Prof. Nelson Hungria) e identificar nos quadros clínicos de Alienação Mental os seguintes elementos:

- a) transtorno intelectual – atinge as funções mentais em conjunto e não algumas delas;
- b) falta de autoconsciência – o paciente ignora o caráter patológico de seu transtorno ou tem dele uma noção parcial ou descontínua;
- c) inadaptabilidade – o transtorno mental é evidenciado pela desarmonia de conduta do paciente em relação às regras relativas que dirigem a vida normal em sociedade;



FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU - FUNPREV
CNPJ 46.139.960/0001-38
Rua Joaquim da Silva Martha nº 13-44 - CEP 17040-012 - Bauru - SP
Fone/Fax- (14) 3227-1444

d) ausência de utilidade – a perda de adaptabilidade redundando em prejuízo para o paciente e para a sociedade (Beca Soto).

LAUDO PARA ALIENAÇÃO MENTAL:

Para maior clareza e definição imediata da situação do periciado, deverá constar dos laudos declaratórios da invalidez do portador de Alienação Mental, os seguintes dados:

- a) diagnóstico da enfermidade básica, inclusive o diagnóstico numérico, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças;
- b) modalidade fenomênica;
- c) estágio evolutivo;
- d) expressão "Alienação Mental".

CARDIOPATIA GRAVE CONCEITUAÇÃO

Para o entendimento de cardiopatia grave tornam-se necessárias que o conceito englobe todas as doenças relacionadas ao coração, tanto crônicas, como agudas.

São consideradas Cardiopatias Graves:

- a) as cardiopatias agudas, que, habitualmente rápidas em sua evolução, tornarem-se crônicas, caracterizando uma cardiopatia grave, ou as que evoluírem para o óbito, situação que, desde logo, deve ser considerada como cardiopatia grave, com todas as injunções legais;
- b) as cardiopatias crônicas, quando limitarem, progressivamente, a capacidade física, profissional (ultrapassando os limites de eficiência dos mecanismos de compensação), não obstante o tratamento clínico e/ou cirúrgico adequado, ou quando induzirem à morte prematura.

A limitação da capacidade física, funcional e profissional é definida habitualmente pela presença de uma ou mais das seguintes síndromes: insuficiência cardíaca, insuficiência coronariana, arritmias complexas, bem como hipoxemia e manifestações de baixo débito cerebral, secundárias a uma cardiopatia.

A avaliação da capacidade funcional do coração permite a distribuição dos pacientes em Classes ou Graus, assim descritos:

- a) GRAU I - Pacientes portadores de doença cardíaca sem limitação da atividade física. A atividade física normal não provoca sintomas de fadiga acentuada, nem palpitações, nem dispnéias, nem angina de peito;
- b) GRAU II - Pacientes portadores de doença cardíaca com leve limitação da atividade física. Estes pacientes sentem-se bem em repouso, porém os grandes esforços provocam fadiga, dispnéia, palpitações ou angina de peito;
- c) GRAU III - Pacientes portadores de doença cardíaca com nítida limitação da atividade física. Estes pacientes sentem-se bem em repouso, embora acusem fadiga, dispnéia, palpitações ou angina de peito, quando efetuam pequenos esforços;
- d) GRAU IV - Pacientes portadores de doença cardíaca que os impossibilitam de qualquer atividade física. Estes pacientes, mesmo em repouso, apresentam dispnéia, palpitações, fadiga ou angina do peito.

Os meios de diagnósticos a serem empregados na avaliação da capacidade funcional do coração, cientificamente, são os seguintes:



FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU - FUNPREV

CNPJ 46.139.960/0001-38

Rua Joaquim da Silva Martha nº 13-44 - CEP 17040-012 - Bauru - SP

Fone/Fax- (14) 3227-1444

- a) história clínica, com dados evolutivos da doença;
- b) exame clínico;
- c) eletrocardiograma, em repouso;
- d) eletrocardiografia dinâmica (Holter);
- e) teste ergométrico;
- f) ecocardiograma, em repouso;
- g) ecocardiograma associado a esforço ou procedimentos farmacológicos;
- h) estudo radiológico do tórax, objetivando o coração, vasos e campos pulmonares, usando um mínimo de duas incidências;
- i) cintilografia miocárdica, associada a teste ergométrico (tecnásio);
- j) cintilografia miocárdica associada a dipridamol e outros fármacos;
- l) cinecoronarioventriculografia.

Nos periciados portadores de doença cardíaca, não identificável com os meios de diagnósticos citados anteriormente, deverão ser utilizados outros exames e métodos complementares, que a medicina especializada venha a exigir.

Os achados fortuitos em exames complementares especializados não são, por si só, suficientes para o enquadramento legal de Cardiopatia Grave, se não estiverem vinculados aos elementos clínicos e laboratoriais que caracterizem uma doença cardíaca incapacitante.

O quadro clínico, bem como os recursos complementares, com os sinais e sintomas que permitem estabelecer o diagnóstico de Cardiopatia Grave estão relacionados para as seguintes cardiopatias: cardiopatia isquêmica, cardiopatia hipertensiva, miocardiopatias, valvopatias, cardiopatias congênitas, arritmias e cor pulmonale crônico.

Em algumas condições, um determinado item pode, isoladamente, configurar Cardiopatia Grave (por exemplo, fração de ejeção < 0,35), porém, na grande maioria dos casos, a princípio, é necessária uma avaliação conjunta dos diversos dados do exame clínico e dos achados complementares para melhor conceituá-la.

AFECÇÕES OU DOENÇAS CAPAZES DE CAUSAR CARDIOPATIA GRAVE CARDIOPATIA ISQUÊMICA

- caracterizada por:

Quadro Clínico:

- a) angina classes III e IV da NYHA e da Canadian Cardiovascular 50 Society, apesar de responder a terapêutica;
- b) manifestações clínicas de insuficiência cardíaca;
- c) arritmias (associar com dados de ECG e Holter);

Eletrocardiograma (repouso);

- a) zona elétrica inativa (localização e magnitude);
- b) alterações isquêmicas de ST- T;
- c) distúrbios de condução atrioventricular e intraventricular;
- d) hipertrofia ventricular esquerda;
- e) fibrilação atrial crônica;
- f) arritmias ventriculares complexas (associar com dados do Holter).

Radiografia do Tórax:

- a) cardiomegalia;



FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU - FUNPREV

CNPJ 46.139.960/0001-38

Rua Joaquim da Silva Martha nº 13-44 - CEP 17040-012 - Bauru - SP

Fone/Fax- (14) 3227-1444

b) congestão venocapilar pulmonar.

Teste ergométrico:

- a) limitação da capacidade funcional «5 met);
- b) angina, em carga baixa «5met);
- c) infradesnível do segmento ST:
 - . precoce (carga baixa);
 - . acentuado (>3mm);
 - . morfologia horizontal ou descendente;
 - . múltiplas derivações.

- a) duração prolongada (> 6 min no período de recuperação);
- supradesnível de ST, sobretudo em área não relacionada a infarto prévio;
- b) comportamento anormal da pressão arterial diastólica (variação de PD > mm Hg);
- c) insuficiência cronotrópica (elevação inadequada da frequência cardíaca);
- d) sinais de disfunção ventricular esquerda associada ao esforço;
- e) arritmias ventriculares, desde que associadas a outros sinais de resposta isquêmica.

Cintilografia Miocárdica associada a Teste Ergométrico (Tálio, MIBI, Tecnécio)

- a) defeitos de perfusão múltiplos ou áreas extensas (áreas hipocaptantes definitivas ou transitórias);
- b) dilatação da cavidade ventricular esquerda ao esforço;
- c) hipercaptação pulmonar;
- d) fração de ejeção (FE) em repouso menor ou igual a 0,35 (valor específico para o método);
- e) comportamento anormal da FE ao exercício (variação da FE menor que 5%);
- f) motilidade parietal regional ou global anormal.

Cintilografia Miocárdica associada a Dipridamol e outros fármacos:

- a) interpretação semelhante à definida para a cintilografia com teste ergométrico.

Ecocardiograma (em repouso):

- a) fração de ejeção menor ou igual a 0,40 (valor específico para método);
- b) alterações segmentares da contratilidade ventricular;
- c) dilatação das câmaras esquerdas, especialmente se associada à hipertrofia ventricular esquerda;
- d) complicações associadas: disfunção dos músculos papilares, insuficiência mitral, comunicação interventricular, pseudo-aneurismas, aneurismas, trombos intracavitários.

Ecocardiograma associado a esforço ou procedimentos farmacológicos:

- a) aparecimento de alterações de contratilidade segmentar inexistentes no Eco em repouso;
- b) acentuação das alterações de contratilidade preexistentes;
- c) comportamento anormal da FE ao exercício (variação da FE menor que 5%).

Eletrocardiografia Dinâmica (Holter):

- a) alterações isquêmicas (ST - T) associadas à dor anginosa ou sintomas de disfunção ventricular esquerda;
- b) isquemia miocárdica silenciosa (magnitude e duração);



FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU - FUNPREV

CNPJ 46.139.960/0001-38

Rua Joaquim da Silva Martha nº 13-44 - CEP 17040-012 - Bauru - SP

Fone/Fax- (14) 3227-1444

- c) arritmias ventriculares complexas;
- d) fibrilação atrial associada à isquemia;
- e) distúrbios de condução atrioventricular e intraventricular relacionados à isquemia.

Cinecoronarioventriculografia:

- a) lesão de tronco de coronária esquerda maior ou igual a 50%;
- b) lesões triarteriais moderadas a importantes (maior ou igual a 70% do terço proximal ou médio), e "eventualmente" do leito distal, dependendo da massa miocárdica envolvida;
- c) lesões bi ou uniarteriais menor ou igual a 700/0, com grande massa miocárdica em risco;
- d) lesões ateromatosas extensas e difusas;
- e) fração de ejeção menor ou igual a 0,40%;
- f) hipertrofia ventricular esquerda e dilatação ventricular esquerda;
- g) áreas significantes de acinesia, hipocinesia e discinesia;
- h) aneurisma de ventrículo esquerdo;
- i) complicações mecânicas: insuficiência mitral, comunicação interventricular.

Fatores de risco e condições associadas:

- a) idade maior ou igual a 70 anos, hipertensão, diabetes, hipercolesterolemia familiar;
- b) vasculopatia aterosclerótica importante, em outros territórios (central, periférico).

Pós-infarto do miocárdio:

- a) disfunção ventricular esquerda (áreas de acinesia, hipocinesia e discinesia);
- b) isquemia à distância (em outra área que não a do infarto);
- c) arritmias ventriculares complexas;
- d) idade avançada;
- e) condições associadas.

CARDIOPATIA HIPERTENSIVA - a gravidade é caracterizada pela presença das seguintes condições:

- a) hipertensão essencial ou hipertensão secundária;
- b) hipertrofia ventricular esquerda detectada pelo ECG ou Ecocardiograma que regride com o tratamento;
- c) disfunção ventricular esquerda sistólica, com fração de ejeção menor ou igual a 0,40;
- d) arritmias supraventriculares e ventriculares relacionadas à hipertensão arterial;
- e) cardiopatia isquêmica associada.

MIOCARDIOPATIAS MIOCARDIOPATIAS HIPERTRÓFICAS - a gravidade é caracterizada pela presença das seguintes condições:

- a) história familiar de morte súbita;
- b) paciente sintomático, especialmente história de síncope, angina, insuficiência cardíaca e embolia sistêmica;
- c) diagnóstico na infância (baixa idade);
- d) hipertrofia moderada ou severa, com alterações isquêmicas de ST-T; cardiomegalia;
- e) disfunção ventricular esquerda sistólica e/ou diastólica;
- f) fibrilação atrial;
- g) síndrome de Wolff Parkinson White;



FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU - FUNPREV

CNPJ 46.139.960/0001-38

Rua Joaquim da Silva Martha nº 13-44 - CEP 17040-012 - Bauru - SP

Fone/Fax- (14) 3227-1444

- h) arritmias ventriculares complexas;
- g) regurgitação mitral importante;
- h) doença arterial coronária associada;
- i) forma obstrutiva com gradiente de via de saída maior ou igual a 50 mm Hg.

MIOCARDIOPATIAS DILATADAS - com as seguintes características:

- a) histórias de fenômenos tromboembólicos;
- b) cardiomegalia importante;
- c) ritmo de galope (B3);
- d) insuficiência cardíaca classe funcional III e IV;
- e) fração de ejeção menor ou igual a 0,30;
- f) fibrilação atrial;
- g) arritmias ventriculares complexas;
- h) distúrbios da condução intraventricular.

MIOCARDIOPATIA RESTRITIVA (Endomiocardifibrose, fibroelastose) a gravidade é caracterizada pela presença das seguintes condições:

- a) história de fenômenos tromboembólicos;
- b) cardiomegalia;
- c) insuficiência cardíaca classe funcional III e IV;
- d) envolvimento do ventrículo direito ou biventricular;
- e) fibrose acentuada;
- f) regurgitação mitral e/ou tricúspide importante.

CARDIOPATIA CHAGÁSICA CRÔNICA - a gravidade é caracterizada pela presença das seguintes condições:

- a) história de síncope ou fenômenos tromboembólicos;
- b) cardiomegalia acentuada;
- c) insuficiência cardíaca classe funcional III e IV;
- d) fibrilação atrial;
- e) arritmias ventriculares complexas;
- f) bloqueio bi ou trifascicular sintomático;

ARRITMIAS CARDÍACAS - constituem características de maior gravidade:

- a) disfunção do nó sinusal sintomática, com comprovada correlação sintomas/arritmias, e, especialmente em presença de síndrome braditaquiarritmica;
- b) bradiarritmias;

Bloqueio atrioventricular (BAV) do 2º grau, tipo II, ou BAV avanado;

Bloqueio atrioventricular total:

- sintomático;
- com resposta cronológica inadequada ao esforço;
- com cardiomegalia progressiva;
- fibrilação atrial com resposta ventricular baixa;
- bloqueios de ramo (direito ou esquerdo), permanentes ou alternantes, sintomáticos (claudicação cerebral ou insuficiência cardíaca).



FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU - FUNPREV

CNPJ 46.139.960/0001-38

Rua Joaquim da Silva Martha nº 13-44 - CEP 17040-012 - Bauru - SP

Fone/Fax- (14) 3227-1444

Taquiarritmias:

- a) taquicardias ventriculares sintomáticas (claudicação cerebral elou comprometimento hemodinâmico), de qualquer etiologia;
- b) taquicardias supraventriculares sintomáticas (claudicação , comprometimento hemodinâmico, taquicardiomiopatia, fenômenos tromboembólicos) de qualquer etiologia e desencadeados por qualquer mecanismo.
- c) síndrome de préexcitação ventricular, com alto risco de morte súbita, determinado por estudos invasivos;
- d) portadores de marcapasso cardíaco definitivo (antibradi ou antitaquicardia), cuja capacidade funcional se mantém limitada pela cardiopatia subjacente.

COR PULMONALE CRÔNICO

Constituem características de maior gravidade:

Quadro clínico:

- a) manifestações de hipóxia cerebral e periférica (dedos em ba queta de tambor);
- b) insuficiência cardíaca direita;
- c) dores anginosas;
- d) crises sincopais;
- e) hiperfonese canglorosa da segunda bulha no foco pulmonar;
- f) galope ventricular direito (83) P02 < 60 mm Hg; PC02 > 50 mm Hg.

Eletrocardiograma:

Sinais de sobrecarga importante de câmaras direitas.

- a) hipertrofia ventricular direita com disfunção diastólica elou sistólica;
- b) grande dilatação do átrio direito;
- c) pressão sistólica em artéria pulmonar, calculada a partir das pressões do VD e AD, maior ou igual a 60 mm Hg;
- d) insuficiência tricúspide importante;
- e) inversão do fluxo venoso na sístole atrial.

Estudos hemodinâmicos:

- a) dilatação do tronco da artéria pulmonar;
- b) dilatação do ventrículo direito;
- c) dilatação do átrio direito;
- d) pressão na artéria pulmonar maior ou igual a 60 mm Hg;
- e) pressão no átrio direito maior ou igual a 15 mm Hg;
- f) insuficiência pulmonar;
- g) insuficiência tricúspide.

CARDIOPATIAS CONGÊNITAS

Caracterizam-se como graves as cardiopatias congênitas que apresentam:



FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU - FUNPREV

CNPJ 46.139.960/0001-38

Rua Joaquim da Silva Martha nº 13-44 - CEP 17040-012 - Bauru - SP

Fone/Fax- (14) 3227-1444

Do ponto de vista clínico:

- a) crises hipoxêmicas;
- b) insuficiência cardíaca (classes III e IV);
- c) hemoptises, pela presença de circulação colateral brônquica;
- d) arritmias de difícil controle e potencialmente malignas.

Do ponto de vista anatômico:

- a) doença arterial pulmonar;
- b) necrose miocárdica, por doença coronária ou origem anômala das artérias coronárias;
- c) drenagem anômala total infracardíaca ou origem das artérias coronárias;
- d) drenagem anômala total infracardíaca ou com obstruções severas da conexão das veias pulmonares com as sistêmicas;
- e) hipertrofia ventricular direita;
- f) agenesias valvulares (pulmonar e aórtica);
- g) hipoplasia ou atresia de válvulas pulmonares, aórtica e mitral;
- h) hipoplasia ou atresia do coração esquerdo;
- i) estenose mitral;
- j) transposição das grandes artérias com hiper-resistência pulmonares ou ausência de comunicações;
- l) ventrículos únicos com atresias valvares;
- m) ectopias cardíacas com alterações múltiplas;
- n) cardiopatias complexas.

VALVOPATIAS INSUFICIÊNCIA MITRAL

Caracterizada por quadro clínico:

- a) insuficiência cardíaca classes funcionais III e IV;
- b) frêmito sistólico palpável na região da ponta;
- c) primeira bulha inaudível ou acentuadamente hipofonética no foco mitral;
- d) sopro holossistólico, no foco mitral, de intensidade > 3/6, com irradiação em faixa ou círculo;
- e) segunda bulha hiperfonética, no foco pulmonar;
- f) desdobramento amplo e constante da segunda bulha, no foco pulmonar.

Eletrocardiograma:

- a) sinais progressivos de sobrecarga atrial e ventricular esquerdas;
- b) fibrilação atrial.

Estudo radiológico:

- a) aumento acentuado da área, com predominância das cavidades esquerdas;
- b) sinais de congestão venocapilar pulmonar;
- c) sinais de hipertensão pulmonar.

Ecocardiograma:

- a) presença de jato regurgitante, de grande magnitude;
- b) comprometimento progressivo da função ventricular sistólica;
- c) aumento significativo do diâmetro sistólico do ventrículo esquerdo;



FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU - FUNPREV

CNPJ 46.139.960/0001-38

Rua Joaquim da Silva Martha nº 13-44 - CEP 17040-012 - Bauru - SP

Fone/Fax- (14) 3227-1444

- d) inversão do fluxo sistólico, em veia pulmonar;
- e) sinais de hipertensão pulmonar;

Hemodinâmica e angiografia:

- a) onda "v" com valor maior ou igual a 3 vezes, em relação à média do capilar pulmonar;
- b) opacificação do átrio esquerdo igual ou superior que a do ventrículo esquerdo: graus III e IV da classificação de Sellers;
- c) fração de regurgitação maior ou igual a 60% (FR = volume de regurgitação/volume sistólico total).

ESTENOSE MITRAL - caracterizada por:

Quadro clínico:

- a) história de comissurotomia mitral prévia;
- b) fenômenos tromboembólicos;
- c) insuficiência cardíaca classes funcionais III e IV;
- d) episódios de edema pulmonar agudo;
- e) escarros hemoptóicos;
- f) fibrilação atrial;
- g) estalido de abertura de valva mitral precoce;
- h) impulsão sistólica de ventrículo direito;
- i) segunda bulha hiperfonética, no foco pulmonar;
- j) sinais de insuficiência tricúspide.

Eletrocardiograma:

- a) fibrilação atrial;
- b) sinais de sobrecarga de câmaras direitas.

Estudo radiográfico:

- a) inversão do padrão vascular pulmonar;
- b) sinais de hipertensão venocapilar pulmonar;
- c) sinais de hipertensão arteriolar pulmonar;

Ecocardiograma:

- a) área valvar < 1,0 cm² tempo de % pressão > 200 ms;
- b) gradiente transvalvar mitral médio > 15 mm Hg;
- c) sinais de hipertensão pulmonar (pressão sistólica da artéria pulmonar > 50 mm Hg);
- d) presença de trombo, no átrio esquerdo.

Hemodinâmica:

- a) área valvar < 1,0 cm² gradiente diastólico mitral médio > 15 mm Hg;
- b) pressão média de capilar pulmonar ou de átrio esquerdo > 20 mm Hg;
- c) pressão sistólica de artéria pulmonar > 50 mm Hg.



FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU - FUNPREV

CNPJ 46.139.960/0001-38

Rua Joaquim da Silva Martha nº 13-44 - CEP 17040-012 - Bauru - SP

Fone/Fax- (14) 3227-1444

INSUFICIÊNCIA AÓRTICA - caracterizada por:

Quadro clínico:

- a) insuficiência cardíaca classes funcionais III e IV;
- b) manifestações de baixo débito cerebral (tontura, lipotímia, síncope);
- c) síndrome de Martan associada;
- d) presença de galope ventricular (83);
- e) sopro de Austin-Flint, na ponta;
- f) ictus hipercinético, deslocado externamente;
- g) pressão diastólica próxima a zero;
- h) queda progressiva da pressão arterial sistólica.

Eletrocardiograma:

- a) sinais de sobrecarga ventricular esquerda, com onda T negativa, em precordiais esquerdas;
- b) sinais de sobrecarga atrial esquerda;
- c) fibrilação atrial.

Estudo radiográfico:

- a) aumento importante da área cardíaca com franco predomínio de ventrículo esquerdo (aspecto em "bota");
- b) dilatação da aorta ascendente, da croça e do segmento descendente;
- c) dilatação do átrio esquerdo.

Ecocardiograma:

- a) jato regurgitante Ao/VE largo e extenso;
- b) fluxo reverso holodiastólico da aorta descendente;
- c) abertura valvar mitral, ocorrendo somente com a sístole atrial;
- d) piora progressiva dos parâmetros da função sistólica ventricular esquerda;
- e) queda da fração de ejeção ao ecocardiograma de esforço.

Medicina nuclear associada a teste ergométrico:

- a) comportamento anormal da fração de ejeção.

Hemodinâmica e angiografia:

- a) baixa pressão diastólica da aorta, tendendo à equalização das pressões diastólicas aortoventriculares;
- b) pressão diastólica final do ventrículo esquerdo (Pd2 VE) elevada (maior ou igual a 20 mm Hg);
- c) opacificação igual ou mais densa do ventrículo esquerdo em comparação com a aorta, durante aortografia (Graus III e IV de Sellers);
- d) fração de regurgitação igual ou maior do que 60%.



FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU - FUNPREV

CNPJ 46.139.960/0001-38

Rua Joaquim da Silva Martha nº 13-44 - CEP 17040-012 - Bauru - SP

Fone/Fax- (14) 3227-1444

ESTENOSE AÓRTICA - caracterizada por:

Quadro clínico:

- a) sintomas de baixo débito cerebral (tontura, lipotímia, síncope);
- b) angina de peito;
- c) presença de terceira bulha;
- d) insuficiência cardíaca;
- e) pressão arterial diferencial reduzida;
- f) pico tardio de intensidade máxima do sopro;
- g) desdobramento paradoxal da segunda bulha;
- h) fibrilação atrial

Eletrocardiograma:

- a) sinais de sobrecarga ventricular esquerda importante, com Infra desnivelamento de ST e onda T negativa, em precordiais esquerdas;
- b) fibrilação atrial;
- c) arritmias ventriculares;
- d) bloqueio atrioventricular total.

Ecocardiograma:

- a) área valvar menor ou igual a 0,75 cm²;
- b) gradiente médio de pressão transvalvar aórtica maior ou igual a 50 mm Hg;
- c) gradiente máximo maior ou igual a 70 mm Hg;
- d) sinais de hipocinesia ventricular esquerda.

Hemodinâmica:

- a) área valvar igualou menor a 0,75 mm Hg;
- b) hipocinesia ventricular esquerda;
- c) coronariopatia associada.

PROLAPSO VALVAR MITRAL - história familiar de morte súbita;

- a) história de síncope;
- b) fenômenos trombo-embólicos;
- c) síndrome de Marfan associada;
- d) arritmias ventriculares complexas;
- e) fibrilação atrial;
- f) disfunção ventricular esquerda;
- g) regurgitação mitral importante;
- h) prolapso valvar tricúspide associado;
- i) cardiomegalia;
- j) rotura de cordoalhas tendíneas.

TUMORES CARDÍACOS

Tumores Malignos - deverão ser adotados os parâmetros exigidos para o enquadramento da neoplasia maligna.

Tumores benignos, com alterações funcionais irreversíveis devem ser avaliados dentro dos parâmetros exigidos para o enquadramento como cardiopatia grave.



FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU - FUNPREV

CNPJ 46.139.960/0001-38

Rua Joaquim da Silva Martha nº 13-44 - CEP 17040-012 - Bauru - SP

Fone/Fax- (14) 3227-1444

A ausência de um ou outro aspecto que caracterizam a patologia não afasta o diagnóstico de Cardiopatia Grave, desde que seja identificada a doença, por características que se fizerem evidentes e que sejam mais marcantes.

NORMAS DE PROCEDIMENTOS DAS JUNTAS MÉDICAS

Os portadores de lesões cardíacas que incidem nas especificações dos Graus III ou IV serão considerados como portadores de Cardiopatia Grave, pelas Juntas Médicas.

Os portadores de lesões cardíacas que incidem nas especificações dos Graus I e II da avaliação da capacidade funcional do coração, e que puderem desempenhar tarefas compatíveis com a deficiência funcional, somente serão considerados incapazes por Cardiopatia Grave, quando, fazendo uso de terapêutica específica e depois de esgotados todos os recursos terapêuticos, houver progressão da patologia, comprovada mediante exame clínico e exames subsidiários.

A idade do paciente, sua atividade profissional, meio de locomoção usado para ir ao trabalho, e a incapacidade de reabilitação são parâmetros que devem ser considerados na avaliação dos portadores de lesões cardíacas dos graus I e II.

Os portadores de lesões cardíacas susceptíveis de correção cirúrgica, desde que em condições físicas satisfatórias para se submeterem a tal procedimento, serão reavaliados após a cirurgia e, se incapacitados, enquadrados como portadores de cardiopatia grave.

Os portadores de hipertensão arterial secundária, passível de tratamento cirúrgico, desde que em condições físicas satisfatórias para se submeterem a tal procedimento, terão sua capacidade funcional avaliada, após o tratamento da doença hipertensiva.

Os portadores de valvulopatias susceptíveis de correção cirúrgica, desde que em condições físicas satisfatórias para se submeterem a tal procedimento, terão sua capacidade funcional reavaliada após a correção salvo se as alterações cardiovasculares, pela longa evolução ou gravidade, sejam consideradas irreversíveis ou comprometedoras da atividade funcional.

As arritmias graves, comprovadas eletrocardiograficamente resistentes ao tratamento, ou cursando com episódios tromboembólicos, serão consideradas como Cardiopatia Grave, mesmo na ausência de outros sinais clínicos, radiológicos ou ecocardiográficos de alterações cardiovasculares.

As Juntas Médicas somente enquadrarão os pacientes como portadores de Cardiopatia Grave quando afastada totalmente a possibilidade de regressão da condição patogênica, podendo aguardar em tratamento especializado por 24 (vinte e quatro) meses. As Juntas Médicas poderão fazer o enquadramento de Cardiopatia Grave, dispensando o prazo de observação e tratamento nos casos de enfermidade cardiovascular sem terapêutica específica ou de evolução rápida elou com mau prognóstico, em curto prazo.

O prazo de observação e tratamento supracitado poderá ser dispensado nos pacientes que apresentem fatores de risco e condições associadas, tais como: idade igual ou superior a 70 anos, hipertensão arterial, diabetes, hipercolesterolemia familiar, valvulopatia aterosclerótica importante, em outros territórios (central, periférico), pacientes já submetidos a revascularização cardíaca e nos pós-infartados.

As insuficiências cardíacas elou coronarianas classificam-se como Graves quando enquadradas nas classes funcionais III e IV da NYHA e, eventualmente as classes II da referida classificação



FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU - FUNPREV

CNPJ 46.139.960/0001-38

Rua Joaquim da Silva Martha nº 13-44 - CEP 17040-012 - Bauru - SP

Fone/Fax- (14) 3227-1444

na dependência da idade, da atividade profissional, das características funcionais do cargo, da coexistência de outras doenças e da Incapacidade de reabilitação, apesar do tratamento médico em curso.

