

MANUAL DA PERÍCIA MÉDICA

PROCEDIMENTOS PERICIAIS

Manual da Perícia Médica – Procedimentos Periciais

Reinaldo Azambuja Silva

Governador do Estado

Ana Carolina Araujo Nardes

Secretária de Estado de Administração e Desburocratização

Jorge Oliveira Martins

Diretor-Presidente da AGEPREV- MS

Elaboração:

Neusa Bolzan Venega

Diretora da Perícia Médica/AGEPREV/MS

Publicação: Portal AGEPREV: www.ageprev.ms.gov.br

É permitida a reprodução total ou parcial deste Manual desde que citada a fonte.

MS. Agência de Previdência Social de Mato Grosso do Sul.

Manual da Perícia Médica – Procedimentos Periciais

Mato Grosso do Sul. Campo Grande: 2022

1. Diretrizes 2. Procedimentos 3. Parâmetros. I Título.

CDU: 35:614

Fonte: Manual de Perícia Oficial em Saúde do Servidor Público Federal – 3ª Edição

Apresentação

O presente Manual tem por finalidade uniformizar e padronizar os procedimentos referentes às avaliações periciais da Perícia Médica do Estado de Mato Grosso do Sul, abrangendo os servidores e os membros dos Poderes Executivo, inclusive suas autarquias e fundações, Legislativo e Judiciário, do Tribunal de Contas, do Ministério Público e Defensoria Pública, para concessão de benefícios previdenciários ou de direitos estatutários.

A perícia médica definida em dois conjuntos, previdenciário e em saúde, tem o objetivo de ordenar os procedimentos e os processos de trabalho para avaliação médico-pericial, compreendendo os procedimentos técnico-profissionais, que devem ser realizados de maneira uniforme e sistemática, com o objetivo de avaliar a incapacidade para o trabalho e instrumentalizar os procedimentos administrativos.

Os procedimentos da perícia médica deverão se pautar nos ditames da ética e do sigilo e obedecer, estritamente, às previsões legais e regulamentares, considerando, sobretudo, os princípios da impessoalidade, da legalidade e da moralidade.

Sendo assim, conforme dispõe o art. 71 do Decreto Estadual n. 15.855, de 11 de janeiro de 2022, apresento o Manual da Perícia Médica – Procedimentos Periciais.

Este Manual é direcionado aos profissionais da Perícia Médica, sob orientação da Diretoria de Perícia Médica.

A versão deste manual ficará disponível para consulta e utilização no endereço eletrônico <http://www.ageprev.ms.gov.br>.

Jorge Oliveira Martins

Diretor-Presidente da AGEPREV

Sumário

1. Princípios e Diretrizes da Perícia Médica	7
1.1. Conhecimento Técnico-Científico.....	7
1.2. Ética Profissional	7
1.3. Sigilo Profissional e Documentos Oficiais	7
1.4. Relação do Perito com as Partes.....	8
1.4.1. Com a AGEPREV	8
1.4.2. Com o Servidor.....	8
1.4.3. Com o Médico Assistente.....	8
1.4.4. Com a Equipe Multiprofissional	9
2. Da Perícia Médica em Saúde e Previdenciária	11
2.1. Perito	11
2.2. Designação do Perito	11
2.3. Perícia em Saúde.....	11
2.4. Perícia Previdenciária.....	11
2.5. Avaliações Realizadas na Atividade Pericial.....	12
2.5.1. Perícia em Saúde	12
2.5.2. Perícia Previdenciária	12
3. Procedimentos Realizados por Perícia em Saúde	14
3.1. Licença para Tratamento de Saúde.....	14
3.2. Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família	16
3.3. Licença Gestante	17
3.4. Licença por Motivo de Acidente em Serviço ou Doença Profissional	17
3.5. Comunicação de Acidente de Trabalho-CAT	17
3.6. Exame Admissional	20
3.7. Incapacidade Laboral	20
3.8. Gradação de Deficiência	21
3.9. Readaptação Profissional.....	23
3.10. Remoção por Motivo de Saúde	24
3.11. Redução de Carga Horária para Servidora com Filho com Deficiência	25
3.12. Avaliação da Capacidade Laborativa por Solicitação Superior	26
4. Procedimentos Realizados por Perícia Previdenciária	27
4.1. Aposentadoria por Incapacidade Permanente para o Trabalho.....	28
4.2. Aposentadoria do Servidor com Deficiência	28
4.3. Auxílio-invalidez	29
4.4. Dependente Inválido	29
4.5. Avaliação para fins de Reversão de Aposentadoria por Incapacidade	29
4.6. Reavaliação de Aposentadoria por Incapacidade Permanente.....	29
4.7. Avaliação para Isenção de Imposto de Renda.....	30