Os laudos das Juntas Médicas deverão conter, obrigatoriamente, os diagnósticos: etiológico, anatômico e funcional (reserva cardíaca), e afirmação ou negação de Cardiopatia Grave, para o enquadramento legal da lesão incapacitante.

Quando não for possível firmar-se o diagnóstico etiológico, esse deverá ser citado como sendo desconhecido.

Os laudos encaminhados às Juntas Médicas pelo médico acompanhante deverão conter, obrigatoriamente, a classe funcional, os elementos que foram utilizados para a classificação e os exames que comprovem o correto enquadramento.

**CEGUEIRA
CONCEITUAÇÃO:**

Cegueira ou amaurose é um estado patológico no qual a acuidade visual de ambos os olhos é igual a zero, sem percepção luminosa, após esgotados os recursos de correção óptica.

São equivalentes à cegueira e como tais considerados: os casos de perda parcial da visão, nos limites previstos nesta norma, não susceptíveis de correção óptica, nem capazes de serem beneficiados por tratamento médico-cirúrgico.

Os casos de redução muito acentuada e irreversível do campo visual (visão tubular), comprovados por campimetria, independente do grau de acuidade visual central, que motivem dificuldade de locomoção e de orientação espacial do paciente, exigindo a ajuda de terceiros;

GRAUS DE PERDA PARCIAL DA VISÃO EQUIVALENTE À CEGUEIRA

GRAU I - quando a acuidade visual máxima, em ambos os olhos e com a melhor correção óptica possível, for inferior a 20/70 na escala SNELLEN, e a mínima igual ou superior a 20/700 na escala SNELLEN; bem como, em caso de perda total da visão de um dos olhos quando a acuidade no outro olho, com a melhor correção óptica possível, for inferior a 20/50 na escala de SNELLEN;

GRAU II - quando a acuidade visual máxima, em ambos os olhos, e com a melhor correção óptica possível, for inferior a 20/200 SNELLEN, e a mínima for igual ou superior a 20/400 SNELLEN;

GRAU III - quando a acuidade visual máxima, em ambos os olhos e com melhor correção óptica possível, for inferior a 20/400 SNELLEN, e a mínima igual ou superior a 20/1200 SNELLEN;

GRAU IV - quando a acuidade visual máxima, em ambos os olhos, e com melhor correção óptica possível, for inferior a 20/20.000 SNELLEN ou apresentar, como índice máximo, a capacidade de contar dedos à distância de 01 (um) metro e a mínima limitar-se à percepção luminosa.

Serão enquadrados nos Graus I, II e III os pacientes que tiverem redução do campo visual, no melhor olho, entre 20º e 10º, entre 10º e 5º e menor que 5º, respectivamente.



FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU - FUNPREV

CNPJ 46.139.960/0001-38

Rua Joaquim da Silva Martha nº 13-44 - CEP 17040-012 - Bauru - SP

Fone/Fax- (14) 3227-1444

AVALIAÇÃO DA ACUIDADE VISUAL - ESCALAS ADOTADAS

Para uniformidade de linguagem e facilidade de julgamento dos graus de perda da acuidade visual, A Junta Médica de Saúde adotarão as escalas SNELLEN e DECIMAL na avaliação da acuidade visual para longe, e a escala JAEQUER na avaliação da acuidade visual para perto.

Equivalência das escalas usadas na avaliação da acuidade visual para longe:

SNELLEN	DECIMAL	% DE VISÃO
20/20	1,0	100
20/22	0,9	98,0
20/25	0,8	95,5
20/29	0,7	92,5
20/23	0,6	88,5
20/40	0,5	84,5
20/50	0,4	76,5
20/67	0,3	67,5
20/100	0,2	49,0
20/200	0,1	20,0

Equivalência das escalas usadas na avaliação da acuidade visual para perto

JAEQUER	1	2	3	4	6	7	8	10	11	14
% DE VISÃO	100	100	90	80	50	40	30	20	15	5

Após a avaliação da acuidade visual de cada olho em separado, sendo dado o peso 3 ao percentual de visão do olho melhor e peso 1 ao percentual de visão do olho pior, saberemos a Eficiência Visual Binocular (EVB) somando os valores percentuais multiplicados por seus pesos e dividindo-se por 4 assim, se a eficiência de QD = 90% e de OE= 30%, teremos: $EVB = (3 \times 90 + 1 \times 30) \div 4 = 75\%$.

NORMAS DE PROCEDIMENTO DA JUNTA MÉDICA

As Juntas Médicas concluirão pela incapacidade definitiva dos portadores de perda total de visão (cegueira), sem percepção luminosa, determinada por afecção crônica, progressiva e irreversível, à luz de parecer especializado.

As Juntas Médicas, de acordo com a amplitude de conceito legal, também concluirão pela invalidez permanente, por cegueira, dos inspecionados que apresentarem diminuição acentuada da acuidade visual, nos graus II, III e IV descritos acima, em decorrência de afecção crônica, progressiva, não susceptível de correção óptica, nem removível por tratamento médico-cirúrgico, à luz de parecer especializado.

As Juntas Médicas, ao emitirem laudos de invalidez de portadores de afecção que os incluam nos graus de diminuição da acuidade visual descritos acima, deverão escrever entre parênteses ao lado do diagnóstico, a expressão " Equivalente à Cegueira".



FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU - FUNPREV

CNPJ 46.139.960/0001-38

Rua Joaquim da Silva Martha nº 13-44 - CEP 17040-012 - Bauru - SP

Fone/Fax- (14) 3227-1444

Somente a cegueira adquirida posterior ao ingresso do servidor no cargo constitui motivo para aposentadoria por invalidez permanente. É necessário ter atenção para servidores que entram no serviço público com graves deficiências visuais ou mesmo cego, que no caso de agravamento poderão pleitear aposentadoria. Nesse caso, deve-se reportar ao exame de admissão para se ter um parâmetro de avaliação da condição atual.

Em resumo, serão considerados portadores de deficiência visual comparável a cegueira os examinados que apresentarem acuidade visual no melhor olho, de 20/200 (0,1), esgotados os meios ópticos e cirúrgicos para correção, ou campo visual inferior a 20 graus (campo tubular), ou ocorrência de ambos. Os casos de perda transitória de visão não poderão ser considerados para esse critério bem como os que ingressaram no serviço público já portadores de deficiência compatível com cegueira.

**ESPONDILITE ANQUILOSANTE
CONCEITUAÇÃO**

Espondilite Anquilosante, inadequadamente denominada de Espondiloartrose Anquilosante nos textos legais, é uma doença inflamatória de etiologia desconhecida, que afeta principalmente as articulações sacroilíacas, interapofisárias e costovertebrais, os discos intervertebrais e o tecido conjuntivo frouxo que circunda os corpos vertebrais, entre estes e os ligamentos da coluna. O processo geralmente se inicia pelas sacroilíacas e, ascensionalmente, atinge, a coluna vertebral.

Há grande tendência para a ossificação dos tecidos inflamados e desta resulta rigidez progressiva da coluna. As articulações periféricas também podem ser comprometidas, principalmente as das raízes dos membros (ombros e coxofemorais), daí a designação rizomélica.

Entende-se por Anquilose ou Ancilose, a rigidez ou fixação de uma articulação, reservando-se o conceito de anquilose óssea verdadeira à fixação completa de uma articulação em conseqüência de fusão patológica que a constitui.

Dentre as denominações comumente dadas à Espondilite Anquilosante podemos destacar as seguintes: espondilite (ou espondilose) rizomélica, doença de Pierre-Marie-Strumpell, Espondilite Ossificante Ligamentar, Síndrome (ou doença) de Veu-Bechterew, Espondilite Reumatóide, Espondilite Juvenil ou do adolescente, Espondiloartrite Anquilopoética, Espondilite Deformante, Espondilite Atrófica Ligamentar, Pelviespondilite Anquilosante, apesar de a Escola Francesa utilizar a designação de Pelviespondilite Reumática.

As artropatias degenerativas da coluna vertebral, também conhecidas como artroses, osteoartrites hipertróficas, acarretam maior ou menor limitação dos movimentos da coluna pelo comprometimento das formações extra-articulares e não determinam Anquilose.

NORMAS DE PROCEDIMENTO DA JUNTA MÉDICA

A Junta Médica procederá ao enquadramento legal dos portadores de Espondilite Anquilosante, pela incapacidade total e permanente acarretada por essa doença.

Ao firmarem seus laudos, a Junta Médica deverão fazer constar:

O diagnóstico nosológico;



FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU - FUNPREV

CNPJ 46.139.960/0001-38

Rua Joaquim da Silva Martha nº 13-44 - CEP 17040-012 - Bauru - SP

Fone/Fax- (14) 3227-1444

A citação expressa da existência da anquilose da coluna vertebral;
A citação dos segmentos da coluna vertebral atingidos.

A Junta Médica farão o enquadramento legal, equiparado ao da Espondiloartrose Anquilosante, aos portadores de artropatias degenerativas da coluna vertebral em estado grave, com extenso comprometimento e acentuado prejuízo à mobilidade da coluna vertebral.

A Junta Médica poderão aposentar por invalidez para o serviço os portadores de afecções da coluna vertebral que, por seu grave comprometimento e extensa imobilidade, se tornarem incapacitados para qualquer trabalho.

A Junta Médica, além dos elementos clínicos de que dispõem e dos pareceres da Medicina especializada, deverão ter os seguintes exames subsidiários elucidativos:

- a) comprovação radiológica de anquilose ou do comprometimento da coluna vertebral e bacia (articulações sacroilíacas);
- b) cintilografia óssea;
- c) teste sorológico específico HLA B27;
- d) tomografia computadorizada de articulações sacroilíacas e da coluna.

**ESTADOS AVANÇADOS DA DOENÇA DE PAGET (OSTEÍTE DEFORMANTE)
CONCEITUAÇÃO**

A Doença de Paget é uma afecção óssea crônica, caracterizada por deformações ósseas de evolução lenta e progressiva, de etiologia desconhecida, geralmente assintomática e acometendo um só osso ou, menos freqüentemente, atingindo várias partes do esqueleto.

A evolução da doença, que pode ser acompanhada de Sintomatologia dolorosa e fraturas espontâneas, processa-se em duas fases:

- a) fase ativa ou osteoporótica, caracterizada pela formação de tecido ricamente vascularizado, onde são comuns fraturas com consolidação rápida;
- b) fase de relativa inatividade, com formação de tecido ósseo denso e menos vascularizado, onde as fraturas têm retardo de consolidação.

Os Estados Avançados da Doença de Paget apresentam as seguintes características:

- a) lesões ósseas generalizadas, deformidades ósseas, osteoartrites secundárias, fraturas espontâneas e degeneração maligna (sarcoma osteogênico, fibrossarcoma e sarcoma de células redondas);
- b) complicações neurológicas e sensoriais: surdez, perturbações olfativas e neuralgias;
- c) complicações cardiovasculares: insuficiência cardíaca, arteriosclerose periférica e hipertensão arterial.

NORMAS DE PROCEDIMENTO DA JUNTA MÉDICA

As formas localizadas da Doença de Paget, assintomáticas, detectadas em exames radiológicos de rotina, ou oligossintomáticas, não serão legalmente enquadradas nessa afecção.



FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU - FUNPREV

CNPJ 46.139.960/0001-38

Rua Joaquim da Silva Martha nº 13-44 - CEP 17040-012 - Bauru - SP

Fone/Fax- (14) 3227-1444

A Junta Médica enquadrarão em incapacidade definitiva por Estados Avançados da Doença de Paget (Osteíte Deformante) os pericidados que apresentarem as formas extensas da doença de acordo com as características já citadas na página anterior.

Também serão enquadradas em incapacidade definitiva as formas monostóticas com deformidades acentuadas e dolorosas e aquelas que apresentarem dificuldade para marcha, característica da coxopatia Pagética.

Ao firmarem o diagnóstico, A Junta Médica deverão registrar a extensão das deformidades e partes ósseas atingidas, o tipo de complicação que determinou a incapacidade e os exames subsidiários que comprovem o diagnóstico.

Exames subsidiários elucidativos e indispensáveis:

- a) exame radiológico;
- b) dosagem da fosfatem alcalina;
- c) dosagem da hidroxiprolina urinária nas 24 horas.

HANSENÍASE CONCEITUAÇÃO

A Hanseníase é uma doença infecto-contagiosa de notificação compulsória, causada pelo Mycobacterium Leprae (bacilo de Hansen), de curso crônico, podendo apresentar surtos reacionais intercorrentes.

Fica proscrita a sinonímia "LEPRA" nos documentos oficiais do Serviço Médico.

CLASSIFICAÇÃO

A Hanseníase pode ser classificada nas seguintes formas clínicas:

- a) Paucibacilares (PB) Baciloscopia negativa 1) Tuberculóide (T); 2) Indeterminada (I) Mitsuda positiva.
- b) Multibacilares (MB) Baciloscopia positiva 1) Virchowiana (V); 2) Dimorfa (D); 3) Indeterminada (I) Mitsuda negativa.

O teste de Mitsuda é recomendado para agrupar as formas clínicas I em PB ou MB. A forma clínica I com Mitsuda negativa é potencialmente MB.

Principais características das formas clínicas de Hanseníase:

Hanseníase Tuberculóide (I) apresenta lesões tórpidas ou reacionais anestésicas ou hipoestésicas circunscritas, acompanhadas de anidrose ou hipoidrose e alopecia com acentuada estabilidade dentro do tipo.

Lesões Tórpidas:

- a) reação de Mitsuda sempre positiva;
- b) o exame bacterioscópico revela ausência de bacilos nas lesões e na linfa cutânea;
- c) o exame histológico evidencia a presença de granuloma tipo tuberculóide de células epitelióides e células gigantes tipo Langhans;



FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU - FUNPREV

CNPJ 46.139.960/0001-38

Rua Joaquim da Silva Martha nº 13-44 - CEP 17040-012 - Bauru - SP

Fone/Fax- (14) 3227-1444

d) o exame clínico identifica as lesões em pápulas e tubérculos bem delimitados, nas quais as micropápulas, numerosas ou únicas, se desenvolvem em pele aparentemente normal ou sobre manchas do grupo indeterminado, ou sobre lesões tuberculóides em reação na fase involutiva. As micropápulas podem ser mais coradas que a pele normal, acastanhadas ou avermelhadas, com tendência a coalescerem.

Podem apresentar descamação pteriônica. Da erupção de novas pápulas resultam hansênides figuradas ou marginadas, anulares, ovais elípticas, bem delimitadas, de centro claro e bordas elevadas. A discreta atrofia na área central indica a progressão centrífuga da hansênide. São freqüentes as neurites (mononeurites), podendo aparecer lesões cutâneas e espessamento dos nervos.

Lesões Reacionais:

- a) reação de Mitsuda positiva;
- b) o exame bacterioscópico pode ser positivo;
- c) o exame histológico revela o granuloma tuberculóide com edema inter e intracelular;
- d) o exame clínico mostra placas eritêmato-violáceas edematosas, escamosas, elevadas, com contornos nítidos, de localização palmoplantar, periorifical da face e occipital, ou tomam extremidades dos membros à maneira de bota ou luva. As lesões geralmente são polimorfas e os tubérculos e extremidades dos membros à maneira de bota ou luva. As lesões geralmente são polimorfas e os tubérculos e nódulos eritêmatovioláceos são sugestivos do diagnóstico.

Hanseníase Virchowiana (V) apresenta lesões da pele, mucosas, olhos, nervos periféricos (polineurites) vísceras sempre tendentes à difusão e expansão.

Características principais:

- a) reação de Mitsuda negativa;
- b) o exame bacteriológico evidencia numerosos bacilos e globiais nas lesões e na tinfa cutânea;
- c) ao exame histopatológico: infiltrado perineural, perivascular e periglandular dos histócitos contendo bacilos, com a formação de globias (células de Virchow degeneração lipoídica), formando a estrutura hansenomatosa patognomônica;
- d) as lesões cutâneas, em geral anestésicas, consistem em: eritema e infiltração difusa, máculas eritêmato-pigmentadas acompanhadas de tubérculos e nódulos formando hansenomas, alopecia (principalmente dos supercílios madarose), atrofia da pele e músculos, infiltração da face com intumescimento nasal e dos pavilhões auriculares (fácies leonina). No comprometimento das mucosas, é precoce o aparecimento de rinite posterior e destruição do septo nasal.

Podem ocorrer também lesões viscerais principalmente do fígado, baço e testículos. Os nervos mais comumente atingidos são: cubital, ciático, poplíteo externo e auricular magno. Hanseníase Indeterminada (I) assim classificada porque na ausência de tratamento pode evoluir para forma Tuberculóide ou para Virchowiana. Apresenta as seguintes Características:

- a) reação de Mitsuda positiva ou negativa
- b) bacterioscopia das lesões e linfa negativos;
- c) histologicamente apresenta infiltrados discretos de linfócitos e fibroblastos ao redor dos capilares, anexos cutâneos e a terminações nervosas;



FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU - FUNPREV

CNPJ 46.139.960/0001-38

Rua Joaquim da Silva Martha nº 13-44 - CEP 17040-012 - Bauru - SP

Fone/Fax- (14) 3227-1444

d) ao exame clínico encontram-se manchas com alteração da sensibilidade superficial, de bordas imprecisas, hipocrônicas ou ligeiramento eritematosas, acompanhadas de alopecia e distúrbios da sudorese (hipohidrose ou anidrose), isoladas, geralmente planas.

Hanseníase Dimorfa (D) Apresenta lesões cutâneas semelhantes tanto às da forma Virchowiana quanto às da forma Tuberculóide, e que tendem, freqüentemente, a evoluir para a forma Virchowiana na ausência de tratamento.

Apresenta as seguintes características

a) Clinicamente, as lesões dermatológicas lembram, pelo aspecto e distribuição, as da reação tuberculóide das quais se distinguem pela imprecisão dos limites externos e pela pigmentação ocre ou ferruginosa, dando uma tonalidade fulva ou acastanhada, próprias da Hanseníase Virchowiana.

As lesões, geralmente cervicais, apresentam anestesia, anidrose e alopecia e cursam com surtos eruptivos. Mãos túmidas, cianóticas e com extremidades afiladas;

b) a bacterioscopia da pele é fortemente positiva nas lesões fulvas e menos nas lesões semelhante às da reação tuberculóide;

c) histologicamente, apresenta granulomas tuberculóides e infiltrados de células de Virchow;

d) reação de Mitsuda negativa ou fracamente positiva.

GRAUS DE INCAPACIDADE

Os doentes de hanseníase, independentemente da forma clínica, deverão ser avaliados no momento diagnóstico e, no mínimo anualmente, classificados quanto ao grau de incapacidade física que apresentem. Toda a atenção deve ser dada ao comprometimento neural e, para tanto, os profissionais de saúde e pacientes devem ser orientados para uma atitude de vigilância do potencial incapacitante da hanseníase.

GRAUS	MÃO	E	D	PÉ	E	D	OLHO	E	D
	Sinais e/ou sintomas			Sinais e/ou sintomas			Sinais e/ou sintomas		
0	Nenhum problema com as mãos devido à hanseníase			Nenhum problema com os pés devido à hanseníase			Nenhum problema Com os olhos devido à hanseníase		
1	Anestesia			Anestesia			Anestesia		
2	Úlceras e lesões traumáticas, garra móvel da mão, reabsorção discreta			Úlceras trópicas, garra dos artelhos, pé caído, reabsorção discreta			Lagoftalmo e/ou ectrópio, triquíase, opacidade corneana		
3	Lagoftalmo e/ou ectrópio, triquíase, opacidade corneana			Contratura, reabsorção intensa			Acuidade visual menor que 0,1 ou não conta dedos a 6 metros		
SOMA	Maior grau atribuído								



FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU - FUNPREV
CNPJ 46.139.960/0001-38
Rua Joaquim da Silva Martha nº 13-44 - CEP 17040-012 - Bauru - SP
Fone/Fax- (14) 3227-1444

NORMAS DE PROCEDIMENTO DA JUNTA MÉDICA

Os portadores de Hanseníase Indeterminada (I) realizarão tratamento sem afastamento do serviço ativo.

Os portadores de Hanseníase Tuberculóide (T) farão o tratamento sem o afastamento do serviço ativo com exceção dos casos em que:

- a) apresentarem manifestações cutâneas e/ou neurológicas incompatíveis com o desempenho de suas atividades;
- b) cursarem com surtos reacionais.

Os portadores de Hanseníase Virchowiana e Dimorfa farão o tratamento licenciados para tratamento de saúde, enquanto permanecem com as lesões em atividade ou quando evoluírem com surtos reacionais.

Os portadores de Hanseníase, mesmo nos casos de tratamento sem afastamento de suas atividades, obrigatoriamente, serão submetidos a exame médico nas seguintes situações:

- a) logo que firmado o diagnóstico;
- b) a cada 6 (seis) meses, no máximo, durante o tratamento;
- c) após o término de tratamento.

Todos os periciados portadores de Hanseníase, permanecerão sob rigoroso controle médico e deverão submeter-se a exames periódicos, determinados pela clínica especializada.

**MAL DE PARKINSON
CONCEITUAÇÃO:**

O Mal de Parkinson (Doença de Parkinson), também chamado de Paralisia Agitante, é um quadro mórbido de etiologia ainda não estabelecido, resultante do comprometimento do Sistema Nervoso Extra Piramidal e caracterizado pelos seguintes sinais:

- a) tremor hipercinesia, predominantemente postural, rítmica e não intencional, que diminui com a exceção de movimentos voluntários e pode cessar com o relaxamento total;
- b) rigidez muscular que é um sinal característico e eventualmente dominante, acompanhado do exagero de reflexos tônicos de postura e determina o aparecimento de movimentos em sucessão fracionária, conhecidos como "sinal da roda dentada" (Negro);
- c) oligocinesia - diminuição da atividade motora espontânea e conseqüente lentidão de movimentos.

A expressão Doença de Parkinson, por sua maior abrangência e por melhor atender aos conceitos científicos mais modernos sobre a enfermidade, é preferida à de Mal de Parkinson, como se refere a Lei 8.112/90 O Parkinsonismo Secundário, também chamado Síndrome de Parkinson, é conseqüente de lesões degenerativas infecciosas, parasitárias, tóxicas (inclusive medicamentos), endócrinas ou produzidas por traumatismo, choque elétrico e tumores intracranianos.



FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU - FUNPREV
CNPJ 46.139.960/0001-38
Rua Joaquim da Silva Martha nº 13-44 - CEP 17040-012 - Bauru - SP
Fone/Fax- (14) 3227-1444

NORMAS DE PROCEDIMENTO DA JUNTA MÉDICA

Quaisquer das formas clínicas do Mal de Parkinson ou Parkinsonismo Secundário podem levar à incapacidade definitiva para o serviço, quando determinarem impedimento do periciado para o desempenho das atividades normais e não for possível o controle terapêutico da doença.

A Junta Médica não deverão enquadrar como incapazes definitivamente para o serviço os portadores de Parkinsonismo Secundário, derivado do uso de medicamentos quando, pela supressão destes, houver regressão e desaparecimento do quadro clínico.

A Junta Médica deverão especificar a etiologia da Síndrome de Parkinson responsável pela incapacidade do periciado, sempre que possível.

NEFROPATIA GRAVE CONCEITUAÇÃO:

São consideradas Nefropatias Graves as patologias de evolução aguda, subaguda ou crônica que, de modo irreversível, acarretam insuficiência renal, determinando incapacidade para o trabalho e ou risco de vida.

As Nefropatias Graves são caracterizadas por manifestações clínicas e alterações nos exames complementares.

Manifestações Clínicas:

- a) ectoscópicas - palidez amarelada, edema, hemorragia cutânea e sinais de prurido;
- b) cardiovasculares - pericardite sero-fibrinosa, hipertensão arterial e insuficiência cardíaca;
- c) gastrointestinais - soluço, língua saburrosa, hálito amoniacal, náuseas, vômitos, hemorragias digestivas, diarreia ou obstipação;
- d) neurológicas - cefaléia, astenia, insônia, lassidão, tremor muscular, convulsão e coma;
- e) oftalmológicas - retinopatia hipertensiva e retinopatia arteriosclerótica;
- f) pulmonares - pulmão urêmico e derrame pleural;
- g) urinárias - nictúria.

Alterações nos exames complementares

a) alterações laboratoriais:

- 1) diminuição da filtração glomerular
- 2) diminuição da capacidade renal de diluição e concentração (isostenúria)
- 3) Aumento dos níveis sanguíneos de uréia, creatinina e ácido úrico;
- 4) distúrbios dos níveis de sódio, potássio, cálcio, fósforo, glicose e lipídios;
- 5) acidose

b) alteração nos exames por imagem:

- 1) diminuição das áreas renais nas patologias crônicas ou nas isquemias agudas intensas;
- 2) distorções da imagem normal conseqüente e cicatrizes, cistos, hematomas, abscessos ou tumores;
- 3) distensão do sistema coletor nos processos primariamente obstrutivos;



FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU - FUNPREV

CNPJ 46.139.960/0001-38

Rua Joaquim da Silva Martha nº 13-44 - CEP 17040-012 - Bauru - SP

Fone/Fax- (14) 3227-1444

CLASSIFICAÇÃO

Considerado os níveis de alteração da função renal e o grau de insuficiência renal, as nefropatias cursam conforme a classificação que se segue:

a) insuficiência renal leve - Classe I:

- 1) filtração glomerular maior que 50 ml/min;
- 2) creatinina sérica entre 1,4 e 3,5 mg%.

b) insuficiência renal moderada - Classe II:

- 1) filtração glomerular entre 20 e 50 ml/min;
- 2) creatinina sérica entre 1,4 e 3,5 mg%.

c) insuficiência renal severa - Classe III:

- 1) filtração glomerular inferior a 20 ml/min;
- 2) creatinina sérica acima de 3,5 mg%.

Principais grupos de patologias que cursam com insuficiência renal e são capazes de produzir Nefropatias Grave:

- a) glomerulonefrites crônicas conseqüentes a depósitos de imunocomplexos;
- b) glomerulonefrite crônica conseqüente a anticorpo anti membrana basal;
- c) vasculites;
- d) nefropatia diabética;
- e) nefropatia hipertensiva;
- f) amiloidose renal;
- g) nefropatia por irradiação;
- h) nefropatia conseqüente à obstrução do fluxo urinário;
- i) neoplasias (hipernefroma, linfoma, infiltração leucêmica);
- j) necrose cortical difusa;
- k) necrose medular bilateral;
- l) pielonefrite crônica;
- m) obstrução arterial e/ou venosa grave (aguda ou crônica);
- n) nefrite intersticial crônica;
- o) nefropatias hereditárias (rins policísticos, Alport e outras).

NORMAS DE PROCEDIMENTO DA JUNTA MÉDICA

As nefropatias que cursam com insuficiência renal leve, Classe I, não são enquadradas como Nefropatias Graves, salvo quando firmado o diagnóstico de afecção irreversível de mau prognóstico.

As nefropatias que cursam com insuficiência renal moderada, Classe II, são enquadradas como Nefropatias Graves quando acompanhadas de sintomas e sinais que determinam a incapacidade laborativa do periciado.

As Nefropatias que cursam com insuficiência renal severa, Classe III, são enquadradas como Nefropatias Graves.



FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU - FUNPREV

CNPJ 46.139.960/0001-38

Rua Joaquim da Silva Martha nº 13-44 - CEP 17040-012 - Bauru - SP

Fone/Fax- (14) 3227-1444

A Junta Médica deverão, identificar o tipo de nefropatia seguido da afirmativa ou negativa de Nefropatia Grave, para fim de enquadramento legal.

**NEOPLASIA MALIGNA
CONCEITUAÇÃO:**

É um grupo de doenças caracterizadas pelo desenvolvimento incontrolado de células anormais que se disseminam a partir de um sítio anatômico primitivo.

PROGNÓSTICO - é determinado pelo grau de malignidade da neoplasia influenciado pelos seguintes fatores:

- a) grau de diferenciação celular;
- b) grau de proliferação celular;
- c) grau de invasão vascular e linfática;
- d) estadiamento clínico e/ou cirúrgico;
- e) resposta à terapêutica específica;
- f) estatísticas de morbidade e mortalidade de cada tipo de neoplasia.

AValiação DIAGNÓSTICA E ESTADIAMENTO DIAGNÓSTICO - o diagnóstico e a extensão da neoplasia maligna podem ser determinados pelos seguintes meios propedêuticos:

- a) exame clínico especializado;
- b) exame radiológico;
- c) exames ultrassonográficos;
- d) exames endoscópicos;
- e) exames de tomografia computadorizada;
- f) exames de ressonância nuclear magnética;
- g) exames cintilográficos;
- h) pesquisa de marcadores tumorais específicos;
- i) biópsia da lesão com estudo histopatológico;
- j) exames citológicos.

São consideradas Neoplasias Malignas as relacionadas na Classificação Internacional de Doenças (CID).

NORMAS DE PROCEDIMENTO DA JUNTA MÉDICA

A Junta Médica farão o enquadramento da invalidez definitiva por Neoplasia Maligna dos periciados quando manifestada a incapacidade para o trabalho em consequência de:

- a) neoplasia com mau prognóstico em curto prazo;
- b) forem portadores de neoplasias incuráveis;
- c) existência de seqüelas do tratamento, mesmo quando extirpada a lesão neoplásica maligna;
- d) recidiva ou metástase de neoplasia maligna.

Não serão considerados portadores de Neoplasia Maligna, os periciados submetidos a tratamentos cirúrgicos, radioterápicos e I ou quimioterápicos, que após acompanhamento clínico e laboratorial, não apresentarem evidência de atividade neoplásica.



FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU - FUNPREV

CNPJ 46.139.960/0001-38

Rua Joaquim da Silva Martha nº 13-44 - CEP 17040-012 - Bauru - SP

Fone/Fax- (14) 3227-1444

A Junta Médica deverão citar no laudo da perícia o tipo anátomo-patológico da neoplasia, sua localização, presença ou não de metástases, estadiamento clínico e acrescentar a expressão Neoplasia Maligna para fins de enquadramento legal.

Nos casos de periciados que foram submetidos à ressecção cirúrgica de Neoplasia Maligna, A Junta Médica deverão registrar esse procedimento no prontuário do periciado

**ALZHEIMER
CONCEITUAÇÃO:**

A Doença de Alzheimer é uma doença crônica, incurável, progressiva, degenerativa, que provoca a deterioração das células do cérebro. Seus principais sintomas são perda de memória, alteração de personalidade, incapacidade de compreender e julgar, dificuldades de locomoção e de comunicação.

SINAIS E SINTOMAS

Dificuldades de funções dos lobos parietal e temporal, com perda de memória e desorientação espacial. Disfunção do lobo frontal com perda de inibições sociais, incontinência de esfíncteres e abulia (perda de espontaneidade). Como a degeneração cortical é difusa, pode-se esperar que praticamente todas as partes do córtex cerebral apresentem várias disfunções tais como: afasia, apraxia, distúrbios do movimento, incluindo acinesia, distonias e mioclonia, depressão, agitação e confusão mental.

Os portadores da Doença de Alzheimer podem ser classificados em 3 estágios:

Primeiro Estágio:

Duração de 02 a 04 anos.

Sintomas: esquecimento, confusão, esquecimento de fatos e lugares, perda de iniciativa; mudanças de humor e personalidade, dificuldade em lidar com dinheiro, irritação fácil.

Segundo Estágio:

Duração de 02 a 10 anos.

Sintomas: crescente perda de memória; tempo de atenção reduzido; dificuldade de reconhecer amigos e familiares; movimentos e falas repetitivos; agitação, choro, ocasionais tremores musculares e cacoetes; alterações de percepção e de ordem motora; dificuldade em organizar o raciocínio e pensar logicamente (não encontra as palavras certas), dificuldades para ler, escrever e em lidar com números; incapacidade de assumir sua higiene pessoal sem ajuda externa, apresentando, às vezes, medo de banho; idéias fixas, delirantes e desconfiança. Precisa de supervisão em tempo integral.

Terceiro Estágio - estágio final

Duração de 01 a 03 anos.

Sintomas: não se reconhece no espelho, não reconhece a família, perda de peso mesmo com boa dieta, pouca capacidade tomar conta de si mesmo, não consegue se comunicar com palavras, não controla esfíncteres, apresenta dificuldade em segurar objetos e engolir, precisa de ajuda para todas as atividades comuns do ser humano tais como: comer, vestir-se, tomar banho, ir ao banheiro, etc; resmunga, geme, grita, produz sons com a boca, dorme demais.



FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU - FUNPREV

CNPJ 46.139.960/0001-38

Rua Joaquim da Silva Martha nº 13-44 - CEP 17040-012 - Bauru - SP

Fone/Fax- (14) 3227-1444

Risco de crises convulsivas pneumonias aspirativas, infecções urinárias e distúrbios metabólicos.

NORMAS E PROCEDIMENTOS DA JUNTA MÉDICA

A análise pericial irá se basear no quadro demencial apresentado pelo periciado. Para considera-lo como portador ou não de alienação mental deverá ser realizado o mini-exame mental.

A Junta Médica, em constatando o quadro demencial, deverão fazer constar do laudo conclusivo a necessidade de curatela definitiva para o examinado.

**PARALISIA IRREVERSÍVEL E INCAPACITANTE
CONCEITUAÇÃO**

Entende-se por paralisia a incapacidade de contração voluntária de um músculo ou grupo de músculos, resultante de uma lesão orgânica de natureza destrutiva ou degenerativa, a qual implica a interrupção de uma das vias motoras, em qualquer ponto, desde o córtex cerebral até a própria fibra muscular, pela lesão do neurônio motor central ou periférico.

A abolição das funções sensoriais, na ausência de lesões orgânicas das vias nervosas, caracteriza a paralisia funcional.

A paralisia será considerada irreversível e incapacitante quando, esgotados os recursos terapêuticos da medicina especializada e os prazos necessários à recuperação motora, permanecerem distúrbios graves e extensos que afetem a mobilidade, a sensibilidade e a troficidade e que tornem o periciado total e permanentemente impossibilitado para qualquer trabalho.

Não se equiparam às paralisias, as lesões ósteo-músculo-articulares envolvendo a coluna vertebral.

São consideradas paralisias as paresias das quais resultem alterações extensas das funções nervosas e da mobilidade, esgotados os recursos terapêuticos da medicina especializada e os prazos necessários à recuperação.

CLASSIFICAÇÃO DAS PARALISIAS

Considerando-se a localização e a extensão das lesões, as paralisias classificam-se em:

- a) paralisia isolada ou periférica - quando é atingido um músculo ou um grupo de músculos;
- b) monoplegia - quando são atingidos todos os músculos de um só membro;
- c) hemiplegia - quando são atingidos os membros superiores e inferiores do mesmo lado, com ou sem paralisia facial homo-lateral;
- e) paraplegia ou diplegia - quando são atingidos os membros superiores ou os inferiores, simultaneamente;
- f) triplegia - quando resulta da paralisia de três membros;
- g) tetraplegia - quando são atingidos os membros superiores e os inferiores.



FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU - FUNPREV
CNPJ 46.139.960/0001-38
Rua Joaquim da Silva Martha nº 13-44 - CEP 17040-012 - Bauru - SP
Fone/Fax- (14) 3227-1444

NORMAS DE PROCEDIMENTO DA JUNTA MÉDICA

Os portadores de paralisias irreversíveis e incapacitantes de um dos tipos descritos, satisfeitas as condições conceituais já especificadas, serão considerados total e permanentemente impossibilitados para qualquer trabalho.

A Junta Médica deverão citar nos laudos de perícia os diagnósticos, tanto o etiológico quanto o anatômico, caracterizando como condição indispensável para o enquadramento legal de que tratam estas normas, considerando como uma lesão definitiva e permanente.

**ESCLEROSE MÚLTIPLA
CONCEITUAÇÃO**

A Esclerose Múltipla é uma complexa doença degenerativa do sistema nervoso, de caráter geralmente progressivo, na qual a inflamação e desmielização da substância branca do sistema nervoso central resultam em vários sinais e sintomas neurológicos.

O processo patológico pode ocorrer em qualquer ponto do Sistema Nervoso Central, geralmente em adultos jovens, por volta de 30 anos, com um brusco decréscimo de seu aparecimento depois dos 45 anos.

A evolução da Esclerose Múltipla é variável e imprevisível. Identificam-se dois cursos distintos:

O primeiro denomina-se remitente recorrente, com sinais e sintomas neurológicos transitórios; é o mais comum.

O segundo, denomina-se curso progressivo, quando os sintomas e sinais neurológicos se intensificam, sem remissão, sendo o quadro neurológico mais sistematizado e geralmente com comprometimento motor.

Evolução:

A evolução é variável e imprevisível após 10 anos de início dos sintomas, 500/0 dos pacientes poderão estar inaptos para as atividades profissionais e mesmo domésticas.

SINTOMAS E SINAIS

SINTOMA: crises de longa duração, dormência, fraqueza, desequilíbrio, diplopia (visão dupla) ou baixa acuidade visual, disfunção intestinal e/ou de bexiga, vertigem, dor facial e nos braços, perda de audição, e outros. O calor ou a atividade intensa agrava a sintomatologia.

SINAIS: fraqueza simétrica (igual dos dois lados), ataxia (marcha anormal), acuidade visual diminuída (visão pobre), hiperreflexia (reflexos aumentados), perda sensitiva irregular.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

O diagnóstico diferencial é o primeiro passo já que várias são as doenças que têm uma apresentação temporal e espacial com os mesmos sinais e sintomas. As mais comuns são:

- Lupus eritematoso sistêmico;
- Rotura de disco intervertebral;



FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU - FUNPREV

CNPJ 46.139.960/0001-38

Rua Joaquim da Silva Martha nº 13-44 - CEP 17040-012 - Bauru - SP

Fone/Fax- (14) 3227-1444

- Infecções;
- Derrame;
- Tumores.

AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA:

O diagnóstico e a confirmação da doença podem ser feitos mediante as informações da anamnese para caracterizar os surtos da doença e a frequência com que ocorrem, além de exames neurológicos para caracterizar a estrutura do sistema nervoso central lesada:

Ressonância magnética; Exame do líquido céfalo-raquidiano; Exames laboratoriais (ex: Critérios de Poser et al, de 1983).

As diferentes classificações propostas distinguem um diagnóstico denominado definido, quando se identificam pelo menos dois surtos separados de pelo menos um mês, com sinais neurológicos revelando duas lesões distintas, em diferentes níveis topográficos da substância branca do sistema nervoso central.

NORMAS E PROCEDIMENTOS DA JUNTA MÉDICA

A Junta Médica farão o enquadramento de invalidez permanente por Esclerose Múltipla, nos casos de curso progressivo, com comprometimento motor ou outros distúrbios orgânicos que caracterizem a incapacidade para o exercício de suas atividades.

SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA (SIDA/AIDS) CONCEITUAÇÃO:

A SIDA/AIDS é a manifestação mais grave da infecção pelo vírus da Imunodeficiência humana (HIV), caracterizando-se por apresentar uma severa deficiência imunológica, manifestada no aparecimento de inúmeras doenças oportunistas.

CLASSIFICAÇÃO E MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

A Infecção pelo HIV pode ser classificada de acordo com as manifestações clínicas e a contagem de linfócitos Cd4.

Quanto às manifestações clínicas, os pacientes podem ser classificados dentre as seguintes categorias:

a) CATEGORIA "A":

- 1) infecção assintomática - Indivíduos com sorologia positiva para o HIV, sem apresentar sintomas;
- 2) linfadenopatia generalizada persistente - linfadenomegalia, envolvendo duas ou mais regiões extra-inguinais, com duração, no mínimo, de 3 (três) meses, associada à sorologia positiva para o HIV; infecção aguda - síndrome de mononucleose, caracterizada por febre, linfadenomegalia e esplenomegalia. A sorologia para o HIV é negativa, tornando-se positiva geralmente duas a três semanas após o início do quadro clínico.

b) CATEGORIA "B" indivíduos com sorologia positiva para o HIV, sintomáticos, com as seguintes condições clínicas:



FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU - FUNPREV

CNPJ 46.139.960/0001-38

Rua Joaquim da Silva Martha nº 13-44 - CEP 17040-012 - Bauru - SP

Fone/Fax- (14) 3227-1444

- 1) angiomatose bacilar;
- 2) candidíase orofaríngea; sintomas constitucionais (febre maior que 38,5° C ou diarreia com mais de um mês de duração).

c) CATEGORIA "C" pacientes soropositivos e sintomáticos que apresentem infecções oportunistas ou neoplasias:

- 1) candidíase esofágica, traqueal ou brônquica;
- 2) criptococose extrapulmonar;
- 3) câncer cervical uterino;
- 4) reinite, esplenite ou hepatite por citomegalovirus;
- 5) herpes simples mucocutâneo com mais de um mês de evolução;
- 6) histoplasmose disseminada;
- 7) isosporíase crônica;
- 8) micobacteriose atípica;
- 9) tuberculose pulmonar ou extrapulmonar;
- 10) pneumonia por P. carinii;
- 11) pneumonia recorrente com mais de dois episódios em um ano;
- 12) bacteremia recorrente por "salmonella";
- 13) toxoplasmose cerebral;
- 14) leucoencefalopatia multifocal progressiva;
- 15) criptosporidiose intestinal crônica;
- 16) sarcoma de Kaposi;
- 17) linfoma de Burkitt, imunoblástico ou primário de cérebro;
- 18) encefalopatia pelo HIV;
- 19) síndrome consumptiva pelo HIV.

Quanto à contagem de linfócitos CD4, os pacientes pertencem aos seguintes grupos:

- a) Grupo I - Indivíduos com número absoluto de linfócitos T auxiliares (CD4) igual ou acima de 500/mm³;
- b) Grupo II - Indivíduos com número absoluto de linfócitos T auxiliares (Cd4) entre 200 e 499/mm³;
- c) Grupo III - Indivíduos com número absoluto de linfócitos T auxiliares (CD4) menor que 200/mm³.

QUADRO DE CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA E LABORATORIAL:

GRUPO I	CD4	CATEGORIA CLÍNICA		
		A	B	C
I	500/mm ³	A1	B1	C1
II	200 - 499/mm ³	A2	B2	C2
III	200/mm ³	A3	B3	C3

A3, B3 e C são considerados SIDA/AIDS.



FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU - FUNPREV
CNPJ 46.139.960/0001-38
Rua Joaquim da Silva Martha nº 13-44 - CEP 17040-012 - Bauru - SP
Fone/Fax- (14) 3227-1444

NORMAS DE PROCEDIMENTO DA JUNTA MÉDICA

Em princípio, serão considerados incapazes definitivamente para o serviço os periciados classificados nas categorias A3, B3 e C.

Em princípio, serão considerados incapazes temporariamente para o serviço os periciados classificados nas categorias A 1, A2, B1 e B2.

Os portadores assintomáticos ou em fase de Linfadenopatia Persistente Generalizada (LPG) não serão afastados de suas atividades.

TUBERCULOSE ATIVA CONCEITUAÇÃO:

A tuberculose é uma doença infecto-contagiosa causada pelo Mycobacterium Tuberculosis, de evolução aguda ou crônica, de notificação compulsória. Pode acometer qualquer órgão, tendo no entanto nítida predileção pelo pulmão.

CLASSIFICAÇÃO:

As lesões tuberculosas são classificadas em:

Ativas;
Inativas;
De atividade indeterminada (potencial evolutivo incerto);
Curadas.

Os pacientes são distribuídos em classes, com as seguintes características:

- Classe I - Pacientes com história de exposição à tuberculose, porém sem evidência de infecção tuberculosa (teste cutâneo tuberculínico negativo);
- Classe II - Pacientes com infecção tuberculosa caracterizada pela positividade da prova cutânea tuberculínica, porém sem tuberculose;
- Classes III - Pacientes com tuberculose doença. Apresentam quadros clínico, bacteriológico, radiológico e imunológico que evidenciam e definem as lesões tuberculosas.

AValiação DO POTENCIAL EVOLUTIVO DAS LESÕES TUBERCULOSAS

Aviação clínica: presença de sinais e I ou sintomas relacionados com a doença.

Aviação Imunológica: prova tuberculínica.

Aviação bacteriológica: pesquisa do Mycobacterium Tuberculosis nos diferentes materiais, ao exame direto, cultura e inoculação em animais sensíveis.

Aviação radiológica: estudo radiológico, com destaque dos aspectos infiltrativo, cavitário, nodular e linear, entre outros, e da característica de estabilidade ou instabilidade das lesões estudadas por meio de séries de radiografias, obtidas ao longo da evolução da doença.

Aviação anátomo-patológica das peças de ressecção ou biópsia com pesquisa bacteriológica.

AValiação DO ESTADO EVOLUTIVO DAS LESÕES TUBERCULOSAS

As lesões ativas apresentam as seguintes características:



FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU - FUNPREV

CNPJ 46.139.960/0001-38

Rua Joaquim da Silva Martha nº 13-44 - CEP 17040-012 - Bauru - SP

Fone/Fax- (14) 3227-1444

a) bacteriológicas: presença do Mycobacterium Tuberculosis ao exame direto e/ou cultura de qualquer secreção ou material, colhido para exame em amostras diferentes;

b) radiológicas;

- 1) caráter infiltrativo-inflamatório das lesões, evidenciado pela reação perifocal
- 2) instabilidade das lesões infiltrativas, observadas nas séries de radiografias;
- 3) presença de cavidades com paredes espessas, com ou sem nível líquido e reação perifocal;
- 4) derrame pleural associado;
- 5) complexo gânglio-pulmonar recente.

c) imunológicas: evidência de viragem tuberculínica recente, na ausência de vacinação BCG (PPD reator forte).

d) clínicas: presença de sinais clínicos e sintomas compatíveis com a doença tuberculosa.

As lesões inativas apresentam as seguintes características:

a) bacteriológicas - ausência de Mycobacterium Tuberculosis no exame direto e/ou cultura do material colhido, com negatividade nos resultados dos exames mensais durante pelo menos 3 (três) meses, inclusive em material obtido por bronco-aspiração e negatividade dos exames das peças de ressecção;

b) radiológicas - "limpeza" radiológica completa ou muito acentuada, onde os resíduos de lesão deverão apresentar-se estáveis em séries de radiografias. Se permanecerem cavidades, estas devem apresentar saneamento, paredes finas com nível líquido ou reação perifocal, aspectos císticos ou bulhoso;

c) clínicas;

- 1) ausência de sinais e sintomas relacionados à tuberculose;
- 2) existência eventual de manifestações de entidades mórbidas não tuberculosas conseqüentes à doença e à cura (resíduos sintomáticos com lesões tuberculosas inativas);
- 3) persistência das condições clínicas favoráveis com duração de, pelo menos, 3 (três) meses.

As lesões de atividade indeterminada são aquelas que, por faltarem elementos elucidativos para caracterizar seu estado evolutivo, são temporariamente assim classificadas, até que a obtenção de dados possibilite sua inclusão no grupo das lesões ativas ou no das inativas ou curadas.

As lesões tuberculosas são ditas curadas quando após o tratamento regular com esquema tríptico, durante 6 (seis) meses, apresentem características de inatividade já descritas.

NORMAS DE PROCEDIMENTO DA JUNTA MÉDICA

Os pericuidados portadores de Tuberculose Ativa permanecerão em Licença para Tratamento de Saúde até que a baciloscopia no escarro seja negativa e que ocorra recuperação clínica do paciente, quando poderão ser julgados aptos, a despeito da necessidade da e continuação dos tratamentos, pelo tempo necessário.

De modo a comprovar, com segurança a atividade da doença, A Junta Médica deverão reavaliar o paciente ao término do tratamento, que tem a duração de 6 (seis) meses, e basear suas conclusões, obrigatoriamente, em observações clínicas e exames subsidiários.



FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU - FUNPREV

CNPJ 46.139.960/0001-38

Rua Joaquim da Silva Martha nº 13-44 - CEP 17040-012 - Bauru - SP

Fone/Fax- (14) 3227-1444

O parecer definitivo a ser adotado pela Junta Médica para os portadores de lesões tuberculosas aparentemente inativas ficará condicionado a um período de observação nunca inferior a 6 (seis) meses, contados a partir do término do tratamento.

Os periciados considerados curados, em período inferior a 2 (dois) anos de licença para tratamento de saúde, retornarão ao serviço ativo.

Os periciados que apresentarem lesões em atividade após 2 (dois) anos de afastamento do serviço para efetivo tratamento de saúde, e naqueles que ainda restarem dúvidas quanto ao estado evolutivo de suas lesões tuberculosas, após o mesmo período de tratamento, serão aposentados.

Os periciados que apresentarem "Cor pulmonale" crônico, acompanhado de sinais de insuficiência cardíaca congestiva, em consequência da gravidade ou extensão das lesões pulmonares tuberculosas, serão julgados de acordo com as normas referentes à Cardiopatia Grave, deste Manual.

Os periciados portadores de lesões tuberculosas extrapulmonares serão julgados pela Junta Médica à luz dos critérios gerais descritos nestas Normas e daqueles pertinentes a cada caso, conforme parecer das clínicas especializadas.

A Junta Médica, ao concluírem pela incapacidade definitiva dos periciados, deverão fazer constar dos laudos o diagnóstico de "Tuberculose Ativa", complementando com os dados que permitam o enquadramento legal, aplicável ao caso.

X. OUTRAS PATOLOGIAS

Detalharemos, a seguir, características de outras patologias, que, embora não estejam entre as citadas na lei que concede aposentadoria integral, são de importância relevante por sua frequência, gravidade e /ou grau de comprometimento funcional do servidor.

HEPATOPATIA GRAVE ABORDAGEM PERICIAL

Na maioria dos casos, o diagnóstico de doença hepática requer uma anamnese detalhada associada à inspeção física, além de suporte laboratorial e exames de imagem. A biópsia hepática, considerada padrão na avaliação das doenças hepáticas, atualmente é menos necessária para o diagnóstico do que para a classificação e o estadiamento da doença.

Doenças Hepáticas Apresentam-se classificadas geralmente em duas categorias: hepatocelular e colestática (obstrutiva).

Nas doenças hepatocelulares (como a hepatite viral ou a doença hepática alcoólica), inflamação e necrose hepáticas predominam como características do dano celular. Nas doenças colestáticas (como a coledolitíase, a obstrução maligna, a cirrose biliar primária e muitas doenças induzidas por fármacos), sobressai a inibição da excreção biliar. A exuberância dos sintomas iniciais pode sugerir de imediato um diagnóstico, particularmente se os principais fatores de risco forem considerados, como a idade, o sexo e a história de exposição ou comportamentos de risco.

Os sintomas típicos da doença hepática incluem icterícia, fadiga, prurido, dor no quadrante superior direito, distensão abdominal e hemorragia digestiva. Frequentemente, porém, muitos pacientes que têm diagnóstico de doença hepática crônica não possuem sintomas. As anormalidades aparecem nos exames bioquímicos hepáticos como parte de um exame de



FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU - FUNPREV

CNPJ 46.139.960/0001-38

Rua Joaquim da Silva Martha nº 13-44 - CEP 17040-012 - Bauru - SP

Fone/Fax- (14) 3227-1444

rotina ou na triagem para doação de sangue, para seguro de vida ou admissão no emprego. Os múltiplos exames disponíveis facilitam a identificação de hepatopatia.

A constatação de icterícia, hepatomegalia, dor no hipocôndrio direito, esplenomegalia, aranhas vasculares, eritema palmar, ascite, perda de peso, equimoses, edema, veias abdominais dilatadas, hálito hepático, asterixe, encefalopatia e coma são comemorativos presentes em maior ou menor grau nas doenças hepáticas.

Biopsia Hepática Permanece como padrão na avaliação de pacientes com doença hepática, particularmente naqueles com hepatopatias crônicas o desempenha um papel importante no diagnóstico de hepatite auto-imune, cirrose biliar primária, esteato-hepatite não alcoólica e alcoólica e doença de Wilson. A biopsia hepática pode ser útil no diagnóstico de hepatite alcoólica aguda e nos casos agudos em que o diagnóstico permanece obscuro apesar da investigação clínica e laboratorial completas. Com maior frequência, é útil na avaliação da gravidade (grau) e do estágio da lesão hepática, na predição do prognóstico e na monitoração da resposta ao tratamento.

Diagnóstico de doença hepática As causas mais comuns de doença hepática aguda são:

- a) hepatite viral (particularmente hepatite A, B e C, citomegalovírus, Epstein Baar vírus, etc.);
- b) hepatite criptogênica (causa desconhecida);
- c) lesão hepática induzida por fármacos, drogas ilícitas, chás;
- d) colangite supurativa aguda na obstrução biliar, doença de Wilson.

Manifestação agudizada:

- a) doença hepática alcoólica;
- b) hepatite auto-imune.

As causas mais comuns de doença hepática crônica na ordem geral de frequência são:

- a) hepatite C crônica;
- b) doença hepática alcoólica;
- c) esteato-hepatite não alcoólica;
- d) hepatite B crônica;
- e) doença auto-imune;
- f) colangite esclerosante;
- g) cirrose biliar primária;
- h) hemocromatose;
- i) doença de Wilson.

Classificação e estadiamento das doenças hepáticas A classificação se refere à avaliação da gravidade ou a atividade da doença hepática, se aguda ou crônica, ativa ou inativa, e leve, moderada ou grave. Os níveis séricos de aminotransferases são usados como meio conveniente e não-invasivo de acompanhar a atividade da doença, mas nem sempre são confiáveis para exprimir a real dimensão da enfermidade.

A biopsia hepática é também o meio mais preciso para avaliar o estágio da doença como precoce ou avançada, pré-cirrótica e cirrótica. O estadiamento da doença está ligado amplamente a moléstias hepáticas crônicas, nas quais pode ocorrer progressão para cirrose e doença hepática terminal, mas cujo desenvolvimento pode demorar anos ou décadas. As manifestações clínicas, os testes bioquímicos e os estudos de imagem hepática são úteis na



FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU - FUNPREV

CNPJ 46.139.960/0001-38

Rua Joaquim da Silva Martha nº 13-44 - CEP 17040-012 - Bauru - SP

Fone/Fax- (14) 3227-1444

avaliação do estágio, mas em geral se tornam anormais somente nas etapas intermediárias a tardias da cirrose. As fases iniciais da cirrose são geralmente detectáveis somente pela biópsia hepática, contudo alterações em métodos de imagem associados à hipertensão portal podem fortemente sugerir esse diagnóstico.

Na avaliação do estágio, o grau de fibrose é geralmente usado como medida quantitativa. No caso da hepatite viral, a quantidade de fibrose portal é geralmente classificada de 0 a 4+ (índice de atividade histológica) ou escala de 0 a 6+ (escala de Ishak). As doenças metabólicas e tóxicas (drogas e álcool) tendem a ter agressão centrolobular com fibrose neste, na zona 111 do ácino hepático e fibrose perisinusoidal.

"Na avaliação do estágio ou estadiamento, o grau de alteração estrutural é semiquantificado de 0 a 4 ou de 0 a 6 (por diferentes classificações nacionais e estrangeiras). A presença e a localização da fibrose em relação aos vasos intra-hepáticos permitem o estadiamento, enquanto a semiquantificação do processo inflamatório fornece o grau de atividade histológica. A representatividade da biópsia, principalmente em hepatites crônicas, está diretamente relacionada com o comprimento maior do que 1,6cm e/ou com o número de espaços porta igual ou superior a 10" (Texto da Dr.a Edna Strauss - Sociedade de Hepatologia - fevereiro de 2005).

A cirrose também pode ser classificada clinicamente. Um sistema de estadiamento é a classificação de Child-Pugh modificada, com um sistema de escore de 5 a 15:

- escores de 5 a 6 são a classe A de Child-Pugh ("cirrose compensada");
- escores de 7 a 9 indicam a classe B;
- escores de 10 a 15 a classe C.

Esse sistema de pontuação foi desenvolvido inicialmente para estratificar pacientes em grupos de risco antes de serem submetidos à cirurgia de descompressão portal. Atualmente, é utilizado para avaliar o prognóstico da cirrose e orienta o critério padrão para inscrição no cadastro de transplante hepático (classe B de Child-Pugh). A classificação de Child-Pugh é um fator preditivo razoavelmente confiável de sobrevida de várias doenças hepáticas e antecipa a probabilidade de complicações importantes da cirrose, como sangramento por varizes e peritonite bacteriana espontânea.

"A Sociedade Brasileira de Hepatologia considera que, pelo princípio democrático, todo direito deve ser universal e igualmente distribuído. Direito não universal torna-se privilégio. Por outro lado, tratar de maneira idêntica indivíduos incapacitados passa a ser injustiça e conceder-lhes um benefício pode ser a maneira de restaurar-lhes o direito.

Para definir de maneira exata e objetiva a dimensão dessa incapacidade em doenças do fígado, o benefício da lei, nestes casos deve ser concedido apenas aos hepatopatas crônicos que apresentem redução da capacidade produtiva e da qualidade de vida, com perspectiva inexorável dessa redução.

Assim, a única forma segura, passível de auditoria e, portanto, imune a fraudes é a aplicação de qualquer uma dentre as duas classificações de gravidade de doenças hepáticas amplamente conhecidas e utilizadas na medicina hepatológica, citadas a seguir:

1) Modelo Matemático MEID, o qual utiliza três parâmetros laboratoriais, que se obtêm facilmente na rotina de qualquer hepatopatia crônica. A equação para calcular o escore MEID = $\{9,57 \times \log_e \text{ creatinina mg/dl} + 3,78 \times \log_e \text{ bilirrubina (total) mg/dl} + 11,20 \times \log_e \text{ INR} +$



FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU - FUNPREV

CNPJ 46.139.960/0001-38

Rua Joaquim da Silva Martha nº 13-44 - CEP 17040-012 - Bauru - SP

Fone/Fax- (14) 3227-1444

6,42], arredondando-se o resultado para o próximo número inteiro. O valor máximo de creatinina vai até 4 (ref. 1). A fórmula do MEID pode ser calculada, rapidamente, na internet, no sítio a seguir:

[www.mayoclinic.org / g i - r s t t m o d e l s . h t m l .](http://www.mayoclinic.org/gi-rsttmodels.html)

Para conceituação de hepatopatia grave, aceita-se atualmente o valor do MEID igualou maior que 15 (ref 2).