5. Procedimentos: Avaliação Pericial	33
5.1. Avaliação Pericial.....	34
5.2. Atestado ou Laudo do Médico Assistente	36
5.3. Solicitação de Informações ao Médico Assistente (SIMA).....	37
5.4. Grupo de Perícia Multiprofissional.....	38
5.5. Avaliação da Gradação de Deficiência.....	38
5.6. Laudo Pericial	39
5.7. Conclusão Pericial.....	39
6. Doenças Especificadas em Lei	43
6.1. Procedimentos para a Avaliação Pericial	43
6.1.1. Doenças Especificadas no art. 6º da Lei n. 7.713/88.....	44
6.1.2. Doenças Especificadas - Conceitos	44
Alienação Mental.....	44
Cardiopatia Grave	46
Cegueira.....	51
Contaminação por Radiação.....	54
Doença de Parkinson.....	57
Esclerose Múltipla	61
Espondiloartrose Anquilosante	63
Estados Avançados da Doença de Mal Paget (Osteíte Deformante)	64
Fibrose Cística.....	65
Hanseníase.....	69
Hepatopatia Grave	73
Nefropatia Grave	77
Neoplasia Maligna	79
Paralisia Irreversível e Incapacitante	81
Síndrome da imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS)	83
Tuberculose Ativa	85
7. Recursos Administrativos	94
Anexo I - Tabela de Parâmetros de Afastamento por Motivos Médicos	96
Referência Bibliográfica	115

1 - Princípios e Diretrizes da Perícia Médica

1. Princípios e Diretrizes da Perícia Médica

1.1. Conhecimento Técnico-Científico

Do médico perito, ao avaliar a capacidade laborativa do servidor em relação a sua doença exige-se:

- a) competência técnica;
- b) habilidade para avaliar o estado de saúde do servidor e conhecimentos da relação saúde e trabalho;
- c) conhecimento do tipo de trabalho do avaliado e investigação das condições em que são desenvolvidas as atividades laborais;
- d) realização dos procedimentos necessários para o exercício do direito, assim como fidelidade à coisa pública de forma a não permitir favorecimentos indevidos ou negação de direitos legítimos;
- e) imparcialidade na avaliação pericial, sendo vedado qualquer tipo de vínculo entre o perito e o servidor ou seu dependente legal.

1.2. Ética Profissional:

O perito da Perícia Médica do Estado de Mato Grosso do Sul fica impedido de participar de ato pericial quando:

- a) For parte interessada;
- b) For cônjuge ou parente da parte interessada (consanguíneo ou afim, em linha reta ou colateral, até o segundo grau);
- c) O servidor for paciente, ex-paciente ou qualquer pessoa que tenha ou teve relações sociais, afetivas, comerciais ou administrativas, capazes de comprometer o caráter de imparcialidade do ato pericial.

1.3. Sigilo Profissional e Documentos Oficiais:

Os peritos devem guardar sigilo sobre as avaliações periciais.