Cirrose - classificação de Child-Pugh

Fator	1 ponto	2 pontos	3 pontos
Bilirrubina Sérica, mol/I (mg/dl)	< 34 «2,0)	34-51 (2,0-3,0)	> 51 (> 3,0)
Albumina sérica, g/I (g/dl)	> 35 (> 3,5)	30-35 (3,0-3,5)	< 30 « 3,0)
Ascite	Nenhuma	Facilmente controlada	Mal controlada
Distúrbio neurológico	Nenhum	Mínimo	Coma avançado
Tempo de protrombina (segundos de prolongamento) INR	0-4 <1,7	4-6 1,7 - 2,3	>6 >2,3

Nota: o escore de Child-Pugh é calculado somando os pontos dos cinco fatores e varia de 5 a 15. A classe de Child-Pugh é A (escore de 5 a 6), B (7 a 9), ou C (acima de 10). Em geral, a "descompensação" indica cirrose com um escore de Child-Pugh > 7 (classe B de Child-Pugh) e esse nível é um critério aceito para inclusão no cadastro do transplante hepático.

2) Classificação Prognóstica de Child-Pugh, que utiliza três variáveis laboratoriais, igualmente rotineiras em qualquer hepatopatia crônica e duas variáveis de avaliação subjetiva, a saber: ascite e encefalopatia hepática. Dessa forma, considera-se como inquestionavelmente graves os pacientes da classe C, (maior ou igual a 10 pontos), conforme tabela a seguir.

Observação importante: "casos raros, eventualmente não contemplados pelas classificações referidas, poderão ser reavaliados por comissão formada por três especialistas em Hepatologia" (texto do parecer da Sociedade Brasileira de Hepatologia).

hepatite C crônica;

doença hepática alcoólica; esteato-hepatite não alcoólica; hepatite B crônica;

hepatite C crônica;

Considera-se como portador de hepatopatia grave aquele que apresentar doença hepática que se enquadre na classe C do escore Child-Pugh ou MEID igual ou maior que 15 e os candidatos a transplante, já em lista, independentemente das classificações acima mencionadas. Quanto aos examinados inseridos na classe B, deverão ser avaliados por especialista na área, para seu enquadramento.



FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU - FUNPREV
CNPJ 46.139.960/0001-38
Rua Joaquim da Silva Martha nº 13-44 - CEP 17040-012 - Bauru - SP
Fone/Fax- (14) 3227-1444

CAPITULO III

PROCEDIMENTOS DE CONDUTA MÉDICO-PERICIAL EM TRANSTORNOS MENTAIS

1. METODOLOGIA

Seguindo a distribuição estabelecida pela Classificação Internacional de Doenças, Décima Edição (CID-10), procedeu-se à seleção do total de diagnósticos que figuram na CID-10 e que são potencialmente geradores de benefícios por incapacidade.

2. CONCEITOS GERAIS EM PSIQUIATRIA

2.1. Exame médico-pericial em psiquiatria

Este capítulo do manual visa a levar ao perito médico e a Junta Médica da FUNPREV, de forma global e concisa, critérios clínicos e diagnósticos que deverão ser utilizados para a uniformização de condutas frente a portadores de quadros psiquiátricos, conforme a CID 10/Capítulo V (letra F).

Nesse passo, o objetivo principal desse capítulo é facilitar a identificação destes transtornos agrupados em categorias ou blocos, sem criar uma nova organização. Destacam-se, em cada grupo, os sinais, sintomas e a análise das funções psíquicas dos transtornos mentais mais prevalentes, do ponto de vista de análise da incapacidade laborativa, avaliada de acordo com a espécie de benefício requerido.

2.1.1 Peculiaridades do exame psiquiátrico

Para a avaliação de transtornos mentais, deve-se considerar sua gênese biopsicossocial. Tal situação determina peculiaridades a serem observadas, que são inerentes à área, pela maior vulnerabilidade tanto do avaliado, quanto do avaliador.

Dentre elas pode-se comentar que:

- Há que se considerar dois eixos de observação: o longitudinal (que corresponde à linha da vida, com início desde o período pré-natal até o momento presente) e o transversal (que corresponde ao exame do estado mental na ocasião da avaliação).
- Existe o predomínio de elementos abstratos para a análise das funções psíquicas.
- Há ausência de exames complementares comprobatórios na maioria dos casos.
- Pode haver, na avaliação, a presença de julgamento de valores e preconceitos com relação a um possível portador de transtorno mental.
- Há dificuldades na entrevista, quanto à colaboração para o fornecimento de informações e na credibilidade da descrição sintomática.
- Há dificuldade na validação dos informes técnicos fornecidos por profissionais diversos, trazidos para a perícia.
- A avaliação, visto as características já citadas, exige atenção diferenciada por parte do perito.

2.1.2 Dificuldades que podem ser observadas durante a avaliação

- I. Transtorno factóide ou simulação.
- II. CID firmado pelo médico assistente incompatível com a clínica observada ao exame. Exemplo: CID F32 em paciente sem prejuízos para **Atividades da Vida Diária - AVD** (autocuidado, comunicação, atividade física, função sensorial, atividade manual não especializada, deslocamentos/viagens, função sexual, sono, trabalho, atividades recreacionais).
- III. CID firmado pelo médico assistente incompatível com o tempo estimado de recuperação. Exemplo: CID F33.3 (transtorno depressivo recorrente, episódio atual



FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU - FUNPREV

CNPJ 46.139.960/0001-38

Rua Joaquim da Silva Martha nº 13-44 - CEP 17040-012 - Bauru - SP

Fone/Fax- (14) 3227-1444

grave, com sintomas psicóticos) com estimativa de afastamento para o trabalho para 30 dias.

- IV. Medicamentos utilizados não atingem os sintomas alvo para o tratamento do transtorno codificado. Exemplo: CID informado com medicação sem especificidade para tal. Paciente neurótico ou depressivo em uso de antipsicótico, ou o oposto.
- V. Dois ou mais CIDs incompatíveis. Exemplo: CID F20 (esquizofrenia) e F60.1 (transtorno esquizóide).
- VI. Diversidade de CID em exames consecuentes. Exemplo: CID F32 para F20, para F40.
- VII. Somatizações
- VIII. Transtorno informado incompatível com a função laborativa.
- IX. Persistente ineficácia da medicação e piora contínua das queixas, sem melhora visível por parte da pessoa, mesmo que corretamente medicada por longo tempo. Exemplo: Uso correto de antidepressivo há mais de 6 meses, sem qualquer relato de melhora.**
- X. Relação do examinado com o acompanhante. Exemplo: Diagnóstico de F32 que não responde a qualquer pergunta formulada, esperando o acompanhante responder.
- XI. Quadro clínico existente pela ação medicamentosa, iatrogênica e/ou por uso autoprovocado, e possibilidade de desintoxicação em curto tempo. Exemplo: Impregnação por haldol. Uso excessivo de tranqüilizantes.

2.1.3 Bases para o exame psiquiátrico

O exame psiquiátrico compreende:

- 1. A avaliação geral da pessoa
- 2. O exame clínico das funções mentais
- 3. A avaliação de funções psicofisiológicas

2.1.3.1 Avaliação geral da pessoa

Para a avaliação geral da pessoa devem ser observados: a) o aspecto como esta se apresenta, b) as posturas e atitudes na situação geral do exame, c) o nível de consciência.

a) Aspecto

O aspecto tem relação com a apresentação da pessoa para o momento, o dia e a hora, com a harmonia estética. Deve-se observar o modo de andar, a postura, o tipo das roupas, os adornos e a maquiagem utilizados, sua higiene pessoal, cabelos alinhados ou em desalinho. O ideal é que seja feita uma descrição precisa, de maneira que quem lê possa visualizar a aparência física da pessoa no momento do exame. A comparação das características de aparência do examinado com os indivíduos de mesma idade, profissão e condição socioeconômica é útil, assim como a obtenção de informações com familiares a respeito de mudanças em relação à aparência anterior da pessoa (personalidade prévia).

b) Postura/atitudes

É a relação e a atitude perante o entrevistador. Por exemplo: cooperante, indiferente, passivo, fóbico, agressivo, petulante, cabisbaixo, dissimulado, inseguro, histriônico, sedutor, dentre outros. Deve existir fundamentação sobre o que levou à conclusão sobre aquele conceito, com anotação no laudo pericial.

c) Nível de consciência

É o estado de lucidez em que a pessoa se encontra, variando da vigília até o coma.

É o reconhecimento da realidade externa ou de si mesmo em determinado momento, e a capacidade de responder a estímulos. Para a sua avaliação deve-se observar a reação do examinado frente aos estímulos, se rápido-lento (a).



FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU - FUNPREV

CNPJ 46.139.960/0001-38

Rua Joaquim da Silva Martha nº 13-44 - CEP 17040-012 - Bauru - SP

Fone/Fax- (14) 3227-1444

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE!! Deve ser postergado (re-agendar nova avaliação médico-pericial) o exame de segurador que se apresente com nível de consciência alterado, como em estado alcoolizado, impregnado por medicamentos ou substâncias psicoativas.

2.1.3.2 O exame clínico das funções mentais

Para o completo exame clínico das funções mentais deve ser observado:

- a. o estado cognitivo que compreende a orientação, a atenção, a memória e a inteligência;
- b. o comportamento,
- c. a sensopercepção,
- d. o pensamento,
- e. a linguagem,
- f. a afetividade e o humor,
- g. o juízo crítico ou a análise da realidade,
- h. conduta.

a) Estado cognitivo

• Orientação

A orientação comporta dois pontos de análise: a autopsíquica (reconhecimento de dados pessoais, local onde se está, nome de familiares, data do dia, endereço de moradia, etc) e a alopsíquica (capacidade de informar aspectos de sua enfermidade).

• Atenção

É uma dimensão da consciência que designa a capacidade para centrar-se em uma atividade. O seu exame envolve observar: a *vigilância*, a *tenacidade* e a *concentração*.

Vigilância compreende a manutenção de um foco de atenção para estímulos externos. Esta capacidade pode estar aumentada (hipervigilante - estados maníacos e paranóides) e diminuída (hipovigilante - estados depressivos, retardo mental, catatonia).

Tenacidade é a capacidade de manter-se em uma tarefa específica. A possibilidade de manter diálogo, responder a perguntas de modo adequado, já é um indício de tenacidade.

Concentração é a capacidade de manter a atenção voluntária, em processos internos de pensamento ou em alguma atividade mental. Para a sua observação, pode-se pedir que se subtraia, consecutivamente, o número 7, a partir do 100 ("MiniMental State Examination - MMSE).

• Memória

É a capacidade de registrar, fixar ou reter, evocar e reconhecer objetos, pessoas e experiências passadas ou estímulos sensoriais. A sua análise engloba a avaliação das memórias *sensorial*, *imediate*, *recente* e *remota*, em relação temporal.

Memória sensorial é responder a estímulos externos em um período muito curto (menos de 0,5 segundo).

Memória imediata é responder a estímulos externos em um período entre 15 a 20 segundos.

A *memória recente* divide-se em "de curto prazo" (período entre 5 a 10 minutos) e "de longo prazo" (mais de 30 minutos).

Memória remota é a retenção permanente de uma informação selecionada.

Para a avaliação da memória recomenda-se pedir a repetição de números, mencionar objetos não relacionados (casa, azul e cabelo), o que se fez ou comeu pela manhã e relato de situações vividas na infância.

• Inteligência

É a condição de assimilar conhecimentos factuais, compreender as relações entre eles e integrá-los aos conhecimentos adquiridos. Raciocinar logicamente e de forma abstrata



FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU - FUNPREV
CNPJ 46.139.960/0001-38
Rua Joaquim da Silva Martha nº 13-44 - CEP 17040-012 - Bauru - SP
Fone/Fax- (14) 3227-1444

manipulando conceitos, números ou palavras. É a capacidade de resolver situações novas com rapidez e êxito mediante a realização de tarefas que envolvam a apreensão de fatos, eventos, antecedentes e conseqüências. Não se pode esquecer de que a análise da inteligência implica comparar alguém com uma média esperada para o grupo sócio-cultural e para a faixa etária.

b) Comportamento

O funcionamento psicológico tem relação com os comportamentos manifestos, tanto do ponto de vista quantitativo, como qualitativo. A atividade psicomotora pode ser normal, retardada ou acelerada, assim como podem ocorrer sintomas catatônicos ou de agitação.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE!! Deve-se descrever o tipo de atividade que o segurado apresentou durante a entrevista, ao invés de apenas classificá-lo. Por exemplo: evitar "o paciente apresenta retardo psicomotor", para descrever "o paciente permaneceu imóvel durante toda a sessão". Observar e descrever detalhes como: rígido, fletido em posição anômala, agitado com tiques nervosos, etc.

c) Sensopercepção

Designa a capacidade de perceber e interpretar os estímulos que se apresentam aos órgãos dos cinco sentidos. Quando alterada pode manifestar-se através de:

• Ilusões

Ocorrem quando os estímulos sensoriais reais são confundidos ou interpretados erroneamente. Podem aparecer quando há redução de estímulos ou do nível de consciência (*delirium*). Exemplo: enxergar uma pessoa com o rosto de outra.

• Alucinações

Ocorrem quando há percepção sensorial na ausência de estímulo externo (percepção sem objeto). Exemplo: enxergar um vulto.

d) Pensamento

É o conjunto de funções integrativas capazes de associar conhecimentos novos e antigos, integrar estímulos externos e internos, analisar, abstrair, julgar, concluir, sintetizar e criar. O pensamento é avaliado em três aspectos: *produção* (ou forma), *curso* e *conteúdo*.

A *produção* é como as idéias são concatenadas e seguem uma seqüência lógica, de acordo com as leis da sintaxe. O normal é que a produção do pensamento seja coerente, isto é, clara e fácil de seguir e entender. Pensamento mágico é quando não se obedece às leis da realidade, tempo e espaço, envolvendo sorte, misticismo, poder a distância, força do pensamento para provocar ações, etc.

O *curso* caracteriza-se pela quantidade de idéias que vêm ao pensamento, podendo variar de abundantes a escassas; e pela velocidade com que as idéias passam pelo pensamento (rápido, lentificado ou bloqueado).

O *conteúdo* do pensamento é a observação da conexão do mundo externo com o interno. Seu exame serve para identificar situações de risco para si ou para terceiros.

Pode expressar as preocupações, manifestas como idéias supervalorizadas, delirantes, com a própria doença, sobre os problemas alheios, as obsessões e fobias, etc.

O exame do pensamento é extremamente útil para o diagnóstico diferencial entre neuroses e psicoses, conforme os testes descritos no quadro 1 a seguir.



FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU - FUNPREV

CNPJ 46.139.960/0001-38

Rua Joaquim da Silva Martha nº 13-44 - CEP 17040-012 - Bauru - SP

Fone/Fax- (14) 3227-1444

QUADRO 1:

Testes úteis para diferenciar transtornos neuróticos de transtornos Psicóticos

Teste	Descrição do teste	Transtorno neurótico	Transtorno psicótico
Associação de palavras e teste de realidade: usados para testar a capacidade de abstração pensamento	Diga uma palavra, e a pessoa associa outra que tenha nexos com a palavra enunciada. Ex: CÃO: ele dirá: latido, amigo, osso, pelos, pulgas, coleira... Se dissermos MAR: a pessoa tem de relacionar algo afim como onda, sal, sol, verão, barco, azul, verde...	Capaz de executar	Incapaz de executar
Interpretação de provérbios simples/ditados	Capacidade de interpretar provérbios/ditados simples. Ex.: perguntar o que acha sobre o ditado "quem espera sempre alcança", "quem tudo quer tudo perde", "a união faz a força" etc..	Capaz de executar	Incapaz de executar
Comparações simples	Capacidade de elaborar comparações como: qual a diferença entre um pássaro e um avião, entre um anão e uma criança	Capaz de executar	Incapaz de executar
Teste Mini-Mental	Fazer o periciado subtrair de 7 em 7 a partir do número 100. Exemplo: 100/93/.....23.....02	Capaz de executar	Incapaz de executar

e) Linguagem

É o modo de se comunicar, verbalmente ou não, envolvendo gestos, olhar, expressão facial ou escrita. A linguagem falada é o principal ponto de observação e o estudo da fala envolve a *quantidade*, a *velocidade* e a *qualidade*.

A *quantidade* pode demonstrar um indivíduo loquaz, prolixo, taciturno, não espontâneo, etc.

A *velocidade* pode ser rápida, lenta, hesitante ou monótona.

A *qualidade* pode ser a apresentação de tartamudez (gagueira), dislalia, etc.

Finalmente, deve-se também observar se o volume é alto ou baixo; se há boa gramática e sintaxe; além do vocabulário ou escolha das palavras serem corretos.

f) Afetividade e humor

Afetividade é a experiência imediata e subjetiva das emoções sentidas em relação ao que o cerca, abrangendo desde sentimentos em relação a pessoas e ambientes até lembranças de fatos, situações, ou pessoas do passado, bem como expectativas sobre o futuro.

O *humor* é a tonalidade de sentimento predominante, que pode influenciar a percepção de si mesmo, e do mundo ao seu redor.

Resumindo, o afeto é o sentimento exteriorizado, porém não necessariamente real, enquanto que o humor é o sentimento verdadeiro, o seu mundo interno.

Na avaliação da afetividade e do humor é importante observar que as suas variações são corroboradas por modificações na expressão facial, no tom de voz e nos gestos, demonstrando



FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU - FUNPREV

CNPJ 46.139.960/0001-38

Rua Joaquim da Silva Martha nº 13-44 - CEP 17040-012 - Bauru - SP

Fone/Fax- (14) 3227-1444

um espectro de intensidade na emoção expressada (de superficial a profundo). Por outro lado, variações no humor podem ser normais.

A análise da afetividade e do humor pode apresentar uma pessoa como: eutímica (normal), distímica (depressivo ou eufórico).

g) Juízo crítico

É uma das funções mais importantes a ser analisada, do ponto de vista medicopericial, uma vez que ela é a capacidade de perceber e avaliar adequadamente a realidade externa e separá-la dos aspectos do mundo interno ou subjetivo. Implica discernir sentimentos, impulsos e fantasias como próprios ou não.

Também tem relação com a possibilidade de auto-avaliação adequada e ter uma visão realista de si mesmo, suas dificuldades e suas qualidades. A capacidade de julgamento é necessária para todas as decisões diárias, para estabelecer prioridades e prever conseqüências.

O termo conhecido como *insight* nada mais é do que a consciência sobre si mesmo, seu estado emocional e sobre a vida em geral. A qualidade do *insight* evidencia a existência de saúde mental adequada.

IMPORTANTE!! O psicótico não faz insight adequado. Segurados agressivos, ameaçadores, reivindicadores, mostram insight presente.

h) Conduta

Conduta é o conjunto de comportamentos observáveis no indivíduo, quer seja: motor, de atitudes, existência de gestos, tiques e verbalizações. A avaliação da conduta se divide em dois tempos: durante a entrevista e ao longo do curso da vida, obtida através da anamnese. Observação: Reporta-se às peculiaridades do Exame Psiquiátrico (item 2.1.1) que faz menção aos eixos de observação.

2.1.3.3 Avaliação de funções psicofisiológicas

Nesta fase do exame psiquiátrico se procura observar, particularmente, o *sono*, o *apetite* e a *sexualidade*.

Quanto ao *sono*, deve-se atentar para a existência de insônia (inicial, terminal ou no meio da noite), hipersonia, sonambulismo, terror noturno, apnéia do sono e alterações do ciclo sono-vigília.

Quanto ao *apetite*, cumpre analisar o aumento ou diminuição no peso, dentre vários outros aspectos.

Quanto à *sexualidade*, há necessidade de obter informações sobre diminuição ou perda do desejo sexual; incapacidade de experimentar o prazer; ejaculação precoce ou retardada, etc.

3. Aspectos sobre simulação em psiquiatria e a prática médica pericial

No seu trabalho diário o perito médico da Previdência Social encontra um fenômeno bastante antigo: a simulação em perícias médicas. Galeno, médico grego da Antiguidade, escreveu um tratado de doenças simuladas.

Já no início do seu exame médico pericial, o perito deverá estar atento na identificação, pois o documento pode ser verdadeiro, mas o seu conteúdo não. O segurado se faz passar por quem não é com documento falsificado de outrem (falsidade ideológica /falsidade material).

Perícia vem do latim peritia e é definida segundo o dicionário Aurélio, como "vistoria ou exame de caráter técnico e especializado". Perícia médica é, portanto, um procedimento executado por profissional médico e consiste numa avaliação quando a questão tratada necessitar do parecer deste técnico. É o caso dos Benefícios por Incapacidade da Previdência Social em que



FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU - FUNPREV

CNPJ 46.139.960/0001-38

Rua Joaquim da Silva Martha nº 13-44 - CEP 17040-012 - Bauru - SP

Fone/Fax- (14) 3227-1444

o perito médico avalia o estado de saúde do segurado e sua relação com a capacidade/incapacidade laborativa.

Simulação é "fingir o que não é" pelo Aurélio e é conceituada, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como "a produção intencional ou invenção de sintomas ou incapacidades tanto físicas quanto psicológicas, motivadas por estresse ou incentivos externos". Ou seja, há uma motivação consciente assim como uma produção consciente de sintomas: uma tentativa de engodo. Na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS) a simulação tem seu código próprio: Z76.5 (pessoa fingindo ser doente; simulação consciente; simulador com motivação óbvia), além do código F68.1 (produção deliberada ou simulação de sintomas ou de incapacidades, físicas ou psicológicas). Se o assunto é simulação, naturalmente infere-se que o segurado com doença verdadeira está excluído. Desde os primeiros anos da formação médica aprende-se que o paciente apresenta-se ao médico clínico com intenção de cura de um mal; sua preocupação é o tratamento que lhe restitua o bem-estar perdido. Na perícia médica, ao contrário, a pessoa deseja se mostrar doente, portadora de grande incapacidade.

Conforme Menezes⁵, a simulação subdivide-se em:

- a) pura: a falsificação de uma doença ou incapacidade quando ela não existe;
- b) parcial: o exagero consciente de sintomas que não existem;
- c) falsa imputação: a atribuição de sintomas reais a uma causa conscientemente entendida como não tendo relação com os sintomas.

Para o simulador dois conceitos se tornam particularmente importantes: o ganho secundário e o reforço ambiental. O ganho secundário expressa as vantagens que o segurado pode alcançar usando um sintoma para manipular e/ou influenciar outras pessoas. Através da simulação o segurado tem por finalidade convencer o examinador com o fim de obter ou perpetuar a percepção de um benefício previdenciário, ainda que o quadro diagnóstico detectado seja considerado passível de cura ou pelo menos de controle. O reforço ambiental exerce influência significativa na simulação, uma vez que a legislação permite a dispensa de uma tarefa árdua ou de responsabilidade, como no treinamento militar, ou a perspectiva de um ganho financeiro significativo, como em litígios judiciais e nos benefícios por incapacidade na Previdência Social (em alguns casos, ganho salarial maior na inatividade).

Os mesmos mecanismos que favorecem o ganho secundário e o reforço ambiental estão presentes na chamada "neurose de compensação" que segundo a OMS é um quadro induzido, exacerbado ou prolongado, como resultado de políticas sociais (sistema previdenciário) ou socioculturais. Políticas sociais distorcidas fazem surgir uma legião de pessoas com potencial comportamento de ganho secundário e neurose de compensação e conseqüentemente simulação de sintomas.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR)⁶, indica situações onde há suspeita de simulação. Há que existir qualquer das combinações a seguir:

- a) contexto médico legal de apresentação (ex. o paciente é encaminhado por um advogado para um exame médico nos casos judiciais; segurado encaminhado pela empresa após os primeiros quinze dias de afastamento);
- b) acentuada discrepância entre o sofrimento e/ou a deficiência apontados pelo paciente e os achados objetivos;
- c) falta de cooperação durante a avaliação diagnóstica e de aderência ao regime de tratamento prescrito;

⁵ Menezes, J.S.R., *Simulação em Perícias Médicas Judiciais*. 2005.

⁶ APA, A.P.A., *DSM IV. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. 4a. ed. 1995, Porto Alegre: Artes Médicas.



FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU - FUNPREV

CNPJ 46.139.960/0001-38

Rua Joaquim da Silva Martha nº 13-44 - CEP 17040-012 - Bauru - SP

Fone/Fax- (14) 3227-1444

d) presença de um transtorno da personalidade anti-social.

Para Cavalcante⁷, o elemento mais importante para se avaliar um simulador é a análise meticulosa do caso:

“Parece que o maior estimulador da simulação é a negligência. Toda situação requer uma intervenção segura e demorada. E, toda observação começa pela construção de uma anamnese bem feita. Uma história bem detalhada e criteriosa. Consciosamente. Uma observação direta, ligada ao indivíduo em exame e indireta, através dos elementos que se pode investigar. Tipo, por exemplo, entrevistar um familiar. É muito revelador, em termos da Psiquiatria, um contato com pessoas próximas, da família. A esposa, a mãe, uma tia. Não só porque ela vai confirmar elementos interessantes da história, como se poderá cruzar informações. Um olhar mais perspicaz vai imediatamente perceber alguns lapsos, contradições, que não tem nada a ver com a patologia descrita. Também é importante o levantamento dos antecedentes pessoais. O novo nunca é súbito. Não é de repente que uma pessoa fica "louca". Isso é básico em Psiquiatria. Aquele quadro psíquico não se organiza de uma hora para outra. Ninguém tornase esquizofrênico do dia para noite. Buscar outras referências e anotações já existentes.”⁸

Outro aspecto que é freqüente na conduta do simulador é a sua impaciência. Ele quer logo ver tudo resolvido. Como se ele não pudesse permanecer naquela situação por muito tempo. O perito deve estar bem mais atento ao olhar, à fisionomia, aos olhos, aos gestos, à mímica. Tudo aquilo que se convencionou chamar de linguagem não verbal.

Finalmente, se o médico não ficar atento à sua conduta, poderá gerar mais doença em seu paciente, configurando a já mencionada iatrogenia e na perícia médica da FUNPREV o médico perito gera Benefícios indevidos.

O Código de Ética Médica em seu artigo 60 prevê como infração a conduta errática do profissional: "é vedado ao médico exagerar a gravidade do diagnóstico ou prognóstico, ou complicar a terapêutica, ou exceder-se no número de visitas, consultas ou quaisquer outros procedimentos médicos".

TRANSTORNOS MENTAIS DE MAIOR RELEVÂNCIA NA PRÁTICA MÉDICO - PERICIAL

4.1 Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos (F00 a F09)

Este agrupamento compreende uma série de transtornos mentais que tem em comum uma etiologia demonstrável tal como doença ou lesão cerebral ou outro comprometimento que leva à disfunção cerebral. A disfunção pode ser primária, como em doenças, lesões e comprometimentos que afetam o cérebro de maneira direta e seletiva; ou secundária, como em doenças e transtornos sistêmicos que atacam o cérebro apenas como um dos múltiplos órgãos ou sistemas orgânicos envolvidos.

A demência (F00-F03) é uma síndrome proveniente de uma doença cerebral, usualmente de natureza crônica ou progressiva, na qual há comprometimento de numerosas funções corticais superiores, tais como a memória, o pensamento, a orientação, a compreensão, o cálculo, a capacidade de aprendizagem, a linguagem e o julgamento. A síndrome não se acompanha de

⁷ Cavalcante, A.M., *simulação, a mentira da dor*. 2000, Psychiatry on line Brazil.

⁸ Cavalcante, A.M., *simulação, a mentira da dor*. 2000, Psychiatry on line Brazil.



FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU - FUNPREV

CNPJ 46.139.960/0001-38

Rua Joaquim da Silva Martha nº 13-44 - CEP 17040-012 - Bauru - SP

Fone/Fax- (14) 3227-1444

uma obnubilação da consciência, porém são quadros predominantemente neurológicos, apesar dos reflexos psiquiátricos na sintomatologia de manifestação.

Este agrupamento contém as seguintes categorias:

- Demência na doença de Alzheimer (F00).
- Demência vascular (F01).
- Demência em outras doenças classificadas em outra parte (F02).
- Demência não especificada (F03).
- Síndrome amnésica orgânica não induzida pelo álcool ou por outras substâncias psicoativas (F04).
- Delírium não induzido pelo álcool ou por outras substâncias psicoativas (F05).
- Outros transtornos mentais devidos à lesão e disfunção cerebral e à doença física (F06).
- Transtornos de personalidade e do comportamento devidos à doença, à lesão e à disfunção cerebral (F07).
- Transtorno mental orgânico ou sintomático não especificado (F09) São consideradas de relevância médico-pericial as categorias de demência descritas abaixo:

4.1.1 Doença de Alzheimer (F00)

A doença de Alzheimer é uma forma de demência de natureza progressiva, de causa e tratamento ainda desconhecidos e que acomete principalmente pessoas acima dos 65 anos. Ocorre a morte das células neuronais levando a uma atrofia do cérebro. Os sintomas aparecem inicialmente como pequenos esquecimentos, comumente aceito pelos familiares, como processo normal de envelhecimento. Passado algum tempo nota-se agressividade, mudança de humor, chegando até ao não reconhecimento dos familiares. Com a evolução da doença, é necessária a presença de um cuidador para o acompanhamento das atividades do cotidiano, pois o doente já não consegue mais se manter sozinho. A demência no Alzheimer atinge de 3% a 11% dos idosos com idade superior a 65 anos, sendo que entre os com 85 anos ou mais, varia entre 20 e 50%. A prevalência é maior em idosos institucionalizados.

A doença de Alzheimer faz parte do grupo das demências degenerativas e leva à alienação mental. Há casos de solicitação de isenção de Imposto de Renda neste grupo plenamente justificáveis.

4.1.2 Demência Vascular (F01)

Este quadro demencial é decorrente do infarto cerebral devido à doença vascular, inclusive à doença cerebrovascular hipertensiva. Os infartos são usualmente pequenos, porém cumulativos em seus efeitos. Podem ser agudas ou crônicas. O seu início se dá em geral na idade avançada. Inclui a demência arterosclerótica e a por infartos múltiplos.

4.1.3 Demência em outras doenças classificadas em outra parte (F02)

As principais são: doença de Pick, doença de Creutzfeldt-Jakob, doença de Huntington, doença de Parkinson e como complicação na doença do vírus da imunodeficiência humana [HIV].

4.1.4 Outros transtornos mentais devidos à lesão e disfunção cerebral e à doença física (F06)

Inclui diversas afecções superpostas a um transtorno cerebral devido: doença cerebral primária; doença sistêmica que acomete secundariamente o cérebro; substâncias tóxicas ou hormônios exógenos; transtornos endócrinos e outras doenças somáticas. Como exemplo, temos: Esclerose Múltipla, Lúpus Eritematoso Sistêmico, Diabetes.

4.1.4.1 Conduta médico-pericial

Do ponto de vista pericial, os transtornos mentais orgânicos têm pouco impacto para a avaliação da capacidade laborativa, uma vez que, em regra, o surgimento dos transtornos se



FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU - FUNPREV

CNPJ 46.139.960/0001-38

Rua Joaquim da Silva Martha nº 13-44 - CEP 17040-012 - Bauru - SP

Fone/Fax- (14) 3227-1444

dá em idade mais avançada. Quando passíveis de avaliação médico - pericial, pela pouca reversibilidade, **são, geralmente, de encaminhamento para limite indefinido.**

4.2 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa (F10 a F19)

Os transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa compreendem numerosos transtornos que diferem entre si pela gravidade variável e pela sintomatologia diversa, mas que têm, em comum, o fato de serem todos atribuídos ao uso de uma ou de várias substâncias, prescritas ou não por um médico. A dependência química é considerada um problema de saúde pública, por atingir todas as classes sociais. Os agentes psicoativos atuam sobre o sistema nervoso central, provocando sintomas psíquicos e estimulando o consumo repetido. Quanto mais grave a dependência, mais os pensamentos e as atividades são direcionados para a obtenção da droga.

A Organização Mundial de Saúde distingue dois tipos de padrão de uso:

- uso de risco: quando há padrão ocasional, repetido ou persistente, implicando riscos futuros para a saúde física ou mental do usuário.
- uso prejudicial: quando há padrão de uso que já está causando dano à saúde, física e mental.

Segundo a UNESCO, há quatro tipos de usuários de drogas:

- Experimentador - Limita-se a experimentar a droga, utilizando diversos motivos para o fato (curiosidade, desejo de novas experiências, pressão do grupo de pares, assédio publicitário, etc.). Na maioria dos casos, o contato com a droga não passa dessas experiências.
- Ocasional - É aquele que usa um ou mais tipos de drogas, de modo eventual, se o ambiente lhe for favorável e a droga estiver disponível. Neste, ainda não há dependência.
- Habitual ou funcional - É o indivíduo que faz uso freqüente de drogas, embora mantenha relações sociais, mesmo que precárias, correndo riscos de adquirir dependência.
- Dependente ou disfuncional (toxicômano) - É aquele que vive pela e para a droga, quase exclusivamente, rompendo vínculos sociais, com conseqüente isolamento e marginalização, advindo decadência física e moral.

Considerada como doença, a dependência química apresenta os seguintes sintomas:

- Tolerância: necessidade de aumento progressivo da dose para se obter o mesmo efeito
- Crises de abstinência: ansiedade, irritabilidade, agressividade, insônia, tremores quando a dosagem é reduzida ou o consumo é suspenso.
- Fissura ou *craving*: necessidade imperiosa de utilizar a droga, buscando experimentar os efeitos prazerosos previamente conhecidos ou aliviar os sintomas indesejáveis da abstinência.
- Tentativas fracassadas de diminuir ou controlar o uso de droga.
- Perda de boa parte do tempo com atividades para obtenção e consumo da substância ou recuperação de seus efeitos.
- Negligência com relação a atividades sociais, ocupacionais e recreativas em benefício da droga.

Do ponto de vista pericial, importa conhecer que a Classificação internacional das Doenças - CID-10 - traz informações importantes sobre a situação a ser analisada. No capítulo referente aos transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa, o terceiro caractere do Código identifica sempre a substância implicada e o quarto caractere especifica o quadro clínico, que é o mais valoroso na avaliação, conforme o quadro 2, adiante.



FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU - FUNPREV

CNPJ 46.139.960/0001-38

Rua Joaquim da Silva Martha nº 13-44 - CEP 17040-012 - Bauru - SP

Fone/Fax- (14) 3227-1444

0	Intoxicação aguda
1	Uso nocivo
2	Síndrome de dependência
3	Estado de abstinência
4	Estado de abstinência com delirium
5	Transtorno psicótico
6	Síndrome amnésica
7	Transtorno psicótico residual e de início tardio
8	Outros transtornos mentais e de comportamento
9	Transtorno mental e de comportamento não especificado

As substâncias psicoativas são classificadas de acordo com a sua ação sobre organismo em:

- Depressores do Sistema Nervoso Central
- Estimulantes do Sistema Nervoso Central
- Perturbadores do Sistema Nervoso Central

a) Depressores do Sistema Nervoso Central

Neste grupo, têm-se:

- Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool (F10).
- Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de opiáceos (F11).
- Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de sedativos e hipnóticos (F13)

4.2.1 Transtornos mentais e comportamentais devido o uso de álcool (F10)

O alcoolismo, pelas importantes conseqüências nas esferas psíquica e somática do indivíduo, bem como pelas profundas repercussões na sociedade, é considerado hoje como uma das mais graves questões de Saúde Pública no Brasil. Trata-se de uma doença crônica caracterizada pela tendência de beber mais do que o pretendido, com tentativas fracassadas de interromper o consumo.

O diagnóstico da síndrome de dependência ao álcool pode ser feito conforme os seguintes critérios:

- Estreitamento do repertório de beber ("eu só bebo cerveja");
- Evidência de conduta de busca ao álcool;
- Aumento da tolerância;
- Sintomas repetidos de abstinência (tremores matutinos, sudorese noturna);
- Alívio ou evitação da abstinência através da ingestão etílica;
- Consciência subjetiva da compulsão para beber;
- Possibilidade de reinstalação da síndrome após abstinência.

4.2.1.1 Conduta médico-pericial

A simples presença do uso de álcool, por si só, não significa a existência de incapacidade laborativa, uma vez que o importante é a sua repercussão no desempenho das atividades.

Como o uso continuado de álcool tem repercussão em várias esferas orgânicas, a eventual incapacidade laborativa está condicionada à existência de co-morbididades, tais como: hepatopatias, polineuropatias, diabetes, cardiopatias, distúrbios nutricionais, epilepsia, depressão e transtornos da personalidade, devendo o perito analisar a repercussão para a condição de trabalho, conforme as características destes transtornos.



FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU - FUNPREV

CNPJ 46.139.960/0001-38

Rua Joaquim da Silva Martha nº 13-44 - CEP 17040-012 - Bauru - SP

Fone/Fax- (14) 3227-1444

Quando as queixas se relacionam somente ao uso de álcool, há que se considerar:

- **A síndrome de abstinência, se o tratamento for bem conduzido, tem remissão em torno de três semanas.**
- **A possibilidade de agravamento do caso pelo uso associado de outras drogas (dependência cruzada).**

Pode haver incapacidade laborativa temporária para funções que exponham a riscos pessoais e/ou de terceiros.

Nem sempre a história recente de internação é indicativo de incapacidade laborativa.

Em muitos casos a cessação do benefício pode seguir a alta da internação.

Por outro lado, existem evidências de que a participação efetiva em grupos de ajuda (Alcoólicos Anônimos) é indício de bom prognóstico quanto à tentativa de controle da dependência e o retorno ao trabalho cumpre papel importante nesses casos.

4.2.2 Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de opiáceos (F11)

4.2.3 Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de sedativos e hipnóticos (F13)

Nestes grupos são relacionados os efeitos do uso continuado de codeína, meperidina, morfina, gases anestésicos, ansiolíticos, hipnóticos, sedativos, relaxantes musculares e benzodiazepínicos. Todas estas substâncias oferecem graus variados de depressão do sistema nervoso central, dependendo de seu grupo farmacológico.

Também, oferecem estadiamentos diferentes de graus de dependência física e/ou psicológica e de períodos de síndrome de abstinência.

Em regra, nas fases iniciais de uso, mantém-se o desempenho normal das atividades. Porém, o uso continuado leva à tolerância, com modificações globais do sistema nervoso central.

Ressalta-se a importância do conhecimento da via preferencial de administração da substância, uma vez que as co-morbidades estão a elas associadas (hepatites, osteomielites, miosites).

Atentar para a existência de dependência cruzada.

A remissão espontânea é possível nos indivíduos menos vulneráveis do ponto de vista psicológico.

O uso é facilitado pelo meio em que se vive, pela convivência com usuários, e pela emoção ligada ao contexto de consumo.

4.2.3.1 Conduta médico-pericial

A prevalência destes transtornos é baixa, mas deve-se atentar para profissionais da área da saúde pela facilidade de acesso, uma vez que muitas destas substâncias são de uso médico exclusivo.

Com o uso continuado, há repercussão em várias esferas orgânicas e as eventuais incapacidades laborativas estão condicionadas à existência de co-morbidades e/ou síndrome de abstinência, que se resolve em torno de trinta dias.

Na possibilidade da vigência de psicose, os prognósticos são menos favoráveis.

b) Estimulantes do Sistema Nervoso Central

Neste grupo, têm-se:

- Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de cocaína (F14).
- Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de outros estimulantes, inclusive a cafeína (F15)

4.2.4 Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de cocaína (F14)

A cocaína é o mais potente estimulante de origem natural de que se tem notícia, com grande poder de provocar prazer e euforia. O uso continuado faz o usuário perder as sensações



FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU - FUNPREV

CNPJ 46.139.960/0001-38

Rua Joaquim da Silva Martha nº 13-44 - CEP 17040-012 - Bauru - SP

Fone/Fax- (14) 3227-1444

normais, surgindo então a depressão grave (depressão de rebote), a ansiedade e a obsessão para obter mais cocaína a fim de aumentar a duração do efeito da droga, instalando-se aí a dependência psicológica e química, impossibilitando o usuário de sentir qualquer prazer, mesmo os mais comuns. Essa depressão pode levar o usuário a atos de loucura, ao desespero e até ao suicídio.

Os efeitos do uso crônico da cocaína são também físicos, como a destruição da mucosa nasal e a perfuração do septo nasal, a degradação dos dentes, queda dos cabelos, problemas pulmonares e comprometimento do aparelho cardiovascular.

O uso de cocaína pode produzir psicoses análogas às da esquizofrenia paranóide, como alucinações e mania mórbida de perseguição.

Na esfera sexual, há aumento do desejo, porém com dificuldade para o orgasmo, o que pode levar à violência contra o parceiro e à perda natural do pudor.

A síndrome de abstinência à cocaína é grave, motivada por neuroadaptações à presença da droga.

São enquadrados neste mesmo grupo a dependência ao crack e à merla (também conhecida como "bazuca"), com efeitos devastadores.

4.2.4.1 Conduta médico-pericial

Com o uso continuado de cocaína, há repercussão em várias esferas orgânicas e os eventuais afastamentos laborativos estão condicionados à existência de comorbidades e/ou síndrome de abstinência, **que se resolve em torno de trinta dias. Na possibilidade da vigência de psicose, os prazos podem ser aumentados.**

4.2.5 Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de outros estimulantes, inclusive a cafeína (F15)

Neste grupo de substâncias, há importância para o consumo existente de anfetaminas, especialmente em fórmulas pretensamente dietéticas, com repercussões mentais graves, pelo uso imoderado.

As anfetaminas cursam com hiperatividade, insônia, agressividade e confusão. Na intoxicação aguda, surge estado mental semelhante à esquizofrenia paranóide.

Dentre as queixas, pode-se observar perda da concentração, ansiedade e depressão intensa, semelhante a da cocaína (especialmente na abstinência). No uso associado com outras drogas, pode ocorrer agravamento dos sintomas.

A síndrome de abstinência leva ao risco de suicídio.

IMPORTANTE: O uso dessas anfetaminas é comum por caminhoneiros, rodoviários, trabalhadores de turnos noturnos (popularmente são conhecidos como arrebites ou rebites) e sexo feminino em geral (emagrecimento).

Os fármacos mais encontrados são: fenproporex, anfepramona (fórmulas de manipulação), comercialmente chamados de desobesi, inibex, hipofagin, lipenan.

4.2.5.1 Conduta médico-pericial

As eventuais incapacidades laborativas estão condicionadas à existência de síndrome de abstinência e psicose, que **podem durar de dias a poucos meses. Em geral, a situação se resolve em torno de trinta dias.**

c) Perturbadores do sistema nervoso central

Neste grupo, têm-se:

- Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de canabinóides (F12).
- Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de alucinógenos (F16).
- Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de solventes voláteis (F18).



FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU - FUNPREV

CNPJ 46.139.960/0001-38

Rua Joaquim da Silva Martha nº 13-44 - CEP 17040-012 - Bauru - SP

Fone/Fax- (14) 3227-1444

4.2.6 Transtornos mentais devido ao uso de canabinóides (F12)

A maconha possui, em seu princípio ativo, além de substâncias canabinóides, vários outros constituintes químicos, tais como resinas, monóxido de carbono, fenóis e aldeídos, substâncias irritantes e prejudiciais para o físico. A maneira usual de consumo é fumada como cigarro comum, porém pode ser ingerida como bebida ou comida.

Como efeitos imediatos pelo uso da droga podemos citar: midríase, congestão das conjuntivas, taquicardia, taquisfigmia, sensação de euforia, desinibição gestual, tagarelice, perda da noção do tempo e do espaço, diminuição dos reflexos, da coordenação motora e perda da memória, sensação de pavor e isolamento. Entre os efeitos crônicos podem ser citados: lábios secos, podendo sobrevir fissuras semelhantes às produzidas pelo frio intenso, midríase notável ao longo do uso e que depois se extingue, olhar amortecido. No exame das mãos, notam-se manchas escuras nas pontas dos dedos, principalmente no indicador e polegar, sinal de carbonização dos tegumentos que os revestem, sinal resultante de fumarem os cigarros até o fim para aproveitar a concentração de THC. Na boca, nota-se que o hálito lembra mato queimado, e a maioria dos usuários procura disfarçar com substâncias aromáticas diversas. *Os canabistas crônicos podem apresentar lentidão mental e comportamento reservado.* O andar e os movimentos parecem ensaiados e dotados de uma "calma interior" absolutamente falsa.

Um de seus derivados é o *haxixe*, que resulta das secreções resinosas da maconha em concentrações elevadíssimas de THC, podendo-se dizer que o haxixe é o tetrahydrocannabinol quase puro. Ainda há variedades de maconha purificadas por modificações genéticas.

A nocividade da maconha é relativa, pois não leva à dependência física, mas sim, e tão somente, à dependência psíquica. Nos usuários não dependentes não cria crises de abstinência, podendo estes se recuperar com certa facilidade.

O uso da maconha pode desencadear transtornos mentais latentes, como esquizofrenia e delírio. Há ainda dependência cruzada com outras drogas.

4.2.6.1 Conduta médico-pericial

A incapacidade laborativa é rara. O que de fato acaba alterando a condição de trabalho é o surgimento de complicadores, como os surtos psicóticos.

No caso da manifestação de um transtorno psiquiátrico latente, esta deverá ser avaliada conforme as suas características próprias.

4.2.7 Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de alucinógenos (F16)

4.2.8 Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de solventes voláteis (F18)

Os representantes mais comuns destes grupos são o LSD, os inalantes e o ecstasy. São substâncias que provocam alterações da percepção (principalmente no campo visual); sensação não realista e de humor (euforia, tristeza), com ações na memória e orientação. São psicotomiméticos, pois produzem uma psicose artificial e transitória. As alucinações verdadeiras ocorrem quando o indivíduo crê nas coisas anormais que vê ou ouve. A maioria compreende que as sensações não são reais e são causadas pela droga.

A tolerância farmacológica estabelece-se rapidamente, sendo cruzada entre os principais alucinógenos.

O usuário pode permanecer psicótico durante dias. Também há a possibilidade de "flash-backs" por um período de seis a doze meses.

No consumo agudo podem surgir episódios de pânico, acompanhados de delírios.

A maioria dos usuários não procura tratamento espontâneo.



FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU - FUNPREV

CNPJ 46.139.960/0001-38

Rua Joaquim da Silva Martha nº 13-44 - CEP 17040-012 - Bauru - SP

Fone/Fax- (14) 3227-1444

4.2.8.1 Conduta médico-pericial

Não é freqüente a existência de incapacidade laborativa para os usuários deste grupo de substâncias. O que de fato acaba alterando a condição de trabalho é o surgimento de complicadores, como os surtos psicóticos.

No caso da manifestação de um transtorno psiquiátrico latente, esta deverá ser avaliada conforme as suas características próprias.

4.2.9 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas (F19)

A análise clínica de um usuário de múltiplas drogas não é fácil, uma vez que nem sempre se sabe qual é a substância que predomina na gravidade do quadro. Além disso, muitos usuários freqüentemente não sabem pormenores daquilo que consomem.

Portanto, a conduta pericial vai variar, principalmente, de acordo com o quadro clínico existente e sua repercussão na avaliação global de funcionamento.

A existência de síndrome de abstinência, psicose e co-morbidades devem ser detalhadamente analisadas.

4.3 Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F20 a F29)

Neste grupo têm-se:

- Esquizofrenia (F20)
- Transtorno esquizotípico (F21)
- Transtornos delirantes persistentes (F22)
- Transtornos psicóticos agudos e transitórios (F23)
- Transtornos esquizoafetivos (F25)

4.3.1 Esquizofrenia (F20)

A Esquizofrenia é uma doença da personalidade total que afeta a zona central do eu e altera toda estrutura vivencial. Culturalmente o esquizofrênico representa o estereótipo do "louco", um indivíduo que produz grande estranheza social devido ao seu desprezo para com a realidade reconhecida. A esquizofrenia é conceituada como doença, com piora das funções mentais, que interfere na capacidade de discernimento em relação aos fatos habituais da vida ou contato adequado com a realidade⁹.

Na esquizofrenia, deve-se levar em consideração alguns determinantes: início, curso, duração, forma da doença, sinais positivos e negativos, sua situação adversa e constrangedora na fase inicial.

Estima-se que a prevalência da doença na população geral varia entre 0,5% e 1%. Em se tratando do caso específico de Benefícios por Incapacidade, espécie 31, entre 11.255 benefícios concedidos em cinco diferentes gerências executivas, no período de 2003 e 2004, com diagnóstico classificado no Capítulo 5 da CID-10, foram detectados 1.143 benefícios com diagnóstico de esquizofrenia, perfazendo a prevalência de 10,2% dos casos observados.

O surgimento da esquizofrenia pode ser súbito, em dias ou semanas, ou lento e insidioso, ao longo de anos.

Casos novos são raros antes da puberdade e depois dos 35 anos. As mulheres apresentam um curso mais brando da esquizofrenia e, portanto, um melhor prognóstico e uma melhor possibilidade de adaptação social.

Observa-se que apenas 40,2% dos pacientes apresentam melhora ao longo de um período médio de acompanhamento de 5 a 6 anos. Com o avançar da idade, há uma melhora na sintomatologia e prognóstico da doença.

⁹ Kaplan, H.I., B.J. Sadock, and J.A. Grebb, *Compêndio de Psiquiatria*. 7a. ed. 1997, Porto Alegre: Artes Médicas.



FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU - FUNPREV

CNPJ 46.139.960/0001-38

Rua Joaquim da Silva Martha nº 13-44 - CEP 17040-012 - Bauru - SP

Fone/Fax- (14) 3227-1444

Os quadros de esquizofrenia podem variar de paciente para paciente, sendo uma combinação em diferentes graus dos seguintes sintomas:

- Delírios: o indivíduo crê em idéias falsas, irracionais ou sem lógica. Em geral, são temas de perseguição, grandeza ou místicos.
- Alucinações: o paciente percebe estímulos que em realidade não existem; como ouvir vozes ou pensamentos, enxergar pessoas ou vultos, podendo ser bastante assustador.
- Discurso e pensamento desorganizado: o esquizofrênico fala de maneira ilógica e desconexa, demonstrando uma incapacidade de organizar o pensamento em uma seqüência lógica.
- Expressão das emoções: tem um afeto inadequado ou embotado, ou seja, uma dificuldade de demonstrar a emoção que está sentindo. Não consegue demonstrar se está alegre ou triste.
- Alterações de comportamento: podem ser impulsivos, agitados ou retraídos, muitas vezes apresentando risco de suicídio ou agressão, além de exposição moral, como, por exemplo, falar sozinho em voz alta ou andar sem roupa em público.

Os sintomas da doença podem ser agrupados em:

- positivos: delírios, alucinações e agitação psicomotora.
- negativos: inibição psicomotora (ex.catatonia), diminuição da vontade, embotamento afetivo, negativismo.

Os psicofármacos proporcionam melhoria na qualidade de vida, prevenindo novas crises e alargando o período intercrítico. Após o desaparecimento dos sintomas agudos, o uso contínuo de medicamentos antipsicóticos reduz substancialmente a probabilidade de episódios futuros. Infelizmente, os medicamentos antipsicóticos produzem efeitos adversos importantes, incluindo a sedação, a rigidez muscular, os tremores e o ganho de peso. Esses medicamentos também podem causar discinesia tardia, movimentos involuntários, geralmente dos lábios e da língua, ou contorções dos membros superiores ou inferiores.

Para os casos persistentes, não existe um tratamento eficaz. Aproximadamente 75% dos indivíduos com esquizofrenia respondem aos medicamentos antipsicóticos convencionais (p.ex., clorpromazina, flufenazina, haloperidol ou tioridazina). Atualmente tem havido boa resposta com a risperidona. Até metade dos 25% restantes pode beneficiar-se de um medicamento antipsicótico atípico como a clozapina. Embora a internação possa ser necessária durante as recaídas graves e apesar do indivíduo ter de ser internado contra a vontade, quando ele representa um perigo para si próprio ou para terceiros, o objetivo geral é conseguir que os indivíduos com esquizofrenia vivam no seio da comunidade.

Os esquizofrênicos que atingem capacidade de trabalho demonstram melhor prognóstico, pois conseguem estabelecer contato mais adequado com a realidade, estudam, freqüentam universidades, formam-se, exercem profissões e se casam. Os casos mais reservados são encontrados nos indivíduos que têm severa perturbação da comunicação, das relações sociais e com perturbação do juízo de realidade, que permanecem dependentes dos familiares, necessitam de assistência permanente e evoluem com déficit até um processo demencial, com situações de risco grave, como suicídio ou homicídio.

Em um esforço para classificar os pacientes em grupos mais uniformes, foram propostos subtipos de esquizofrenia. No entanto, em um mesmo paciente, o subtipo pode mudar no decorrer do tempo.

Neste subgrupo serão descritos os seguintes transtornos:

- Esquizofrenia paranóide (F20.0)
- Esquizofrenia hebefrênica (F20.1)
- Esquizofrenia catatônica (F20.2)
- Esquizofrenia indiferenciada (F20.3)
- Depressão pós-esquizofrênica (F20.4)
- Esquizofrenia residual (F20.5)
- Esquizofrenia simples (F20.6)



FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU - FUNPREV

CNPJ 46.139.960/0001-38

Rua Joaquim da Silva Martha nº 13-44 - CEP 17040-012 - Bauru - SP

Fone/Fax- (14) 3227-1444

4.3.2 Esquizofrenia paranóide (F20.0)

A esquizofrenia paranóide se caracteriza essencialmente pela presença de idéias delirantes relativamente estáveis, freqüentemente de perseguição, em geral acompanhadas de alucinações, particularmente auditivas e de perturbações das percepções. As perturbações do afeto, da vontade, da linguagem e os sintomas catatônicos, estão ausentes, ou são relativamente discretos.

4.3.3 Esquizofrenia hebefrênica (F20.1)

Forma de esquizofrenia caracterizada pela presença proeminente de uma perturbação dos afetos. As idéias delirantes e as alucinações são fugazes e fragmentárias, o comportamento é irresponsável e imprevisível; existem freqüentemente maneirismos. O afeto é superficial e inapropriado. O pensamento é desorganizado e o discurso incoerente. Há uma tendência ao isolamento social. Geralmente o prognóstico é desfavorável devido ao rápido desenvolvimento de sintomas "negativos", particularmente um embotamento do afeto e perda da volição. A hebefrenia é normalmente diagnosticada em adolescentes e em adultos jovens.

4.3.4 Esquizofrenia catatônica (F20.2)

A esquizofrenia catatônica é dominada por distúrbios psicomotores proeminentes que podem alternar entre extremos tais como hipercinesia e estupor, ou entre a obediência automática e o negativismo. Atitudes e posturas a que os pacientes foram compelidos a tomar podem ser mantidas por longos períodos. Um padrão marcante da afecção pode ser constituído por episódios de excitação violenta. O fenômeno catatônico pode estar combinado com um estado oníróide com alucinações cênicas vívidas, quadro este caracterizado na fase aguda geralmente em regime de internação hospitalar.

4.3.5 Esquizofrenia indiferenciada (F20.3)

Afecções psicóticas que preenchem os critérios diagnósticos gerais para a esquizofrenia, mas que não correspondem a nenhum dos subtipos incluídos, ou que exibam padrões de mais de um deles sem uma clara predominância de um conjunto particular de características diagnósticas. É chamada esquizofrenia atípica.

4.3.6 Depressão pós-esquizofrênica (F20.4)

Episódio depressivo eventualmente prolongado que ocorre ao final de uma afecção esquizofrênica. Ao menos alguns sintomas esquizofrênicos "positivos" ou "negativos" devem ainda estar presentes, mas não dominam mais o quadro clínico. Este tipo de estado depressivo se acompanha de um maior risco de suicídio.

4.3.7 Esquizofrenia residual (F20.5)

Estágio crônico da evolução de uma doença esquizofrênica, com uma progressão nítida de um estágio precoce para um estágio tardio, o qual se caracteriza pela presença persistente de sintomas "negativos" embora não forçosamente irreversíveis, tais como lentidão psicomotora; hipoatividade; embotamento afetivo; passividade e falta de iniciativa; pobreza da quantidade e do conteúdo do discurso; pouca comunicação nãoverbal (expressão facial, contato ocular, modulação da voz e gestos), falta de cuidados pessoais e desempenho social medíocre.

4.3.8 Esquizofrenia simples (F20.6)

Transtorno caracterizado pela ocorrência insidiosa e progressiva de excentricidade de comportamento, incapacidade de responder às exigências da sociedade, e um declínio global do desempenho. Os padrões negativos característicos da esquizofrenia residual (por exemplo:



FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU - FUNPREV

CNPJ 46.139.960/0001-38

Rua Joaquim da Silva Martha nº 13-44 - CEP 17040-012 - Bauru - SP

Fone/Fax- (14) 3227-1444

embotamento do afeto e perda da volição) se desenvolvem sem serem precedidos por quaisquer sintomas psicóticos manifestos.

4.3.9 Conduta médico-pericial

A perícia médica tem contato com este transtorno em distintos momentos: no Auxílio-Doença, e na avaliação do dependente maior inválido.