O histórico da avaliação pericial deve ficar registrado no Documento da Perícia, no sistema SIPEM, descrevendo todas as informações pertinentes à situação de saúde do servidor no momento da perícia, observadas as restrições referentes aos dados de caráter sigiloso e/ou pessoal. Este histórico deve subsidiar posterior avaliação pericial e decisões futuras sobre a situação do servidor. Deve também

registrar no Documento do Cliente, quando a licença for negada ou deferida parcialmente, o motivo da decisão pericial sem a necessidade de conter dados sigilosos.

1.4. Relação do Perito com as Partes

1.4.1. Com a AGEPREV:

A perícia médica é submetida às diretrizes e normas estabelecidas pela Agência de Previdência Social do Estado de Mato Grosso do Sul - AGEPREV. A atuação do perito deve ser pautada pelo Código de Ética, pela legislação que rege a Administração Pública Estadual, sendo vedado sujeitar-se a demandas que não sejam designadas por seu instituidor.

1.4.2. Com o Servidor:

- a) Na perícia, o servidor ou seu dependente legal se submete a uma avaliação pericial com a finalidade de verificar a sua capacidade laboral, não devendo estabelecer uma relação assistencial;
- b) Na relação pericial não existe a figura de paciente, o periciado não está sob os cuidados do perito. O periciado não deve esperar do perito um envolvimento de assistente, o que não significa ausência de cortesia, atenção e educação;
- c) Ao perito caberá uma escuta que deve ir além do que verbaliza o periciado na tentativa de desvendar o que não foi revelado e avaliar as informações fornecidas;
- d) Deve ter uma abordagem humanizada;
- e) Deve realizar uma boa avaliação clínica e estar atento para identificar simulações. O senso crítico apurado deve ser fator determinante na atuação do perito para questionar sempre o que for necessário.
- f) Fica a critério do perito a presença de acompanhante durante a perícia, desde que este não interfira nem seja motivo de constrangimento, pressão ou ameaça ao perito ou ao periciado;
- g) É vedada a filmagem ou a gravação da avaliação pericial (acatando para a Perícia Médica do Estado de MS o Parecer-Consulta CFM N° 9, de 2006).

1.4.3. Com o Médico Assistente

Toda avaliação pericial se inicia pela informação prestada pelo periciado, utilizando atestado ou laudo do profissional assistente para subsidiar sua conclusão,

portanto, cabe ao profissional assistente prestar as informações necessárias para subsidiar a avaliação pericial, devendo constar, obrigatoriamente, o diagnóstico da doença, sua evolução, a duração, as condutas e respostas terapêuticas, os exames comprobatórios e, se possível, o prognóstico.

O profissional assistente pode sugerir, inclusive, o tempo estimado de afastamento do trabalho para a recuperação de seu paciente. Não cabe ao assistente emitir parecer sobre os possíveis benefícios ou direitos ou tecer considerações legais ou administrativas, que estão fora do seu campo de atuação, conforme previsto nas Resoluções do CFM nº 1.851, de 2008 e CFO nº 87, de 2009.

1.4.4. Com a Equipe Multiprofissional:

O trabalho em equipe é fundamental para melhor compreender o estado de saúde do servidor e as decorrentes implicações nos diversos contextos em que o servidor está inserido.

Os profissionais que compõem a equipe de perícia devem considerar em seu trabalho todas as dimensões implicadas no processo de avaliação. Para tanto, a avaliação da capacidade laborativa deve buscar compreender o indivíduo em sua totalidade, relacionando as informações sobre as condições laborais do periciado ao seu histórico clínico, familiar, social e afetivo.

Na medida que a avaliação da capacidade laboral requer atenção e observância a complexa dinâmica do adoecimento e às incapacidades decorrentes e aos múltiplos fatores determinantes e condicionantes da saúde, pressupõe-se a adoção do enfoque biopsicossocial.

É imperativo preservar as competências e as atribuições privativas das categorias profissionais envolvidas, bem como seus limites legais, técnicos e normativos, assegurando, contudo, a abordagem interdisciplinar.