Em curto prazo (um ano), o prognóstico de esquizofrenia está intimamente relacionado ao grau de adesão ao tratamento medicamentoso por parte do indivíduo.

Sem o tratamento medicamentoso, 70% a 80% dos indivíduos que apresentaram um episódio esquizofrênico, apresentarão recaídas nos doze meses seguintes e apresentarão um episódio subsequente.

Em longo prazo, o prognóstico de esquizofrenia varia. Em geral, um terço dos indivíduos apresenta uma melhoria significativa e duradoura; outro terço apresenta alguma melhoria com recaídas intermitentes e uma incapacidade residual. Os restantes apresentam invalidez grave e permanente.

O prognóstico é melhor quando há início agudo, história familiar de depressão, personalidade não esquizóide, depressão, fatores precipitantes e preocupações com a morte, casamento, bom nível de habilidades ocupacionais pré-mórbidas e presença de suporte emocional. Por outro lado, o prognóstico é pior quando há cronicidade na evolução, início insidioso, mau ajustamento social e ocupacional.

Para a perícia médica, o prognóstico da esquizofrenia, de acordo com os dados anteriores, merece especial cuidado, pela longa duração que ela determina gerando restrições e cicatrizes no funcionamento mental. **Por se tratar de doença de longa duração, os segurados esquizofrênicos geram longos benefícios, e em suas revisões de aposentadorias, muitos deles permanecem com sintomas negativos que inviabilizam seu retorno ao trabalho definitivamente.**

4.3.10 Transtorno Esquizotípico (F21)

Sua evolução e curso são usualmente o mesmo de um transtorno de personalidade, havendo uma correlação dos portadores com laços familiares do espectro da esquizofrenia. Este diagnóstico não é recomendado para uso geral, porque a esquizofrenia não é claramente demarcada.

4.3.11 Transtorno delirante persistente (F22)

A psicose delirante crônica, que é o sinônimo do atual transtorno delirante persistente, já foi chamada de paranóia. A característica essencial desse transtorno é a presença de um ou mais delírios não-bizarros, nem desorganizados que persistem por pelo menos um mês e pode durar a vida toda. As alucinações não são comuns e nem habituais. Quando existem, as táteis ou olfativas costumam ser mais freqüentes que as visuais e auditivas.

4.3.11.1 Conduta médico-pericial

Normalmente, o funcionamento social desses pacientes paranóicos não está prejudicado, apesar da existência do delírio. A maioria pode parecer normal em seus papéis sociais e laborativos, entretanto, em alguns casos raros, o prejuízo ocupacional pode ser pelo isolamento social.

Na avaliação médico-pericial a maioria não apresenta incapacidade laborativa. Nos casos em que há apresentação de **CID F21**, recomenda-se a solicitação de informações ao médico assistente.



4.4 Transtornos psicóticos agudos e transitórios (Psicose Reativa Breve) (F23 a F23.9)

Inclui transtornos psicóticos: polimórfico agudo, esquizofreniforme agudo, psicótico agudo predominantemente delirante. Caracterizam-se pelo aparecimento abrupto dos sintomas psicóticos sem a existência de sintomas pré-mórbidos e, habitualmente, seguindo-se a um estressor psicossocial. A sintomatologia é similar aos de outros distúrbios psicóticos.

4.4.1 Conduta médico-pericial

O prognóstico é bom e a persistência de sintomas residuais não ocorre. Os sintomas podem estar presentes por um curto espaço de tempo e persistirem por um mês, com recuperação completa em até três meses.

4.5 Transtornos esquizoafetivos (F25 a F25.9)

Esse grupo tem características tanto da esquizofrenia quanto dos transtornos de humor. Os indivíduos que se enquadram nesse grupo têm sintomas de esquizofrenia, "misturados" com sintomas de doença afetiva. Estes transtornos podem ser do tipo maníaco, depressivo ou misto.

O tratamento pode necessitar de internação hospitalar. Deve haver na história do segurado o uso de medicação antipsicótica associada com moduladores de humor e/ou antidepressivos e intervenções psicossociais.

4.5.1 Conduta médico-pericial

Ocorre também na adolescência ou início da idade adulta e costuma ter uma evolução mais benigna que a Esquizofrenia e pior que o Transtorno de Humor.

Pacientes que sofrem de episódios esquizoafetivos recorrentes particularmente do tipo maníaco (apesar de ter um quadro florido na fase aguda) têm melhor prognóstico. Considerando a variabilidade do curso da doença, entre o agravamento e a recuperação, a incapacidade laborativa será decorrente da sua evolução.

4.6 Transtornos do humor (F30 a F39)

São transtornos mentais nos qual a perturbação fundamental é uma alteração do humor ou do afeto, no sentido de uma depressão (com ou sem ansiedade associada) ou de euforia. A alteração do humor, em geral, se acompanha de uma modificação do nível global de atividade, com a presença de sinais e sintomas secundários. A maioria destes transtornos tende a ser recorrente e a ocorrência dos episódios pode, freqüentemente, estar relacionada com situações ou fatos estressantes¹⁰.

São entidades nosológicas complexas e de comportamento variável, o que dificulta o trabalho objetivo e técnico do perito médico. Trata-se, para a prática pericial, de um grupo subjetivo quanto à análise de tempo de afastamento, prognóstico e resposta ao tratamento.

Os transtornos do humor compreendem:

- **Episódio maníaco (F30)**
- **Transtorno afetivo bipolar (F31)**
- **Episódios depressivos (F32)**
- **Transtorno depressivo recorrente (F33)**
- **Transtornos de humor (afetivos) persistentes (F34)**
- **Outros transtornos do humor (F38)**
- **Transtorno do humor não especificado (F39)**

Os transtornos do humor têm origem multifatorial, podendo advir de:

- **Predisposição familiar:** é extremamente comum. Na entrevista, pesquisar antecedentes familiares, o histórico de suicídio em familiares de primeiro grau, histórias extravagantes de conduta ou de grandes depressões.

¹⁰ Ballone, G.J., *PsiquWeb - Psiquiatria Geral*. 2007, GJ Ballone



FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU - FUNPREV

CNPJ 46.139.960/0001-38

Rua Joaquim da Silva Martha nº 13-44 - CEP 17040-012 - Bauru - SP

Fone/Fax- (14) 3227-1444

• Modificações de ordem neuroquímica, hormonal e/ou vascular: Observar a presença de comorbidades, como distúrbios da tireóide, hepatopatias, climatério, diabetes e neoplasias. Os transtornos do humor atingem em torno de 10% da população urbana. Cerca de 15% das pessoas portadoras de transtorno do humor tentam o suicídio. Dentre 11255 benefícios da espécie 31 concedidos, no período de 2003 a 2004, em cinco gerências executivas do INSS, de diferentes regiões do País, e pertencentes ao grupo F da CID10, foram detectados 5552 benefícios com CID entre F30 e F39, perfazendo a prevalência de 49,3% dos casos observados.

4.6.1 Episódio maníaco (F30)

Até o século XIX, o termo "mania" era empregado como sinonímia de "loucura", devido à extravagância e o histrionismo de seus sintomas. Atualmente, está inserida no grupo de transtornos do humor/afetivos.

O episódio maníaco pode ser manifestação do transtorno afetivo bipolar (TAB). Pertencem ao grupo do Episódio Maníaco:

- Hipomania (F30.0)
- Mania sem sintomas psicóticos (F30.1)
- Mania com sintomas psicóticos (F30.2)

O diagnóstico de mania é feito pela observação de pelo menos três dos sinais clínicos abaixo, com duração superior a uma semana, conforme o quadro adiante.

Quadro 3:- Critérios diagnósticos para transtornos afetivos/mania

Auto-estima	Excesso de auto-estima, ideação de grandeza, de poder supervalorização de sua imagem e pessoa.
Sono	Diminuição acentuada da necessidade de sono/insônia.
Pensamento	Fuga de idéias, aceleração de pensamento.
Linguagem	Prolixidade acentuada. Taquilalia.
Atenção	Dispersividade, desconcentração, desatenção, distração dos deveres e obrigações.
Conduta	Perda das inibições sociais e ruptura brusca das convenções culturais habituais à sua vida anterior. Hiperatividade global. Agitação psicomotora. Hipersexualidade, promiscuidade, edonia. Prodigalidade. Adições lícitas ou ilícitas podem agravar o quadro. Comportamento irresponsável.

Fonte: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition (DSM IV) [13]

4.6.1.1 Conduta médico-pericial

Este grupo de transtornos tem pouca relevância para a Previdência Social, por ser de baixa prevalência entre os benefícios por incapacidade. O prognóstico é bom, portanto, em geral, **não são incapacitantes para o trabalho**, exceto na vigência das crises maníacas.

4.6.2 Transtorno afetivo bipolar (F31)

O transtorno afetivo bipolar (TAB) é caracterizado por dois ou mais episódios nos quais o humor e o nível de atividade do sujeito estão profundamente perturbados. Este distúrbio consiste de uma elevação do humor, do aumento da energia e da atividade (hipomania ou mania). Em outros momentos, há rebaixamento do humor e redução da energia e da atividade (depressão). Cursa com alternância entre estas manifestações.



FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU - FUNPREV

CNPJ 46.139.960/0001-38

Rua Joaquim da Silva Martha nº 13-44 - CEP 17040-012 - Bauru - SP

Fone/Fax- (14) 3227-1444

Podem ocorrer casos de episódios depressivos prolongados e/ou freqüentes e predominantes, porém a existência de um episódio maníaco ou hipomaníaco é imperiosa para o diagnóstico de bipolaridade. Na predominância de quadro depressivo grave, o prognóstico é pior. Quando a intensidade dos sintomas depressivos encontra-se exacerbada, surge o risco de suicídio.

O transtorno cursa com crises que costumam durar de duas semanas a quatro meses, podendo ocorrer até a remissão espontânea mesmo sem tratamento. A intervenção médica abrevia o sofrimento e, principalmente, visa a prevenir o risco de suicídio. Pode apresentar, durante o seu curso, episódios psicóticos (F31.2), situação que torna o prognóstico do transtorno mais reservado. Podem, durante a depressão, ficar em estados de catatonia ou estupor por longo tempo. O ajuste medicamentoso é mais prolongado e difícil.

4.6.2.1 Conduta médico-pericial

O prognóstico do TAB depende de:

- Existência de mais de duas crises no período de um ano
- Ocorrência de mais de quatro sintomas do Quadro 3.
- Dependência química (álcool e drogas)
- Alternância rápida entre mania e depressão (ciclagem rápida)
- Risco e tentativa de suicídio
- Presença de sintomas psicóticos

Em alguns casos, especialmente no surgimento de sintomas psicóticos, pode-se deparar com indivíduos inclusive interditados do ponto de vista judicial, como medida de proteção.

Do ponto de vista pericial, a atividade laborativa dependerá da resposta efetiva ao tratamento e da persistência de sintomas psicóticos. Para estes, o prognóstico é reservado.

Nos intervalos entre as crises, é comum o indivíduo ficar totalmente remido dos sintomas e ter sua vida normal.

4.7 Episódios depressivos (F32)

A Depressão, de maneira geral, se caracteriza por um estado de tristeza, a princípio imotivada, com lentificação do pensamento, sentimento de culpa, baixa autoestima, ideação de ruína, de pessimismo e de morte. O depressivo não sente alegria, nem prazer nas coisas que antes o estimulavam. Não cria, não empreende. Observa-se com freqüência a manifestação somática em depressivos, com queixas de dores generalizadas, advindas de má postura e aumento da tensão muscular ("postura corporal depressiva"). São pessoas poliqueixosas.

Deve-se diferenciar o transtorno depressivo primário da depressão reativa, uma vez que esta possui melhor prognóstico, pois é conseqüente de uma tristeza motivada, por fatores infortunisticos (traumas, luto, catástrofes, existência de doenças graves, violência social). A depressão reativa também pode se originar do uso de certos medicamentos, tais como anti-hipertensivos (metildopa), quimioterápicos e imunossupressores.

Não há uma só causa, única e exclusiva. Na gênese das depressões, encontram-se fatores genéticos, neuroquímicos, neuroendócrinos e o desequilíbrio no ciclo biológico. Dentre 11255 benefícios da espécie 31 concedidos, no período de 2003 a 2004, em cinco gerências executivas do INSS, de diferentes regiões do País, pertencentes ao grupo F da CID10, foram detectados 3610 benefícios entre os CID F32 a F32.9), perfazendo a prevalência de 32,1% dos casos observados.

Do ponto de vista pericial, importa a intensidade do quadro, além da presença/persistência de sintomas psicóticos associados.

Os episódios depressivos compreendem:

- Episódio depressivo leve (F32.0)
- Episódio depressivo moderado (F32.1)
- Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos (F32.2)
- Episódio depressivo grave com sintomas psicóticos (F32.3)
- Outros episódios depressivos (F32.8)



FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU - FUNPREV

CNPJ 46.139.960/0001-38

Rua Joaquim da Silva Martha nº 13-44 - CEP 17040-012 - Bauru - SP

Fone/Fax- (14) 3227-1444

- Episódio depressivo não especificado (F32.9)

4.7.1 Episódio depressivo leve (F32.0)

4.7.2 Episódio depressivo moderado (F32.1)

IMPORTANTE!! O que caracteriza um transtorno depressivo como leve ou moderado é a intensidade, a quantidade e a duração dos sintomas que levam ao diagnóstico da doença.

O transtorno leve ou moderado deve cursar com tristeza imotivada ou reativa, lentificação do pensamento, redução das atividades pragmáticas, alterações de sono, apetite e libido.

4.7.3 Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos (F32.2)

4.7.4 Episódio depressivo grave com sintomas psicóticos (F32.3)

Em ambas entidades nosológicas, os sintomas e sinais apresentados são os já citados para os episódios leves e moderados. Porém, em maior frequência, intensidade e duração. Nas depressões graves, é comum na história familiar uma personalidade prévia, tímida, evitativa, que perdura desde a infância e a adolescência. Também nos casos graves, o risco de suicídio é elevado; com uma taxa entre 10% e 25% de consumação da intenção.

A pessoa se sente alvo de perseguições por colegas, familiares e chefes. Percebe-se foco constante de difamações e zombarias. Faz de um sorriso, uma brincadeira; de um comentário no trabalho ou em família, um motivo para insegurança e desconfiança.

Nestes indivíduos, as crises de choro são frequentes, longas e constantes, a qualquer hora e em qualquer lugar. Apresentam tendência ao isolamento, num círculo vicioso, aprofundando a gravidade do quadro. Quando presentes, os sintomas psicóticos, do tipo alucinações e delírios, são, em geral, ligados à baixa estima e à culpa, mesmo imotivadas.

4.7.4.1 Conduta médico-pericial

Na **depressão leve ou moderada**, o prognóstico é bom, se tratado adequadamente com antidepressivos e psicoterapia, **com remissão dos sintomas entre duas a seis semanas**. A eventual incapacidade laborativa está condicionada ao ajustamento da dose, à atividade exercida (avaliar risco para si e para terceiros) e à melhora dos sintomas, **lembrando-se de que há adaptação ao medicamento em torno de 60 dias. O uso continuado de medicamentos, após este período, não é, por si só, motivo para manutenção de afastamento laborativo.**

Já para a **depressão grave com ou sem sintomas psicóticos**, é necessária maior atenção por parte do perito, pois estas graduações requerem maior atenção, pelos riscos inerentes. Um indivíduo que apresenta um quadro depressivo grave, **com tratamento médico bem-sucedido, pode recuperar a sua saúde em até seis meses.**

Estudos de meta-análise em pacientes com história de episódio depressivo, quando tratados com antidepressivos por dois a seis meses, além da remissão, apresentam uma redução do risco de recaída de 50%, quando comparados com placebo. Um terço destes pacientes poderá apresentar recaída no primeiro ano. Os maus resultados, quanto ao retorno ao trabalho, em prazo compatível, ocorrem por falta de adesão, rejeição e/ou abandono ao tratamento, orientação incorreta ou mesmo simulação ("ganho secundário"). Como o tratamento é longo, o alívio dos sintomas pode levar à interrupção da medicação prescrita, dando ensejo a recaídas.

4.8 Episódios depressivos recorrentes (F33)

O episódio depressivo recorrente é caracterizado pela ocorrência repetida de crises depressivas. Estas são correspondentes à descrição de um episódio depressivo. O transtorno pode, contudo, comportar breves episódios caracterizados por um ligeiro aumento de humor e



FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU - FUNPREV

CNPJ 46.139.960/0001-38

Rua Joaquim da Silva Martha nº 13-44 - CEP 17040-012 - Bauru - SP

Fone/Fax- (14) 3227-1444

da atividade (hipomania), sucedendo imediatamente a um episódio depressivo, e por vezes precipitados por um tratamento antidepressivo.

O perfil clínico e evolução do quadro são semelhantes aos demais episódios depressivos descritos na CID10 entre F32.0, F32.1, F32.2 e F32.3. A diferença está, exatamente, na recorrência das crises.

4.8.1 Conduta médico-pericial

Nestes casos, quando há presença de episódios graves, ou seja, com sintomas positivos, exuberantes, como por exemplo, tentativa ou ideação suicida, sintomas psicóticos, a recorrência é um péssimo diferencial para a decisão médico-pericial.

O perito deve, portanto, estar atento aos seguintes critérios de avaliação, antes de decidir-se:

- Frequência dos episódios. São muito frequentes? Mais de um por ano?
- Cursam com ideação ou tentativa de suicídio?
- Cursam com sintomas psicóticos persistentes?
- O tratamento tem sido adequado e contínuo, com acompanhamento regular por psiquiatra?
- Consegue manter, nos intervalos intercríticos, alguma atividade produtiva?
- Encontra-se em idade laborativa e está inserido no mercado de trabalho?
- A função laborativa é compatível com o quadro patológico?
- A função laborativa é um fator agravante e negativo para o quadro patológico?

As respostas (positivas ou negativas) a este conjunto de fatores (ou quesitos) deverão orientar a decisão do médico-perito.

Na avaliação da incapacidade laborativa, o perito deverá analisar se o caso está com excessos de recorrência e afastamentos, com sintomas graves, e, nestes casos, a decisão poderá ser por períodos longos, com posterior revisão, e até chegar ao limite indefinido. Deve-se atentar aos antecedentes médicos periciais do segurado quanto o registro prévio deste transtorno em possíveis benefícios anteriores, se ele obedece a uma evolução de episódios depressivos prévios ou se trata de primeira avaliação médico-pericial já apresentando este diagnóstico referido pelo médico assistente.

4.9 Transtornos persistentes do humor (F34)

Os transtornos persistentes do humor são aqueles nos quais os episódios individuais não são suficientemente graves para justificar um diagnóstico de episódio maníaco ou de episódio depressivo leve. Podem perdurar por anos e, por vezes, durante a maior parte da vida adulta da pessoa. Levam a graus diferentes de sofrimento e incapacidade. O transtorno cursa com alterações afetivas cíclicas, porém de menor gravidade e duração, embora os portadores desta não admitam estar enfermos.

Em geral, pessoas portadoras de transtorno persistente do humor são de difícil convívio. São mais problemáticos com quem que convive ao seu entorno do que consigo próprios. Em certos casos, episódios maníacos ou depressivos recorrentes ou isolados podem se superpor a um transtorno afetivo persistente.

Os transtornos persistentes do humor se classificam em:

- **Ciclotimia (F34.0)** - comporta numerosos períodos de depressão ou de leve euforia nenhum deles suficientemente grave ou prolongado.
- **Distímia (F34.1)** - rebaixamento crônico do humor, persistindo ao menos por vários anos, mas cuja gravidade não é suficiente ou na qual os episódios individuais são muito curtos.

4.9.1 Conduta médico-pericial

Como conseguem realizar as suas tarefas e terem lazer com normalidade, dentro de seus limites cíclicos, na maior parte das vezes, os portadores de transtornos persistentes do humor **não apresentam incapacidade laborativa.**



FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU - FUNPREV

CNPJ 46.139.960/0001-38

Rua Joaquim da Silva Martha nº 13-44 - CEP 17040-012 - Bauru - SP

Fone/Fax- (14) 3227-1444

4.10 Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o estresse e transtornos somatoformes (F40 a F48)

Os transtornos neuróticos são considerados não-estruturais, uma vez que não têm substrato físico, orgânico, anátomo-patológico, genético ou metabólico. Os transtornos neuróticos não causam alienação mental, não impedem a pessoa afetada de gerir a sua pessoa e bens, exercer os atos da vida civil e de relação, além de serem compatíveis com as atividades profissionais.

Nos transtornos relacionados ao estresse e/ou somatoformes é muito freqüente encontrarmos quadros mistos, principalmente no que concerne à ansiedade e depressão.

O estresse é o conjunto de reações que ocorrem em um organismo quando este é submetido a um esforço de adaptação com resultados positivos ou negativos. Quando este esforço tensional torna-se crônico, prolongado, penoso, exaustivo, esta tensão torna-se patológica, rompendo o equilíbrio biopsicossocial, culminando em apresentar-se através de transtornos psiquiátricos e/ou psicossomáticos de gravidade e duração variáveis.

4.11 Transtornos neuróticos (F40 a F42)

Neste grupo são estudados:

- Transtornos fóbico-ansiosos (F40)
- Outros transtornos ansiosos (F41)
- Transtorno obsessivo-compulsivo (F42)

4.11.1 Transtornos fóbico-ansiosos (F40)

A fobia significa um medo injustificado, incontrolável e irracional de alguma coisa ou situação, que por si só não é perigosa, mas causa pavor e terror, e por isso é evitada e/ou enfrentada pelo indivíduo com intensa ansiedade. Estas pessoas costumam ter humor com características ansiosas e depressivas de leve a moderada. O diagnóstico torna-se fácil pela verbalização do examinado diante do agente causador da fobia. As fobias mais comuns são:

- **Agorafobia (F40.0)** - refere-se a ambientes amplos, abertos com saídas indefinidas ou não visíveis, e também a multidões, locais de difícil saída ou escape (estádios, shoppings, shows, aeroportos). Costuma surgir na idade adulta ainda jovem ou até os 40 anos.
- **Fobia social (F40.1)** - refere-se a qualquer tipo de exposição da pessoa. Falar e/ou comer em público, fazer provas e/ou testes coletivos, praticar esportes e envolver-se em relacionamentos afetivos são exemplos de fobia social. Em geral, tem início na adolescência.
- **Fobias específicas (F40.2)** - refere-se ao medo de insetos, répteis, lugares fechados, avião, mar, dentista, sangue e hospitais, escuro, da morte. Estas fobias podem cursar desde a infância.

4.11.1.1 Conduta médico-pericial

As fobias específicas e outras em geral não impedem o indivíduo de exercer sua atividade, **não gerando incapacidade laborativa**. O perito deverá avaliar casos específicos em que a fobia aparece na alteração da rotina do trabalhador. Por exemplo: indivíduo que tem fobia de altura e trabalha no 1º andar, tendo sido transferido para o 15º andar, gerando um estado de ansiedade tal, que necessita de um período adaptativo.

As pessoas com fobia social costumam ter componente depressivo e ansioso, porém tal situação não impede o trabalho em áreas e setores onde se sintam mais à vontade, de acordo com sua personalidade e caracteres de temperamento.

É importante diferenciar um ataque de pânico por fobia da síndrome ou doença do pânico. Como exemplo: uma pessoa com fobia de baratas, ao defrontar-se com elas, entrará em ataque de pânico. Cessada a causa, cessa o efeito. Na síndrome do pânico não há fator desencadeante algum.

Não há incapacidade laborativa.



FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU - FUNPREV

CNPJ 46.139.960/0001-38

Rua Joaquim da Silva Martha nº 13-44 - CEP 17040-012 - Bauru - SP

Fone/Fax- (14) 3227-1444

4.12 Outros transtornos de ansiedade (F41)

Nestes transtornos neuróticos, as manifestações mais graves e exuberantes vêm da ansiedade e suas repercussões neuroquímicas, neuro-hormonais e fisiopatológicas a refletir, em maior ou menor grau, no psiquismo e no físico do indivíduo.

Para fins periciais é importante conhecer:

- Transtorno de pânico (ansiedade paroxística episódica) (F41.0)
- Ansiedade generalizada (F41.1)
- Transtorno misto de ansiedade e depressão (F41.2)

4.12.1 Transtorno de pânico (F41.0)

A síndrome de pânico ou doença de pânico é caracterizada por várias crises/ataques de ansiedade paroxística intensa e grave, num período de 30 a 45 dias, súbita, auto-limitada, sem fatores predisponentes, desencadeantes ou traumáticos como causa.

Os sintomas são:

- Medo e sensação de morrer, de enlouquecer, de perder a razão e o controle total de si.
- De ordem cardiovascular e/ou respiratória (taquicardia, palpitações, dor e/ou pressão no peito, falta de ar, sensação de sufocamento). Estes sintomas, em geral, confundem-se com as emergências cardiovasculares. Não é raro ter seu primeiro atendimento num pronto socorro cardiológico.
- De ordem neurológica e/ou otorrinolaringológica (tonturas, vertigens, formigamento, sensação de anestesia ou de choque, parestesias, zumbidos).
- De ordem geral (náuseas, vômitos, sensação de frio ou calor intenso, sudorese, tremores), e outros conseqüentes à descarga adrenérgica.

A crise no transtorno de pânico é auto-limitada e de curto período, embora para o paciente pareça "uma eternidade". Em geral a crise de pânico não ultrapassa 10 minutos. Atualmente usa-se com grande eficácia técnicas de controle respiratório impedindo inclusive que a crise se desencadeie com todos os pródromos descritos.

4.12.1.1 Conduta médico-pericial

O prognóstico é, em geral, bom em médio prazo, podendo ocorrer remissão espontânea. O tratamento adequado abrevia o curso da crise.

O critério técnico da avaliação pericial é a frequência das crises ocorridas no período de trinta dias, e suas repercussões (medo persistente a um novo ataque).

A história clínica bem colhida é fundamental para a decisão pericial. É importante lembrar que o pânico é um transtorno que tem recidivas com alguma frequência, ou seja, mesmo no indivíduo em franca remissão, ou considerado curado, uma nova crise pode surgir até anos depois.

Nos casos em que há o exercício de função de risco individual ou coletivo, como, por exemplo, na condução de veículos e trabalho em confinamento, pode haver a necessidade de encaminhamento para a Reabilitação Profissional. (**restrição funcional**)

4.12.2 Outros transtornos mistos de ansiedade (F41)

Os transtornos mistos de ansiedade caracterizam-se por manifestações generalizadas da ansiedade, persistentes, sem serem paroxísticas e episódicas. Não há crises súbitas e violentas. É como ser hipertenso e manter sua pressão arterial em patamares acima da média desejada, contudo perfeitamente suportáveis e toleráveis ao portador.

Os fatores estressógenos podem ser de grande influência na formação e manutenção deste estado de ansiedade, tais como: 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 do indivíduo forma o perfil do ansioso.



4.12.2.1 Transtorno de ansiedade generalizada (F41.1)

Como a ansiedade é duradoura e o estresse um fator presente neste organismo, algumas conseqüências ocorrem como: distúrbios do sono, irritabilidade, palpitações eventuais, mal-estar, tensão muscular após o trabalho, cefaléia intermitente e fadiga fácil.

4.12.2.2 Transtornos mistos de ansiedade e depressão (F41.2)

São quadros de leve a moderados em que, além dos sintomas da ansiedade por vezes, há desânimo, desconcentração, algumas alterações de humor perfeitamente toleráveis e contornáveis.

4.12.2.3 Conduta médico-pericial

Os transtornos ansiosos e mistos, mesmo que requeiram orientação médica e/ou psicoterapêutica e por vezes medicação, são perfeitamente compatíveis com a vida laborativa em qualquer atividade exercida; **não necessitam de afastamento na maioria das vezes. Podem trabalhar e produzir normalmente.**

4.13 Transtorno obsessivo-compulsivo (F42)

É um transtorno caracterizado por pensamentos obsessivos e/ou atos compulsivos recorrentes e persistentes. O indivíduo apresenta rituais obsessivos e compulsivos.

Embora saiba que estes pensamentos e manias sejam despropositados, inúteis e sem sentido, não consegue viver sem evitá-los e executá-los, implicando grande sofrimento e angústia. Pode haver depressão, isolamento afetivo e social.

O portador de transtorno obsessivo compulsivo (TOC), apesar de suas excentricidades, não tem nenhum dano intelectual, no aprendizado, na cultura e na capacidade laborativa de uma forma geral. Quanto ao ângulo afetivo e social, pode atrapalhar em maior ou menor grau dependendo das manias, compulsões e excentricidades do portador. Evita falar sobre sua doença e resiste em procurar tratamento adequado.

Os rituais em geral são: de limpeza e descontaminação; de contagem; de verificação; místicos e supersticiosos; de colecionamento, dentre outros.

As obsessões são do tipo pensamentos que se encontram no foco da atenção.

Vão e voltam independentemente da sua vontade, em geral preocupantes, mórbidas, obscenas, angustiantes. Há recorrência de imagens mentais perversas e negativistas. Estas obsessões não têm nenhum motivo real de existirem e o portador não consegue evitá-las.

4.13.1 Conduta médico-pericial

O TOC é doença de curso crônico e de cura difícil. Por vezes há necessidade de tratamento por toda a vida. Sob tratamento adequado, pode haver melhora em seus sintomas e uma vida com qualidade.

Apesar da intensidade dos sintomas apresentados, o TOC não é um problema médico-pericial importante. **Os portadores costumam conduzir suas vidas profissionais adequadamente.** Em situações de maior intensidade, o TOC pode implicar prejuízos indiretos para o trabalho (atrasos inexplicáveis em função de rituais de trajeto).

A incapacidade para o trabalho é de curto período, quando necessária. Em casos raros, poderá haver evolução desfavorável, quando os questionamentos obsessivos são infundáveis, semelhando-se a um quadro delirante e associado a uma incapacidade de tomar decisões triviais, mas necessárias à vida diária. A decisão pericial poderá indicar períodos mais longos de afastamento.

4.14 Reação ao estresse grave e transtornos de ajustamento (F43)

Tem como característica primordial possuir um agente causador identificável, antecedendo o desencadear do transtorno.

- Reação aguda ao estresse (F43.0)
- Transtorno de estresse pós-traumático (F43.1)



FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU - FUNPREV

CNPJ 46.139.960/0001-38

Rua Joaquim da Silva Martha nº 13-44 - CEP 17040-012 - Bauru - SP

Fone/Fax- (14) 3227-1444

- Transtornos de adaptação (F43.2)

4.14.1 Reação aguda ao estresse (F43.0)

É um transtorno transitório, súbito, inesperado de gravidade variável, que ocorre em qualquer pessoa com antecedentes psiquiátricos ou não. É uma resposta imediata a excepcional estresse físico e /ou mental. Trata-se quadro agudo que se inicia até segundos após o evento estressante e/ou traumático e cessa em horas ou em dias. É também chamado popularmente "estado de choque".

4.14.1.1 Conduta médico-pericial

Quando incapacitante, a reação aguda ao estresse se resolve em no máximo quatro semanas.

4.14.2 Transtorno de estresse pós-traumático (F43.1)

A característica principal deste transtorno é o desenvolvimento de sintomas típicos e bem definidos, após exposição a um agente ou evento estressante, traumático ou catastrófico. A resposta é de medo intenso, impotência e horror.

O início das manifestações ocorre após as três primeiras semanas do evento até no máximo seis meses do ocorrido. Cursa com revivência persistente do evento traumático, ideação mórbida, com traços obsessivos. Também, com "flashbacks", pesadelos e sonhos recorrentes, distúrbios acentuados do sono, estado de hipervigilância, sobressalto e desassossego constante. Apresenta atitudes de desconfiança, hostilidade, embotamento afetivo, emocional, sexual e social e esquiva fóbica¹¹.

Caso se exponha, pode apresentar agitação, ansiedade extrema e pânico.

4.14.2.1 Conduta médico-pericial

O perito deverá levar em conta os seguintes aspectos:

- Associação com outros transtornos psiquiátricos
- Qualidade e intensidade do agente agressor.
- Outros fatores agravantes como: personalidade prévia patológica; proximidade e /ou possibilidade de outro ataque do agente estressógeno.

Devido às situações descritas acima o prognóstico será variável:

- **Bom prognóstico: melhora em três meses.**
- **Prognóstico reservado: de 06 a 12 meses.**
- **Mau Prognóstico: acima de 12 meses.**

Os portadores de estresse pós-traumático podem cursar com quadro cronificado e grave, evoluírem para a alteração permanente de personalidade (F62.0) e persistirem com incapacidade laborativa por períodos maiores com revisão.

4.14.3 Transtornos de adaptação (F43.2)

Nestes transtornos há situações de angústia, desconforto emocional depressão e estresses reativos à necessidade de adaptação por mudanças importantes e impactantes de vida. Por exemplo: divórcio, separação dos filhos, mudança de casa, escola, país, mudança de emprego, função, perda por morte natural de entes queridos.

Os transtornos de adaptação, porém, são mais exuberantes nas crianças, adolescentes e idosos, que são, por questões inerentes ao psiquismo destas faixas etárias, mais suscetíveis às mudanças de vida. As pessoas adultas mais intolerantes às frustrações e imaturas em seu emocional também sentirão com maior intensidade os seus efeitos. O seu início dá-se em até 30 dias após o evento perturbador/modificador da vida da pessoa. Cursa com humor lábil,

¹¹ Silva-Barbosa, A.B., *Mentes com medo*. 1a. ed. 2006, Rio de Janeiro: Editora Enterprise.



FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU - FUNPREV

CNPJ 46.139.960/0001-38

Rua Joaquim da Silva Martha nº 13-44 - CEP 17040-012 - Bauru - SP

Fone/Fax- (14) 3227-1444

impaciência, irritabilidade, desgaste emocional, sensação de desânimo. Pode causar alterações na atividade laboral.

4.14.3.1 Conduta médico-pericial

O prognóstico é bom, para a faixa etária que normalmente se reporta à Previdência Social. Deverá ser considerado:

- Personalidade prévia do indivíduo.
- Grau de influência e de gravidade do evento em relação à vida deste (divórcio traumático, luto natural, migração, etc).
- Forma, conteúdo e gravidade dos sintomas.

Após análise dos critérios acima descritos, havendo constatação de incapacidade laborativa, esta poderá variar de 30 a 120 dias.

CONSIDERAÇÕES SOBRE AS SITUAÇÕES DE LUTO

TRISTEZA: A tristeza por morte de ente querido é sentimento característico, universal, explícito ou embotado, e comum ao seres humanos.

LUTO: É o conjunto de processos psíquicos que levarão à resolução desta tristeza. Tem curso previsível e deve ser autolimitado no ser humano normal. O Luto normal pode durar até seis meses. A perda de um filho em situações de infortúnio poderá gerar um quadro a ser enquadrado como estresse pós-traumático (F43).

As situações de tristeza e luto poderão ser por outras perdas como: emprego, mutilações, perda dos órgãos dos sentidos como cegueira ou surdez por acidentes; aposentadoria; menopausa; falência financeira; abortamento espontâneo.

4.15 Transtornos dissociativos ou conversivos (F44)

Estes transtornos consistem em perda parcial ou completa da integração entre as memórias do passado, consciência de identidade e de sensações imediatas, bem como controle dos movimentos corporais. Estas entidades eram classificadas como "histeria de conversão". Os transtornos dissociativos ou conversões psicogênicas são reações a situações traumáticas, frustrantes e conflituosas que o indivíduo transforma em sintomas.

A faixa etária é variável. São pessoas que apresentam dificuldade de aceitação da origem da sua doença, com perfil de negação, desviando o foco primitivo dos verdadeiros problemas de forma inconsciente.

4.15.1 Conduta médico-pericial

A duração do quadro é em geral fugaz.

Não há substrato algum físico e anatômico

Não há incapacidade laborativa na maioria das vezes.

São frequentes os casos de simulação.

4.16 Transtornos somatoformes (F45)

A somatização aparece na medicina em geral e na psiquiatria, em particular, muito mais como um sintoma do que como uma doença específica. *Somatização*, a rigor, significa passar para o somático, físico ou corpóreo, somatizar. A categoria diagnóstica dos Transtornos Somatoformes e suas subdivisões (Outros transtornos somatoformes – CID-10: F45.8; de Dor, Disfunções Neurovegetativas, etc.) abrangem uma série de pacientes cujos sintomas correspondem a respostas somáticas, indicadoras de alterações emocionais e supervalorizadas através de ampliações das sensações corporais.

A característica principal do Transtorno Somatoforme é a elaboração de múltiplas queixas somáticas pelo paciente, queixas essas recorrentes e clinicamente significativas. Uma queixa é considerada *clanicamente significativa* quando resulta ou acaba determinando algum tratamento médico. Também pode ser considerada *clanicamente significativa* quando é capaz



FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU - FUNPREV

CNPJ 46.139.960/0001-38

Rua Joaquim da Silva Martha nº 13-44 - CEP 17040-012 - Bauru - SP

Fone/Fax- (14) 3227-1444

de causar algum prejuízo no funcionamento social ou ocupacional da pessoa. Os principais sintomas do transtorno de somatização são: vômitos; palpitações; dor abdominal; dor torácica; náuseas; tonturas; flatulência; ardência nos órgãos genitais; diarreia; indiferença sexual; intolerância alimentar; dor durante o ato sexual; dor nas extremidades; impotência; dor lombar; dismenorréia; dor articular; outras queixas menstruais; dor miccional; vômitos durante a gravidez; dor inespecífica; falta de ar .

As queixas do Transtorno Somatoforme freqüentemente levam o paciente a freqüentes exames médicos, radiográficos, tomográficos e mesmo a cirurgias exploratórias desnecessárias. Como as pessoas portadoras do Transtorno Somatoforme são previamente histeriformes, em geral elas descrevem suas queixas em termos dramáticos, eloqüentes e exagerados ou, curiosamente, ao extremo contrário, ou seja, completamente indiferentes à sugerida gravidade do problema. Sintomas proeminentes de ansiedade e humor depressivo são muito comuns, podendo ser até a razão principal para o atendimento médico. Os Transtornos Depressivos e de Pânico podem estar associados, assim como os Transtornos de Personalidade dos tipos Histrionica e "borderline". Habitualmente os sintomas iniciam-se entre os 10 e 20 anos e, nas mulheres, é comum que os problemas menstruais (Dismenorréia) sejam a primeira queixa. Mesmo diante da suspeita do Transtorno Somatoforme o médico deve, obrigatoriamente, excluir a existência de alguma doença orgânica real.

Para o diagnóstico do Transtorno Somatização é importante que os sintomas causem sofrimento significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes. A manifestação emocional somatizada não respeita a posição sócio-cultural do paciente, como podem suspeitar alguns, não guarda também relação com o nível intelectual, pois, como se sabe, a emoção é senhora e não serve da razão. O único fator capaz de atenuar as queixas é a capacidade de a pessoa expressar melhor seus sentimentos verbalmente. Quanto maior a capacidade de o indivíduo referir seu mal-estar através de discurso sobre suas emoções, como, por exemplo, relatando sua angústia, sua frustração, depressão, falta de perspectiva, insegurança, negativismo, pessimismo, carência de carinho e coisas assim, menor será a chance de representar tudo isso através de palpitações, pontadas, dores, falta de ar, etc.

O Transtorno Somatoforme é um transtorno crônico e flutuante, mas raramente apresenta remissão ou cura completa. O DSM-IV recomenda como critérios para o diagnóstico do Transtorno Somatoforme o seguinte:¹²

A. Uma história de muitas queixas físicas com início antes dos 30 anos, que ocorrem por um período de vários anos e resultam em busca de tratamento ou prejuízo significativo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes de funcionamento do indivíduo.

B. Cada um dos seguintes critérios deve ter sido satisfeito, com os sintomas individuais ocorrendo em qualquer momento durante o curso do distúrbio:

I. quatro sintomas dolorosos: uma história de dor relacionada à pelo menos quatro locais ou funções diferentes (por ex., cabeça, abdômen, costas, articulações, extremidades, tórax, reto, menstruação, intercurso sexual ou micção).

II. dois sintomas gastrintestinais: uma história de pelo menos dois sintomas gastrintestinais outros que não dor (por ex., náusea, inchaço, vômito outro que não durante a gravidez, diarreia ou intolerância a diversos alimentos).

III. um sintoma sexual: uma história de pelo menos um sintoma sexual ou reprodutivo outro que não dor (por ex., indiferença sexual, disfunção erétil ou ejaculatória, irregularidades menstruais, sangramento menstrual excessivo, vômitos durante toda a gravidez).

IV. um sintoma pseudoneurológico: uma história de pelo menos um sintoma ou déficit sugerindo uma condição neurológica não limitada à dor (sintomas conversivos, tais como

¹² APA, A.P.A., *DSM IV. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. 4a. ed. 1995, Porto Alegre: Artes Médicas.



FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU - FUNPREV

CNPJ 46.139.960/0001-38

Rua Joaquim da Silva Martha nº 13-44 - CEP 17040-012 - Bauru - SP

Fone/Fax- (14) 3227-1444

prejuízo de coordenação ou equilíbrio, paralisia ou fraqueza localizada, dificuldade para engolir ou nó na garganta, afonia, retenção urinária, alucinações, perda da sensação de tato ou dor, diplopia, cegueira, surdez, convulsões; sintomas dissociativos tais como amnésia ou perda da consciência outra que não por desmaio).

C. (I) ou (II): (1) após investigação apropriada, nenhum dos sintomas no Critério B pode ser completamente explicado por uma condição médica geral conhecida ou pelos efeitos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso, medicamento). (2) quando existe uma condição médica geral relacionada, as queixas físicas ou o prejuízo social ou ocupacional resultante excedem o que seria esperado a partir da história, exame físico ou achados laboratoriais.

D. Os sintomas não são intencionalmente produzidos ou simulados (como no Transtorno Factício ou na Simulação).

4.16.1 Conduta médico-pericial

O segurado comparece à Perícia com incontáveis exames complementares, com resultados inexpressivos em relação às múltiplas queixas. A dramaticidade da narrativa é característica: "o coração vai sair pela boca"; "o peito vai explodir"; "parece que tem uma fogueira no meu estômago". Caso se aborreça ou for confrontado pelo Perito, poderá ter um quadro tipo desmaio, conversivo, mas sem maior gravidade.

Na histeria, sempre que o sintoma servir para o alívio da ansiedade, há um mecanismo ao qual chamamos de *Lucro Emocional Primário*. Diante de um conflito, normalmente proporcionado pela discrepância entre "*aquilo que o histérico quer fazer com aquilo que ele deve fazer*", ou ainda, "*com aquilo que ele consegue fazer ou com a situação que está acontecendo*", o sintoma histérico aparece para proporcionar algum alívio. Observe-se que nas relações de trabalho como os pacientes histéricos são de difícil convívio por sua baixa tolerância as frustrações, fruto de sua imaturidade.

Num outro mecanismo, a pessoa histérica obtém um *Lucro Emocional Secundário*, ou seja, conquista um suporte de aprovação, complacência ou compaixão do ambiente para com sua eventual falha ou para a não realização da atividade que lhe é avessa. Este mecanismo é usado nos exames médicos periciais onde o vitimismo e as atitudes de auto comiseração são freqüentes, na tentativa de "convencer" o perito da gravidade de suas queixas.

Observa-se em algumas pessoas histéricas uma acentuada dependência emocional de outras(s) pessoas(s) íntimas, seja do companheiro (a), do(s) filho(s) ou dos pais.

Notamos essa característica de dependência das pessoas histéricas em relação aos outros, quando elas parecem despojar-se de qualquer pensamento ou decisão pessoal. O discurso dessas pessoas dá-nos a impressão que elas são marionetes nas mãos dos demais (quando na realidade é exatamente o contrário);... "**eles acharam que eu deveria procurar um médico**".... "**eles me levaram ao pronto socorro**"... "**eles me acharam doente**"... Sempre são "**eles**" quem tomam decisões, parecendo que o histérico está imune e à margem de seu destino.

Um dos traços mais marcantes da personalidade histérica é a sugestibilidade. Os histéricos, de um modo geral, são extremamente sugestíveis, demonstrando com isso seu clássico infantilismo e falta de maturidade da personalidade. Eles têm os afetos e as relações interpessoais pueris, com predomínio da vida em fantasia como tentativa de negar uma realidade frustrante e penosa. Insistentemente as pessoas histéricas estão a reclamar que ninguém as entende. Essa teatralidade é muito marcante, fazendo com que eles estejam sempre ensaiando e interpretando papéis que acreditam adequados a si próprios. Os histéricos podem sentir todos os efeitos colaterais dos medicamentos, dificultando a adesão ao tratamento. Suas queixas ao exame pericial é que estão cada vez pior, portanto, especial atenção a estas situações clínicas.

Apesar do perfil descrito e dos transtornos que o segurado somatiforme apresenta à perícia, seu prognóstico em termos de atividade laboral é bom, e em geral, não há incapacidade laborativa.



FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU - FUNPREV

CNPJ 46.139.960/0001-38

Rua Joaquim da Silva Martha nº 13-44 - CEP 17040-012 - Bauru - SP

Fone/Fax- (14) 3227-1444

4.17 Neurastenia- F48

É um quadro onde existe uma fraqueza generalizada, uma exaustão do ponto de vista físico e/ou mental. O quadro base é o de fadiga, física e/ou mental, repercutindo sob a forma de vários sintomas, como desconcentração, cansaço mental, dispersão, cefaléias, tonturas, enxaquecas freqüentes. Distúrbios de sono estão quase sempre presentes, sendo freqüente a expressão de "acordar cansado como se não tivesse dormido".

4.17.1 Conduta médico-pericial

Quando a Neurastenia é o CID principal, os 15 dias fornecidos pelo SESMET são suficientes para a reversão do quadro.

4.18 Síndrome do esgotamento profissional ou "Síndrome de Burnout" (Z73.0)

É um transtorno grave de tensão emocional crônica relacionada ao trabalho, em que o estresse chega às últimas conseqüências e leva o organismo a esgotamento por exaustão. Clinicamente o indivíduo torna-se improdutivo, irresponsável, indiferente, desatencioso, frio emocionalmente, embotado e empobrecido em seus vínculos afetivos e laborais¹³.

O termo foi cunhado nos EUA, na década de 1970 pelo psiquiatra Herbert Freuderbergh¹⁴, observando que vários profissionais com os quais trabalhava na recuperação de dependentes químicos, apresentavam no decorrer do tempo, queda de produção, desmotivação, distúrbios de humor, exaustão e desgaste físico e emocional evidente. O Dr Freuderbergh se inspirou quanto à denominação, no título de um romance do famoso escritor Graham Greene – "A Burn Out Case" ("Um Caso Liquidado"). Naquela década iniciou-se um processo de conscientização da importância de associar distúrbios psicoafetivos ao aumento de pressão, estresse e tipo de trabalho realizado, principalmente os que concernem à área de saúde, social e humana. Na gíria inglesa, "Burnout" identifica os "usuários de drogas que se deixam consumir pelo vício". Literalmente, o termo expressa o sentido de "Combustão Completa".

O perfil do atingido caracteriza-se em serem profissionais idealistas, exigentes, perfeccionistas, submetidos aos fatores acima relacionados e frustrados ou sobrecarregados cronicamente, diante de suas expectativas e responsabilidades profissionais.

Atualmente, existe consenso em assumir o modelo de *Síndrome De Burnout* com base em três dimensões descritas por Maslach & Jackson¹⁵[17], ficando da seguinte forma:

- "A Síndrome seria uma conseqüência de eventos estressantes que predispõe o indivíduo a vivenciá-la. Também seria necessária a presença de uma interação trabalhador-cliente, intensa e/ou prolongada, para que os sintomas se produzam."

A *Síndrome de Burnout* não aparece repentinamente como resposta a um estressor determinado. Esta é uma importante diferença entre *Burnout* e reação aguda ao estresse, estresse pós-traumático assim como às reações de ajustamento, que são rápidas e determinantemente objetivas. O quadro de *Burnout* vai se instalando insidiosamente e depende da série de fatores citados nos itens anteriores (prevalência, perfil, relação com cliente, etc...).

É importante citar que, apesar de os fatores predisponentes serem importantes, o profissional, mesmo submetido à sobrecarga de trabalho, ao estresse e pressões crônicas no âmbito

¹³ Maslach, C., W.B. Schaufeli, and M.P. Leiter, *Job Burnout*. Annual Review of Psychology, 2001: p. 397.

¹⁴ Freudenbergh, H., *Staff burn-out*. Journal of Social Issues, 1974. **30**(1): p. 159-165.

¹⁵ Maslach, C. and Jackson, *Manual MBI, Inventário Burnout de Maslach*. 1997, Publicaciones de Psicología Aplicada: Madrid.



FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU - FUNPREV

CNPJ 46.139.960/0001-38

Rua Joaquim da Silva Martha nº 13-44 - CEP 17040-012 - Bauru - SP

Fone/Fax- (14) 3227-1444

profissional, quando tem sua auto-estima elevada, reconhecimento e simpatia do cliente quanto à sua profissão/função, raramente desenvolverá *Burnout*.

Estudos realizados no Brasil mostram que categorias profissionais como médicos, enfermeiros, assistentes sociais, professores, bancários, agentes penitenciários, policiais, apresentam alta incidência de *Burnout*.¹⁶ . Há muitos anos, organizações do trabalho já alertavam para a alta incidência de *Síndrome de Burnout* nos controladores de voo em todo mundo.

4.18.1 Conduta médico-pericial

Em geral este segurado está abaixo dos 45 anos, tem um bom perfil profissional e para ter o diagnóstico de *Burnout*, terá de estar empregado. O tratamento é principalmente psicoterápico, sendo por vezes necessário o uso de ansiolíticos e/ou antidepressivos, por algum tempo como coadjuvantes do tratamento base. O prognóstico dependerá de como este trabalhador agirá diante da doença. Em geral existem três caminhos:

1. Ao evidenciar a Doença, o indivíduo sai do emprego ou muda de função, setor, profissão, cargo, etc. Este não virá à Perícia médica.

2. Evidencia o transtorno e na impossibilidade de fazer o que sugere o item 1, reage, procura terapia, escapes como lazer/ hobbies, férias, licenças prêmio, apóia-se no que pode e consegue, e por vezes, vence o problema, ou se dá um tempo até que possa abandonar o trabalho que o adocece. **Se vier à Perícia Médica será por prazo curto.** Estes indivíduos são os que têm poucos fatores predisponentes, personalidade prévia sem antecedentes psiquiátricos, boa estrutura familiar, etc.

3. Evidencia o transtorno e por não poder, ou não conseguir, adocece física e psiquicamente. Este será o segurado que virá à Perícia Médica.

Em geral este segurado entra em Auxílio-Doença Previdenciário ("B31") e com um "CID Secundário", ou seja, de um dos *sintomas* que acompanham o *Burnout*: (estresse prolongado, neurastenia, depressão, etc). Este indivíduo, se bem acompanhado pelo seu psiquiatra assistente, terá o diagnóstico de *Burnout* firmado, e retornará para conversão de B31 em B91. Caberá então ao perito médico avaliar todo o exposto neste texto, para ratificar ou não o diagnóstico de *Síndrome de Burnout*. Uma vez ratificado é caso para Auxílio-Doença Acidentário "(B91)", indubitavelmente.

Quase invariavelmente, deve ser concedido o benefício, e deverá ser encaminhado à reabilitação Profissional, uma vez que seu problema se atém às funções que executa. O diagnóstico (CID) principal é Z73.0 e por vezes o CID secundário é Z60.5 (Assédio Moral), pois este quando existe, leva sem dúvida, à exaustão e estresse crônico e ao *Burnout*. Os dois CIDs são bastante interligados, embora nem sempre o *Burnout* venha como consequência do Assédio Moral, já tendo referido neste texto os fatores múltiplos predisponentes e eclosivos da síndrome em questão.

Tendo em vista que até o fechamento da presente edição desta Diretriz o CID Z73.0 ainda não constar na lista de notificações do Sistema SABI, sugere-se classificar o segurado em um diagnóstico do CID-10 compatível com os sintomas do segurado.

Experiência profissional do Grupo de Trabalho tem utilizado diagnósticos como Depressão Grave, Sem Psicose (F32.2), e como CID secundário, Reação Prolongada ao Stress (F43.1).

4.19 Problemas relacionados ao ambiente social (Z60.0)

4.19.1 Alvo de discriminação e perseguição percebidas: Assédio Moral/"*Mobbing*" (Z60.5)

O Assédio Moral, também conhecido como "*hostilização no trabalho*", "*assédio psicológico no trabalho*", "*psicoterror*", ou internacionalmente como "*mobbing*", "*bullying*", ou "*harcèlement moral*", pode ser conceituado como "*conduta abusiva (gestos, palavras, atitudes,*

¹⁶ Limongi-França, A.C. and A.L. Rodrigues, *Stress e trabalho: uma abordagem psicossomática*. 2a. ed. 1999, São Paulo: Editora Atlas. 154.



FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU - FUNPREV

CNPJ 46.139.960/0001-38

Rua Joaquim da Silva Martha nº 13-44 - CEP 17040-012 - Bauru - SP

Fone/Fax- (14) 3227-1444

comportamentos) que atentem por sua repetição e/ou sistematização contra a dignidade e/ou integridade psíquica e/ou física de uma pessoa, pondo em perigo sua posição de trabalho ou deteriorando o ambiente de trabalho". Caracteriza o Assédio Moral submeter o trabalhador a situações humilhantes, preconceituosas, constrangedoras, repetitivas e prolongadas durante a jornada de trabalho e no exercício de suas funções. "O Assédio Moral é desvio do exercício do poder nas relações de trabalho".

Em geral a pessoa assediada é "escolhida" porque tem características pessoais que perturbam os interesses ou o psiquismo do elemento assediador. O Assédio por vezes é voltado a uma equipe, a um grupo de trabalho e até a grandes setores de empresas, não sendo apenas de caráter individual. Podemos ver os assediadores como transtornados psíquicos em áreas diversas tais como sexual, moral, social ou humana.

O (a) assediador (a) usa como recursos freqüentes e constantes contra o(a) assediado(a), atitudes como: muxoxos, dar de ombros, olhares de desprezo, risos de escárnio, recusa ao diálogo e comunicação, desvalorização do trabalho, ignora seus comentários e sugestões, exclusão das decisões ou das reuniões, xinga, grita, deprecia, zomba. Faz alusões malévolas à sua pessoa e põe em dúvida sua competência, honestidade, capacidade. Pode partir para os ataques pessoais, preconceituosos caluniosos apelidos pejorativos, referentes à sexualidade, grupo étnico racial, sexo, idade, aparência física, deficiências físicas. Obviamente, para caracterizar o quadro não é necessário constatar a presença de todos os itens citados. O que mais caracteriza é a freqüência e a repetição destas condutas em período de tempo duradouro. Esta humilhação repetitiva e de longa duração, interfere na vida do assediado de modo direto, comprometendo sua identidade, dignidade e relações afetivas e sociais, ocasionando assim, graves danos à saúde física e mental do trabalhador, que podem evoluir para a incapacidade para o trabalho, desemprego, ou mesmo a morte por suicídio, constituindo um risco invisível, porém concreto nas relações e condições de trabalho.

O Assédio Moral também tem suas origens na própria organização do trabalho. Problemas organizacionais prolongados e não resolvidos, que entravam os grupos de trabalho e podem desencadear na busca, quase sempre injusta, de "bodes expiatórios".

Acrescente-se a precariedade de emprego e das relações de trabalho (por exemplo, precariedades dos vínculos empregatícios, a terceirização, a competitividade cega), o ritmo imposto pelo modelo econômico, e outros fatores que perversamente manipulados levam o trabalhador ao sofrimento e à humilhação.

EXEMPLO ILUSTRATIVO:

A Gerência Executiva de Niterói atendeu uma bancária com mais de 20 anos de bons serviços em um banco pequeno que foi comprado por um gigante do mercado. O novo gerente a colocou em serviço novo, sem treinamento, e a humilhava diariamente e publicamente, depreciando seu antigo vínculo, e a chamando de "burra e velha". A segurada foi examinada em estado depressivo grave com ideação suicida e em estado de miséria moral e psíquica. Foi encaminhada ao CRP. Na ocasião a segurada já se encontrava em tratamento pelo ambulatório de psiquiatria da UFRJ, por equipe multidisciplinar que fez o diagnóstico de *Síndrome de Burnout* conseqüente de Assédio moral. Esta segurada veio amplamente documentada, com testemunhos escritos, laudos psiquiátricos e outros, para conversão de B31 para B91. Atualmente, a segurada encontra-se recuperada. Não quis voltar ao banco, abrindo mão da estabilidade e fazendo acordo com o mesmo. Mudou seu ramo de trabalho para a área de turismo por ser pessoa que fala bem inglês e francês. Através de seu Sindicato corre judicialmente o processo de indenização por danos morais.

4.19.1.1 Conduta Médico-Pericial

O Perito Médico deve saber que o terror psicológico não se confunde com o excesso ou redução de trabalho, ordem de transferência, mudança de local de trabalho, exigências no cumprimento de metas, cumprimento rígido de horários, falta de segurança, obrigação de



FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU - FUNPREV

CNPJ 46.139.960/0001-38

Rua Joaquim da Silva Martha nº 13-44 - CEP 17040-012 - Bauru - SP

Fone/Fax- (14) 3227-1444

trabalhar em situação de risco, pouco confortável ou ergonomicamente penosa. O Assédio Moral ou "Mobbing" não é a agressão isolada, a descompostura estúpida, o xingamento ou a humilhação ocasional, frutos do estresse ou de explosão momentânea que em geral termina em pedidos de desculpa apertados de mão e arrependimento por parte do agressor.