Os peritos podem solicitar aos profissionais que compõem a equipe de perícia multiprofissional suporte à perícia em saúde e avaliações complementares com a finalidade de melhor compreender o processo de adoecimento ou agravo que acometa o periciado.

2 . Da Perícia em Saúde e Previdenciária

2. Da Perícia em Saúde e Previdenciária

2.1. Perito

É o profissional graduado em medicina, odontologia, psicologia, serviço social, fisioterapia, educação física, arquitetura e engenharia de segurança do trabalho e outros profissionais que realizam ato pericial com o objetivo de estabelecer a correlação entre o estado de saúde e a capacidade laborativa do servidor, assim como do nexo entre o estado mórbido e o trabalho, bem como pela avaliação de pensionistas e dependentes nos dispositivos previstos na legislação.

2.2. Designação do Perito

O perito deve ser, obrigatoriamente, credenciado por meio de publicação no Diário Oficial, designado para realizar perícia singular nos Grupos Regionais e nas Comissões Especiais de Perícia Médica.

2.3. Perícia em Saúde

Tem por finalidade a realização de avaliações periciais para verificar as questões relacionadas à saúde e à capacidade laboral, realizadas na presença do periciado ou por meio remoto, por médico perito formalmente designado.

A perícia em saúde compreende duas modalidades:

1. **Perícia Singular:** perícia oficial em saúde realizada por apenas um médico;
2. **Junta de Perícia Médica:** perícia em saúde realizada por grupo de três médicos.

2.4. Perícia Previdenciária

A Perícia Previdenciária tem por finalidade realizar os procedimentos de avaliação pericial para fins de benefícios previdenciários, destinados aos segurados do RPPS/MS.

2.5. Avaliações Realizadas na Atividade Pericial

2.5.1. Perícia em Saúde

Fundamentação legal (art. 3º do Decreto n. 15.855/22)

A perícia em saúde, após a realização da avaliação pericial, emitirá o Boletim de Inspeção Médica (BIM), laudos ou pareceres para os seguintes fins:

- a) Exame médico admissional;
- b) Exame médico periódico;
- c) Licença para tratamento da própria saúde;
- d) Licença para acompanhar pessoa da família;
- e) Gradação de deficiência
- f) Reintegração, aproveitamento ou reversão ao cargo público;
- g) Sanidade mental para instrução de processo administrativo disciplinar;
- h) Capacidade laboral;
- i) Remoção por motivo de saúde do servidor;
- j) Redução de Carga Horária para Servidor com Filho com Deficiência;
- k) Avaliação de Capacidade Laborativa por Solicitação Superior;
- l) Outras avaliações previstas na legislação estadual.

2.5.2. Perícia Previdenciária

Fundamentação legal (art. 2º, Decreto n. 15.855/22)

Tem por finalidade realizar avaliação pericial, exclusivamente por peritos da AGEPREV, para os seguintes fins:

- a) Aposentadoria por incapacidade permanente para o trabalho;
- b) Aposentadoria especial;
- c) Readaptação;
- d) Acidente de trabalho, doença profissional ou doença do trabalho;
- e) Dependente inválido para fim de pensão previdenciária;
- f) Auxílio-invalidez;
- g) Reavaliação de aposentadoria por incapacidade permanente para o trabalho;
- h) Reversão de aposentadoria por incapacidade permanente para o trabalho ao serviço ativo;
- i) Verificação de níveis de exposição a agentes nocivos químicos, físicos e biológicos prejudiciais à saúde;
- j) Isenção de imposto de renda.

3. Procedimentos Realizados pela Perícia Médica

3. Procedimentos Realizados pela Perícia Médica

3.1. Licença para Tratamento de Saúde

Fundamentação legal (art. 52, Decreto n. 15.855/22)

Será concedida, por período determinado, para que o servidor possa recuperar sua capacidade laborativa.

A avaliação pericial será efetuada com base no atestado ou laudo médico, emitido pelo médico assistente, observando a Tabela de Parâmetros para Afastamento por Motivos Médicos (Anexo I).

O atestado médico, para fim de concessão de licença para tratamento de saúde, obedecerá às disposições da Resolução CFM n. 1.658, de 13 de fevereiro de 2002, emitido pelo médico assistente com as seguintes informações:

- a) O tempo concedido e necessário para a recuperação do servidor;
- b) O diagnóstico, quando autorizado pelo paciente, e os resultados dos exames complementares;
- c) A conduta terapêutica e o prognóstico;
- d) A identificação do emissor, mediante assinatura e carimbo com o número de registro do Conselho Regional de Medicina (CRM);
- e) Registro de dados de maneira legível.

Competência do perito: perito singular e junta médica - realizar a avaliação pericial, com a finalidade de verificar a incapacidade laboral do servidor, com base no atestado médico apresentado, observando o período de afastamento:

Períodos	Quem avalia?
Até 15 dias	Servidor fica isento de avaliação pericial
De 16 a 120 dias	Perito singular - GRPM
De 121 a 180	Junta de Perícia Médica
Acima de 180 dias	Comitê de Perícia Médica (COPEM)

Fundamentação legal (art. 54, Decreto n. 15.855/22, alterado pelo Decreto n. 15.933/22)

O perito, obrigatoriamente, ao realizar a avaliação pericial deve obedecer aos seguintes procedimentos:

Situação	Obrigação do Perito
Histórico de licenças	Verificar as avalia�es anteriores antes de iniciar o atendimento

Motivo	Certificar que o registro do motivo do afastamento está correto
Vínculo empregatício	Verificar o tipo de vínculo e seguir as regras, se estatutário, comissionado ou contrato público
Licença – inicial ou prorrogação	Verificar o motivo das licenças anteriores para registrar se a licença é inicial ou prorrogação
Doenças do servidor	Registrar o CID-10 correspondente ao atestado médico
Tipo da doença	Identificar quando se tratar de: doença grave e incurável; doença do trabalho; outras doenças.
Início da licença	Deve ser a mesma data do atestado/laudo
Histórico	Os dados da avaliação devem ser registrados de forma completa e precisa no Documento da Perícia no sistema SIPEM.

Observações:

- a) O servidor que, no curso da licença, julgar-se apto a retornar à atividade, deverá apresentar laudo do médico assistente e será submetido a nova avaliação pericial. Caso não se configure mais a incapacidade, o perito emitirá novo BIM com a informação que está apto para o trabalho a partir da data do novo atestado;
- b) Se servidor que apresentar indícios de incapacidade laboral para a função que exerce, deverá ser encaminhado ao Grupo de perícia multiprofissional para ser submetido à avaliação da capacidade laborativa;

Observação: Não encaminhar para o COPEM.

Serão consideradas como prorrogação sucessiva as licenças que sucederem até 15 (quinze) dias da anterior e se o CID tiver a mesma correspondência. (§ 2º, art. 54. Decreto n. 15.855/22, alterado pelo Decreto n. 15.933, de 26 de maio de 2022).

- c) Os ocupantes de cargos comissionados, contrato público e professor convocado que se vinculam ao Regime Geral de Previdência Social – RGPS (INSS), têm direito a somente os **primeiros 15 dias de licença** concedidos pela perícia em saúde. Devem observar os seguintes critérios:

1. Quando se tratar da **mesma doença** ou correlatas:

- transcorridos **menos** de 60 dias a contar do término dos 15 dias iniciais, deverá ser encaminhado ao INSS por tratar-se de uma prorrogação do benefício anterior;
 - transcorridos **mais** de 60 dias a contar do término dos 15 dias iniciais, poderão ser concedidos até 15 dias.
2. Quando se tratar de **outra doença**:
- poderão ser concedidos até 15 dias de licença para tratamento de saúde.