Até o fechamento desta presente edição desta diretriz, o Assédio Moral também não constava na lista de notificações do Sistema SABI. No CID 10 é classificado pelo código Z60.5 (Alvo de Discriminação e Perseguição Percebidas). Neste caso o segurado desenvolverá quadros depressivos importantes, com baixa estima severa, medo, insegurança, ansiedade. Pode levar ao quadro de *Burnout*.

O CID, quando confirmado, incluirá o segurado em Auxílio-doença Acidentário (espécie B91). Neste caso, o CID principal será o da doença sintomatológica (Depressão; Transtornos fóbico-ansiosos; Reação prolongada ao estresse; Síndrome de Burnout e outros). O CID Z60.5 será o secundário. No caso, é o coadjuvante do transtorno psiquiátrico em questão. O tempo de afastamento seguirá o transtorno mental descrito no CID principal.

4.20 Transtornos específicos de personalidade (F60 a F60.9)

Também chamados de Personalidades Psicopáticas ou Personalidades Patológicas, são manifestações psiquiátricas que possuem pouco impacto na concessão dos benefícios por incapacidade.

O que é Personalidade?

Este termo pode ser definido como a totalidade relativamente estável e previsível dos traços emocionais e comportamentais que caracterizam a pessoa na vida cotidiana, sob condições normais. Em suma, é o "jeito de ser de cada um", com suas características habituais, como é visto e sentido pelas pessoas que o conhecem, dentro de um padrão encontrado na média das pessoas. Como exemplo, todos conhecemos (ou somos) pessoas um pouco desconfiadas, algo inseguras, irritáveis, pouco dadas a reuniões, etc, dentro de um padrão que não causa estranheza.

O que são Transtornos da Personalidade?

Quando às características pessoais (traços) são inflexíveis, rígidos e mal adaptativos para uma vida harmônica, causando prejuízo social e ocupacional ou sofrimento significativo na pessoa e naqueles que rodeiam, temos um transtorno da personalidade.

Seus portadores mostram padrões profundamente entranhados, inflexíveis e mal ajustados de relacionamento e percepção do ambiente e de si mesmos. O comportamento patológico é confirmado por terceiros, por conta da autocrítica ser reduzida. Embora não possibilitem uma maneira absolutamente normal de viver (do ponto de vista estatístico), não chegam a preencher os critérios para um transtorno mental franco. Enquanto em uma personalidade normal podemos ver "um pouco de tudo", com um ou outro traço levemente destacado, em um transtorno de personalidade podemos destacar um traço marcante, específico, característico e grave, o que permite a classificação com base neste destaque. Ex: um transtorno de personalidade ansioso.

Os transtornos de personalidade são condições do desenvolvimento da personalidade, aparecem na infância ou adolescência e continuam pela vida adulta. São perturbações graves da constituição do caráter e das tendências comportamentais. Não são adquiridas do meio. Diferem de modificações que podem surgir na personalidade, durante a vida, como consequência de algum outro transtorno emocional ou de um estresse grave. O diagnóstico de transtorno da personalidade só deve ser dado a adultos ou no final da adolescência, pois a personalidade só está completa nessa época.



Classificação

4.20.1 Personalidade Paranóica (F60.0)

Sensibilidade excessiva face às contrariedades, recusa de perdoar os insultos, caráter desconfiado, tendência a distorcer os fatos, interpretando as ações imparciais como hostis. Suspeitas injustificadas sobre a fidelidade sexual do cônjuge ou parceiro e um sentimento combativo e obstinado de seus próprios direitos. Supervalorização de sua auto-importância, auto-referência excessiva.

Exclui: esquizofrenia paranóide, paranóia ou psicose paranóide.

4.20.2 Personalidade Esquizóide (F60.1)

Retraimento dos contatos sociais, afetivos e outros. Preferência pela fantasia, atividades solitárias e introspecção. Incapacidade de expressar seus sentimentos e prazer.

4.20.3 Personalidade Anti-Social (F60.2)

Desprezo das obrigações sociais. Há um desvio considerável entre o comportamento e as normas sociais estabelecidas. O comportamento não é facilmente modificado pelas experiências adversas, inclusive pelas punições. Existe uma baixa tolerância à frustração e um baixo limiar de descarga da agressividade, inclusive da violência. Tendência a culpar os outros ou a fornecer racionalizações plausíveis para explicar um comportamento, o que leva o indivíduo a entrar em conflito com a sociedade.

4.20.4 Transtorno de personalidade com instabilidade emocional (F60.3)

Tendência a agir de modo imprevisível, sem consideração pelas conseqüências. Humor imprevisível, acessos de cólera e uma incapacidade de controlar comportamentos impulsivos. Tendência a brigas e conflitos com os outros, particularmente quando contrariados ou censurados. Podem ser caracterizados como:

- Tipo impulsivo: instabilidade emocional e falta de controle dos impulsos.
- Tipo borderline: perturbações da auto-imagem, do estabelecimento de projetos e das preferências pessoais. Sensação crônica de vazio, relações interpessoais intensas e instáveis. Tendência a comportamento autodestrutivo, com tentativas de suicídio e comportamentos de risco.

4.20.5 Personalidade Histriônica (F60.4)

Afetividade superficial e fácil dramatização, teatralidade, expressão exagerada das emoções, sugestibilidade, egocentrismo, autocomplacência, falta de consideração para com o outro, desejo permanente de ser apreciado e de constituir-se no objeto de atenção e tendência a sentir-se facilmente ferido.

4.20.6 Personalidade Anancástica (F60.5)

Perfeccionismo, escrupulosidade, preocupações com pormenores, obstinação, prudência e rigidez excessivas. Pode haver pensamentos ou impulsos repetitivos e intrusos, não atingindo a gravidade de um transtorno obsessivo-compulsivo.

Não é transtorno obsessivo-compulsivo.

4.20.7 Personalidade Ansiosa (de Evitação) (F60.6)

Sentimento de tensão e de apreensão, insegurança e inferioridade. Desejo permanente de ser amado e aceito, hipersensibilidade à crítica e à rejeição. Reticência a se relacionar pessoalmente e tendência a evitar atividades que saem da rotina com um exagero dos perigos potenciais em situações banais.



FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU - FUNPREV

CNPJ 46.139.960/0001-38

Rua Joaquim da Silva Martha nº 13-44 - CEP 17040-012 - Bauru - SP

Fone/Fax- (14) 3227-1444

4.20.8 Personalidade Dependente (F60.7)

Tendência a deixar a outrem a tomada de decisões importantes ou menores. Submissão passiva à vontade do outro e uma dificuldade de fazer face às exigências da vida cotidiana.

4.20.9 Outros transtornos específicos da personalidade (F60.8)

Excêntrica, imatura, narcísica, passivo-agressiva e outras.

4.20.9.1 Conduta médico-pericial

É importante para a caracterização dos quadros de transtornos da personalidade, quaisquer que sejam, uma história clínica enfocando vários períodos da vida do examinado, pois, como foi visto, o início dos transtornos de personalidades dá-se na adolescência ou início da fase adulta, persistindo por toda a vida.

O exame psiquiátrico vai evidenciar principalmente traços de caráter, que evidentemente não serão verbalizados pelo examinado. A observação do comportamento no consultório, a fluência da fala, atitudes manipuladoras, atitude ansiosa, medrosa, postura pedante, de grandeza, auto-importância exagerada, olhares desconfiados para os vários pontos do consultório, etc, vão possibilitar a caracterização de um tipo de transtorno.

Uma vez diagnosticado, a fixação de DID deverá, com muita certeza, reportar-se à adolescência ou idade adulta jovem, quando se evidenciam os sinais.

Na quase totalidade dos quadros, não há incapacidade. É possível, no entanto, haver, dentro do padrão de comportamento que caracteriza o transtorno de personalidade, seja qual for o tipo, períodos de uma exacerbação maior, impossibilitando o indivíduo de exercer suas atividades habituais. Dentro desses, estão associados os comportamentos de risco. Nestes casos, deve ser fixada a DII no início dos sintomas dessas situações incapacitantes, que deverão ser o CID principal, ficando o transtorno como CID secundário.

O período de afastamento, em caso de intercorrências psiquiátricas, deverá ser, geralmente, curto, capaz de permitir o restabelecimento da situação anterior. Lembrar que o transtorno de personalidade é permanente, não sofrendo alterações. Assim, passada a intercorrência, o indivíduo retorna ao seu padrão convencional.



**FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU – FUNPREV**

CNPJ: 46.139.960/0001-38

Rua Joaquim da Silva Martha, 13-44 – CEP 17014-010 – Bauru/SP

Fone/Fax: (14) 3227-1444

ANEXO 1:

**QUADROS DE VERIFICAÇÃO DE GRAU DE INCAPACIDADE E SUGESTÕES DE PRAZOS DE AFASTAMENTO
CONSIDERANDO FATORES AGRAVANTES E ATENUANTES**

Transtornos Mentais Orgânicos

Doença	Grau de incapacidade	FATORES AGRAVANTES		Sugestão de Prazo Diretriz
		Morbidades	sociais	
Demência na doença de Alzheimer (F00)	total	Doenças psiquiátricas e neurológicas pré-existentes	Idade avançada	Limite indefinido.
Demência Vascular nãoespecificada (F01.9)	total			Limite indefinido.
Demência na Doença de Parkinson (F02.3)	total			Limite indefinido.



**FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU – FUNPREV**

CNPJ: 46.139.960/0001-38

Rua Joaquim da Silva Martha, 13-44 – CEP 17014-010 – Bauru/SP

Fone/Fax: (14) 3227-1444

Transtornos Mentais Orgânicos (Continuação)

Doença	Grau de incapacidade total	FATORES AGRAVANTES			FATORES ATENUANTES		Sugestão de Prazo Diretriz
		Ocupacionais	Morbidades	sociais	ocupacionais	morbidades	
Doença causada pelo vírus HIV (F02.4)							Limite indefinido.
Epilepsia (G40)	Depende da ocupação	Atividades de risco (operação de máquinas, vigilância armada, direção de veículos, trabalhos em andaimes/alturas, etc...). Trabalho rural com uso de instrumentos cortocontusos/contundentes. Exposição a luzes estroboscópicas	Oligofrenias, Esquizofrenia	Uso de álcool e drogas ilícitas. Preconceitos no ambiente familiar e/ou de trabalho.	Trabalho em ambiente protegido, sem risco individual e/ou coletivo	Adesão correta ao tratamento	Desde o indeferimento a limite indefinido, dependendo da gravidade do caso e fatores agravantes e atenuantes.



**FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU – FUNPREV**

CNPJ: 46.139.960/0001-38

Rua Joaquim da Silva Martha, 13-44 – CEP 17014-010 – Bauru/SP

Fone/Fax: (14) 3227-1444

DEPENDÊNCIAS QUÍMICAS

Doença	Grau de incapacidade	FATORES AGRAVANTES			FATORES ATENUANTES		Sugestão de Prazo Diretriz
		Ocupacionais	Morbidades	sociais	ocupacionais	sociais	
Alcoolismo (F10)	F10.0 a F10.1: ausência de incapacidade; F10.2 a F10.7: existe incapacidade	Trabalhos Com substâncias voláteis e inflamáveis (p.ex: frentistas) Trabalhos de riscos individuais e coletivos	Hepatopatias, polineuropatias, diabetes, cardiopatias, distúrbios nutricionais, epilepsias, outros transtornos mentais	Dependência cruzada com outras drogas. Não freqüentar grupos de auto-ajuda		Freqüentar grupos de auto-ajuda (bom prognóstico) Apoio familiar, ambiente protegido.	F10.0 a F10.1: indeferimento. Conforme os Fatores atenuantes ou agravantes o prazo é variável desde prazos curtos até limite indefinido.
Opiáceos, Sedativos e Hipnóticos (F11 e F13)							
Cocaína e Crack (F14)	Semelhante ao alcoolismo						
Outros Estimulantes, Caféina e Tabaco (F15 e F17)	Semelhante ao alcoolismo						



**FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU – FUNPREV**

CNPJ: 46.139.960/0001-38

Rua Joaquim da Silva Martha, 13-44 – CEP 17014-010 – Bauru/SP

Fone/Fax: (14) 3227-1444

Perturbadores do SNC (F12, F16, F18)	Geralmente não há incapacidade, a não ser em grandes usuários.			Dependência cruzada.			Desde indeferimento a períodos curtos.
Dependência de Ação Mista (Cruzada) (F19)							

Esquizofrenias e Transtornos Esquizotípicos

Doença	Grau de incapacidade	FATORES AGRAVANTES			FATORES ATENUANTES		Sugestão de Prazo Diretriz
		Ocupacionais	Morbidades	sociais	ocupacionais	socais	
Esquizofrenias (F20 – F20.4)	total	Mau ajustamento ocupacional Observar se o segurado tem múltiplos vínculos empregatícios e fugazes ou esteve longo tempo desempregado. História de múltiplas funções.	Demora no diagnóstico; Início insidioso de Internações frenocômicas; Abandono de tratamento Tratamento errado, inadequado abandonado Ou descontínuo Uso de drogas Epilepsia Cronicidade Mais de dois surtos na vida.	Preconceitos, ignorâncias; Deficiências da assistência médica pública. Abandono e descaso familiar. Solidão. Baixo nível sócioeconômico.	Bom nível de atividades ocupacionais pré-mórbidas	Inclusão social e laboral. Apoio afetivo.	Benefícios longos (um ano), conforme os agravantes ou atenuantes, até limite indefinido.



**FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU – FUNPREV**

CNPJ: 46.139.960/0001-38

Rua Joaquim da Silva Martha, 13-44 – CEP 17014-010 – Bauru/SP

Fone/Fax: (14) 3227-1444

Transtornos do Humor (afetivos)

Doença	Grau de incapacidade	FATORES AGRAVANTES			FATORES ATENUANTES		Sugestão de Prazo Diretriz
		Ocupacionais	Morbidades	sociais	mobidade	socais	
Hipomania(F30)	Ausência de incapacidade						
Mania sem sintomas psicóticos (F30.1)	Ausência de incapacidade						
Mania com sintomas psicóticos (F30.2)	Há incapacidade						Até 60 dias.
Transtorno Afetivo Bipolar (F31.1 a F31.3)	Há incapacidade		Hereditariedade Sexo Feminino Doenças endócrinas Ciclagem rápida Sintomas psicóticos e/ou delírios Gesto e ato suicida	Uso de álcool e drogas ilícitas	Adesão efetiva ao tratamento.	Apoio familiar e no local de trabalho.	Até 120 dias



**FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS
 MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU – FUNPREV**
CNPJ: 46.139.960/0001-38
 Rua Joaquim da Silva Martha, 13-44 – CEP 17014-010 – Bauru/SP
 Fone/Fax: (14) 3227-1444

Episódios Depressivos

Doença	Grau de incapacidade	FATORES AGRAVANTES			FATORES ATENUANTES		Sugestão de Prazo Diretriz
		Ocupacionais	Morbidades	sociais	ocupacionais	morbidade	
Episódio Depressivo Leve (F32.0)	Ausência de incapacidade						Indeferimento
Episódio Depressivo Moderado (F32.1)	Há incapacidade condicionada ao ajuste da medicação	Avaliar risco para si e para terceiros Desmotivação profissional	Demências, Doença de Parkinson, Colagenoses, Neoplasias Malignas, Esclerose Múltipla, Doenças Crônicas Dolorosas, Diabetes severa, cardiopatias Uso de medicamentos (anti-hipertensivos, quimioterápicos e imunossupressores)	Uso de álcool e drogas ilícitas	Motivação profissional	Adesão ao tratamento contínuo.	Até 60 dias.
Episódios Depressivos Graves (F32.2) (F32.3)	Há incapacidade	Desmotivação profissional	Presença de sintomas psicóticos Tentativas de suicídio hereditariedade Personalidade prévia tímida e evitativa Ideação persecutória Rejeição ou abandono do tratamento por preconceitos, fatores econômicos e tempo de tratamento	Isolamento social e afetivo	Motivação profissional	Ausência de sintomas psicóticos Aceitação do tratamento medicamentoso	Até 180 dias conforme fatores agravantes ou atenuantes



**FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU – FUNPREV**

CNPJ: 46.139.960/0001-38

Rua Joaquim da Silva Martha, 13-44 – CEP 17014-010 – Bauru/SP

Fone/Fax: (14) 3227-1444

Episódios Depressivos Recorrentes

Doença	Grau de incapacidade	FATORES AGRAVANTES			FATORES ATENUANTES		Sugestão de Prazo Diretriz
		Ocupacionais	Morbidades	sociais	ocupacionais	morbidade	
Episódios Depressivos Recorrentes (F33.0, F33.1, F33.2, F33.3)	Moderado a total (Observar recorrência de benefícios no mesmo CID)	Atividades perigosas com risco para si e para terceiros.	Frequência Dos episódios (mais do que um no espaço de um ano) Ato ou gesto uicida Sintomas psicóticos persistentes	Idade avançada Baixo nível sócio-cultural	Produção nos intervalos intercríticos Atividade protegida	Tratamento correto e contínuo por psiquiatra	por no mínimo 180 dias

Transtornos Persistentes do Humor

Doença	Grau de incapacidade	FATORES AGRAVANTES			FATORES ATENUANTES		Sugestão de Prazo Diretriz
		Ocupacionais	Morbidades	sociais	ocupacionais	morbidade	
Ciclotimia (F34.0)	Não há incapacidade						Indeferimento
Distimia (F34.1)	Não há incapacidade						Indeferimento



**FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU – FUNPREV**

CNPJ: 46.139.960/0001-38

Rua Joaquim da Silva Martha, 13-44 – CEP 17014-010 – Bauru/SP

Fone/Fax: (14) 3227-1444

Transtornos Neuróticos

Doença	Grau de incapacidade	FATORES AGRAVANTES			FATORES ATENUANTES		Sugestão de Prazo Diretriz
		Ocupacionais	Morbidades	sociais	ocupacionais	morbidade	
Agorafobia (F40.0)	Não há incapacidade						Indeferimento
Fobia Social (F40.1)	Não há incapacidade						Indeferimento
Fobias específicas (F40.2)	Não há incapacidade						indeferimento
Transtorno de Pânico (Ansiedade Paroxística Episódica (F41.0)	há incapacidade	Atividades de risco individual ou para terceiros	Ausência De tratamento adequado			Tratamento psicoterápico com antidepressivos	60 dias ou encaminhamento à restrição.
Transtorno de Ansiedade Generalizada (F41.1)	Não há incapacidade						indeferimento
Transtornos mistos de ansiedade e Depressão (F41.2)	Não há incapacidade						indeferimento
Transtorno obsessivo compulsivo (F42)	Raramente há incapacidade laborativa		Lesões autoprovocadas por condutas obsessivas e compulsivas				até 30 dias para o tratamento das complicações das lesões utprovocadas
Reação ao estresse grave e Transtornos de Ajustamento (F43)							



**FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU – FUNPREV**

CNPJ: 46.139.960/0001-38

Rua Joaquim da Silva Martha, 13-44 – CEP 17014-010 – Bauru/SP

Fone/Fax: (14) 3227-1444

Reação Aguda ao Estresse (F43.0)	Pode haver incapacidade						Até 30 dias
Transtorno de Estresse Pós Traumático (F43.1)	Existe incapacidade		Associação com outros transtornos psiquiátricos (principalmente depressão)	Qualidade e intensidade do agente agressor Possibilidade e/ou proximidade com a agente agressor ou estressógeno.			três e doze meses. Observação: casos acima de 12 meses podem incorrer em CID F62.0 (ver texto)
Transtornos de Adaptação (F43.2)	Pode haver incapacidade		Personalidade prévia psiquiátrica Gravidade dos sintomas apresentados	Grau de influência e gravidade do evento na vida da pessoa Idosos			30 a 120 dias
Transtornos dissociativos ou conversivos (F44)	Não há incapacidade						indeferimento
Transtornos somatoformes(F45)	Não há incapacidade						indeferimento
Síndrome de Burnout (Z73.0)	Há incapacidade	Profissionais de saúde, controladores de vôo, bancários, professores, policiais	Personalidade prévia psiquiátrica	Ausência de apoio familiar e no trabalho		Ausência de personalidade prévia	180 dias ou encaminhamento à restrição funcional
Problemas Relacionados ao Ambiente Social (Z60.0)	Há incapacidade						até 120 dias.



**FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU – FUNPREV**

CNPJ: 46.139.960/0001-38

Rua Joaquim da Silva Martha, 13-44 – CEP 17014-010 – Bauru/SP

Fone/Fax: (14) 3227-1444

ANEXO 2:

PSICOFARMACOLOGIA E A PRÁTICA MÉDICO-PERICIAL

Os psicofármacos são utilizados na psiquiatria com a intenção de modificar, abrandar, corrigir e até anular, comportamentos e humores patológicos por meios químicos. O objetivo destas diretrizes é de que o perito médico não psiquiatra saiba a denominação e indicação dos principais fármacos, possibilitando melhor avaliação do atestado emitido pelo médico assistente, assim como melhor avaliação das prescrições médicas apresentadas ao perito médico, quanto ao segurado estar sendo medicado adequadamente ou não para o transtorno psiquiátrico referido, como causador de incapacidade laborativa.

A seguir, serão relacionados os quatro grandes grupos de medicamentos de interesse direto para a Perícia Médica, com a denominação laboratorial/convencional e comercial mais encontrada em nossa prática médica diária e conseqüentemente trazidos ao médico perito a guisa de comprovação de tratamento e/ou diagnóstico psiquiátrico. Para cada grupo, será também apresentada a indicação correta de uso dos fármacos relacionados. Este grupo de fármacos dividem-se em:

Antipsicóticos
Estabilizadores do Humor
Antidepressivos
Ansiolíticos, sedativos e hipnóticos

Antipsicóticos

Recebiam o nome de “tranqüilizantes maiores, ou neurolépticos”. Só devem ser usados, como o nome diz, nas Psicoses.

Indicações de uso pelo CID 10/Diretrizes

F00 a F09: Demências com delírios e alucinações.

F10 a F 19: Psicoses por drogas e/ou álcool.

F20 a F 29: Medicação de eleição, habitual.

F70 a F79: Retardos com alucinações e delírios.

Tabela: Antipsicóticos Convencionais

Denominação Convencional	Denominação Comercial
Haloperido	Haldol
Pimozida	Orap
Clorpromazina	Amplictil
Tioridazina	Melleril
Flufenazina	Anatensol
Tiotixeno	Navane
Trifluoperazina	Stelazine

Tabela : Antipsicóticos Atípicos

Denominação convencional	Denominação comercial
Clozapina	Leponex.
Olanzapina	Zyprexa.
Risperidona	Risperdal.
Quetiapina	Seroquel.
Ziprazidona	Geodon.



**FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU – FUNPREV**

CNPJ: 46.139.960/0001-38

Rua Joaquim da Silva Martha, 13-44 – CEP 17014-010 – Bauru/SP

Fone/Fax: (14) 3227-1444

Estabilizadores do Humor

São medicamentos específicos para impedir ou minimizar as oscilações de humor comuns às doenças a seguir:

Indicações de uso pelo CID 10/ Diretrizes F30 a F31: Mania e transtornos bipolares de humor

Tabela: Medicamentos estabilizadores do humor de primeira linha

Denominação convencional	Denominação comercial
Carbonato de Lítio	Carbolítio ou Carbolitium
Orotato de lítio	Geralmente é manipulado

Medicamentos estabilizadores do humor de segunda linha

Denominação convencional	Denominação Comercial
Olanzapina	Zyprexa
Carbamazepina	Tegretol
Divalproato de Sódio	Depakote.
Ácido Valpróico	Depakene.

Estes medicamentos têm seu uso em primeira linha, respectivamente, nas Psicoses, Epilepsias, e doenças convulsivantes em geral. São também utilizados na Mania e Bipolaridade, quando há colaterais severos ao Lítio, o qual é mais eficaz e tem bom preço.

Antidepressivos

São utilizados como medicação de eleição para os estados depressivos de forma geral.

Seu uso para ser eficaz, nunca é breve, variando de quatro semanas a tempo indeterminado. É comum o uso por mais de um ano ininterrupto. Os preços variam muito e há opções para todos os tipos de casos, tanto quanto ao preço quanto a possíveis efeitos colaterais.

Indicações de uso pelo CID 10/Diretrizes:

F30 a F34 - transtornos neuróticos e de humor que cursam com Depressão.

Tabela - Antidepressivos Tricíclicos e Tetracíclicos:

Denominação convencional	Denominação Comercial
Amitriptilina	Tryptanol, Amytril
Clomipramina	Anafranil
Imipramina	Tofranil
Nortriptilina	Pamelor
Maprotilina	Ludiomil

O grupo acima é de medicamentos mais baratos e efeito muito rápido. Por outro lado, são os que apresentam mais reações colaterais



**FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU – FUNPREV**

CNPJ: 46.139.960/0001-38

Rua Joaquim da Silva Martha, 13-44 – CEP 17014-010 – Bauru/SP

Fone/Fax: (14) 3227-1444

Tabela: Antidepressivos inibidores seletivos da recaptção da Serotonina (ISRS), da Dopamina e da Norepinefrina

Denominação Convencional	Denominação Comercial
Citalopram	Cipramil, Denyl
Fluoxetina	Prozac, Fluxene, Daforin, Verotina, Eufor,
Paroxetina	Aropax, Pondera
Sertralina	Zoloft, Serenata
Bupropiona	Zyban, Wellbutrin
Venlafaxina	Efexor
Nefazodona	Serzone
Trazodona	Donaren
Mirtazapina	Remeron
Reboxetina	Prolift
Duloxetina	Cymbalta

Este grupo é de medicamentos mais caros, efeito mais lento, porém com menos reações colaterais

Ansiolíticos, Sedativos e Hipnóticos.

Constituem número extenso de fármacos com uso muitas vezes indevido na psiquiatria. Estes fármacos são corretamente utilizados, nos estados de ansiedade, insônia, e em transtornos neuróticos em geral que cursem com ansiedade e suas múltiplas formas de apresentação.

Podem coadjuvar, eventualmente, o tratamento de uma Demência ou Psicose que curse com insônia e agitação psicomotora, mas nunca substituirão os antipsicóticos, nem poderão ser usados nestes transtornos psicóticos de forma isolada!

Na abstinência a drogas e álcool, podem ser usados temporariamente, se indicados, e supervisionados por médico psiquiatra.

ATENÇÃO! Nos transtornos depressivos são *catalizadores negativos*, ou seja, podem desencadear agravar ou provocar a recorrência das manifestações depressivas. *Seu uso, portanto, é praticamente restrito aos transtornos neuróticos e suas manifestações.*

Indicações de uso pelo CID 10/Diretrizes

F40 a F48- transtornos neuróticos

Tabela : Ansiolíticos, Benzodiazepínicos ou não

Denominação Convencional	Denominação Comercial
Alprazolam	Frontal, Azi, Apraz
Clordiazepóxido	Psicosedin
Clonazepam	Rivotril, clonotril
Clorazepato	Tranxilene
Diazepam	Valium, Dienpax
Lorazepam	Lorax
Buspirona	Buspar
Clozapolan	Olcadil
Bromazepam	Lexotan, Somalium



**FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU – FUNPREV**
CNPJ: 46.139.960/0001-38
Rua Joaquim da Silva Martha, 13-44 – CEP 17014-010 – Bauru/SP
Fone/Fax: (14) 3227-1444

Tabela: Ansiolíticos, Sedativos e Hipnóticos

Denominação Convencional	Denominação Comercial
Flurazepan	Dalmadorm
Estazolam	Noctal
Midazolam	Dormonid
Zolpidem	Stilnox, Lioram
Zaleplon	Sonata
Flunitrazepan	Rohypnol
Nitrazepan	Nitrazepol

Este grupo de hipnóticos, ou indutores do sono, pouco vão atuar no dia a dia, nos estados da ansiedade e suas manifestações, exceto as relacionadas aos distúrbios do sono, para os quais são altamente eficazes.



**FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU – FUNPREV**

CNPJ: 46.139.960/0001-38

Rua Joaquim da Silva Martha, 13-44 – CEP 17014-010 – Bauru/SP

Fone/Fax: (14) 3227-1444

AGRADECIMENTOS

Assinalo o particular esforço e o desmedido empenho de toda a equipe envolvida. O objetivo agora é implementar, na prática, as orientações oriundas da legislação existente sobre o assunto.

É mister ainda considerar a irrestrita disposição de acatar as futuras mudanças que possam ocorrer na legislação.

Agradeço em especial o Sr. Vanderlei Aparecido Tomiati - Diretor Previdenciário, o Dr. Petrônio - Médico Perito, e a Assistente Social Sra. Cláudia Patrícia Clérigo, que acreditaram e viabilizaram o presente trabalho.

**ELAINE APARECIDA SEMENTILLE
PRESIDENTE – FUNPREV**