3.2. Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família

Fundamentação legal (art. 59 a 60, Decreto n. 15.855/22)

A licença para acompanhar pessoa da família doente, até o limite autorizado em lei, depende de parecer da assistente social ou de relatório de visita domiciliar ou hospitalar.

Competência do perito: realizar avaliação pericial observando o atestado emitido por médico assistente e a manifestação da assistente social sobre a situação da dependência, em relatório de visita domiciliar.

Para efeito de concessão da licença prevista neste item, considera-se pessoa da família:

1. Cônjuge;
2. Filhos;
3. Ascendentes (mãe e pai);
4. Dependente que viva sob dependência econômica do servidor e conste registro em seu assentamento funcional no Sistema de Gerenciamento de Entrada de Dados (SISGED).

A avaliação pericial será realizada no dependente do servidor.

A licença para acompanhamento de pessoa da família, incluídas as prorrogações, poderá ser concedida até 180 dias com vencimento do cargo efetivo, mais seis meses com 2/3 do vencimento e sem vencimento a partir de 12 meses de afastamento.

Em cada período de 5 (cinco) anos o servidor só poderá beneficiar-se de, no máximo, 2 (dois) anos de licença, seguidos ou intercalados.

3.3. Licença Gestante

Fundamentação legal (art. 58, Decreto n. 15.855/22)

Fica dispensada de avaliação pericial. É de competência do órgão de lotação do servidor registrar a licença no sistema. É um ato administrativo.

3.4. Licença por Motivo de Acidente em Serviço ou Doença Profissional

Fundamentação legal (art. 33 e 34, Decreto n. 15.855/22)

A doença do trabalho é resultante das condições ambientais do local de trabalho que podem gerar afastamento temporário do servidor, quando a natureza do trabalho é um fator de risco para o surgimento de doença ao servidor

A doença profissional é aquela que ocorre devido às características do seu trabalho. Ela está diretamente ligada à exposição contínua a agentes de risco, podendo ser eles biológicos, físicos, químicos ou radioativos, e com o tempo podem agravar quadros existentes antes mesmo do início da atividade.

Nesses casos, deve haver a comprovação por meio de CAT homologada, de que a doença é decorrente do acidente sofrido. Deve informar no BIM o motivo da doença como doença do trabalho.

Este tipo de licença é devido somente aos servidores com cargo efetivo.

Competência do perito: realizar a avaliação pericial após a certificação de que a Comunicação de Acidente de Trabalho – CAT foi registrada. É homologada pelo perito do Grupo de Medicina do Trabalho.

3.5. Comunicação de Acidente Trabalho – CAT

Fundamentação legal (art. 33 e 34, Decreto n. 15.855/22)

Comunicação de Acidente trabalho – CAT é um documento padronizado utilizado pelos órgãos, para informar o acidente em serviço ocorrido com o servidor efetivo.

Os acidentes em serviço podem ser classificados, quanto à forma como ocorrem, em:

- a) **Acidente Típico:** São todos os acidentes que ocorrem no desenvolvimento das atividades laborais no ambiente de trabalho ou a serviço deste, durante a jornada de trabalho, ou quando estiver à disposição do trabalho. O acidente típico é considerado como um acontecimento súbito e imprevisto, que pode

provocar no servidor incapacidade para o desempenho das atividades laborais.

Para caracterizar o acidente típico não é necessário que ele ocorra somente no setor em que o servidor trabalhe, basta que ocorra em qualquer dependência do estabelecimento, se o servidor estiver a serviço, dentro do seu horário de trabalho.

Nos períodos destinados às refeições ou descanso no local de trabalho, o servidor é considerado a serviço do órgão para fim de acidente em serviço, de forma que o acidente nesta hipótese também será considerado como acidente em serviço típico.

- b) Acidente de Trajeto:** São os acidentes que ocorrem no trajeto entre a residência e o trabalho ou vice-versa. Para sua caracterização o servidor não poderá desviar de seu percurso habitual por interesse próprio, vez que, se tal fato ocorrer, será considerado acidente comum, o que desobriga o órgão de preencher a CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho).
- c) Doenças Relacionadas ao Trabalho:** os trabalhadores podem desenvolver agravos à sua saúde, adoecer ou mesmo morrer por causas relacionadas ao trabalho, como consequência da profissão que exercem ou exerceram, ou pelas condições adversas em que seu trabalho é ou foi realizado. Assim, o perfil de adoecimento e morte dos trabalhadores resultará da conjunção desses fatores, que podem ser sintetizados em três grupos de causas (Mendes & Dias, 1999):

Grupos	Causas
Grupo I	doenças em que o trabalho é causa necessária, tipificadas pelas doenças profissionais, e pelas intoxicações agudas de origem ocupacional. Ex: intoxicação por chumbo, sílica, doenças profissionais legalmente reconhecidas.
Grupo II	doenças em que o trabalho pode ser um fator de risco, contributivo, mas não necessário, exemplificadas pelas doenças comuns, mais frequentes ou mais precoces em determinados grupos ocupacionais e para as quais o nexos causal é de natureza eminentemente epidemiológica. Ex: Hipertensão arterial, doença coronariana, doenças do aparelho locomotor e neoplasias malignas (cânceres), em determinados grupos ocupacionais ou profissões, constituem exemplo típico.
Grupo III	doenças em que o trabalho é provocador de um distúrbio latente, ou agravador de doença já estabelecida ou preexistente. Ex:

doenças alérgicas de pele e respiratórias, transtornos mentais, em determinados grupos ocupacionais ou profissões.

3.5.1. Quando emitir a Comunicação de Acidente Trabalho – CAT

Todo e qualquer acidente em serviço que provoque ou não lesões no servidor, havendo ou não afastamento de suas atividades, obrigatoriamente deve ser registrado, mediante preenchimento de formulário da “Comunicação de Acidente de Trabalho – CAT”, para que sejam resguardados os direitos do servidor acidentado em serviço, além de possibilitar a análise das condições em que ocorreu o acidente e a intervenção de forma a reduzir, ou mesmo impedir novos casos. No caso de haver documento comprobatório de acidente (boletim de ocorrência, fotografia, ou outros), recomenda-se sua anexação à CAT.

3.5.2. Responsável pela emissão da CAT

A CAT deverá ser preenchida pelo setor de Recursos Humanos do órgão de lotação do servidor, mediante a comunicação dos fatos pelo próprio servidor, por sua chefia imediata, relatando as circunstâncias do acidente e indicando as testemunhas do acidente.

3.5.3. Destino da CAT

Após o devido preenchimento da CAT, havendo necessidade de atendimento médico, o formulário deve ser entregue ao médico que fez o atendimento para preenchimento dos campos destinados a este tipo de atendimento. Feito todos os procedimentos, esta deverá ser encaminhada a perícia médica para avaliação e homologação do perito do Grupo de Medicina do Trabalho. O nexo causal será estabelecido pelo perito.

3.5.4. Ações de Investigação em relação à CAT

Quando necessário, o perito pode solicitar ao perito engenheiro de segurança do trabalho para análise do ambiente e processos de trabalho, que emitirá parecer para subsidiar a perícia oficial com vistas à conclusão do nexo causal.

Os servidores afastados, ou não, por motivo de acidente em serviço ou por doença profissional ou relacionada ao trabalho deverão ser submetidos à avaliação pericial, independentemente do quantitativo de dias de licença.

3.6. Exame Admissional

Fundamentação legal (arts. 48 a 50, Decreto n. 15.855/22)

É a condição necessária para a investidura em cargo público.

Competência dos peritos: realizar avaliação clínica e nos exames complementares indicados ao cargo para averiguar a capacidade física e mental do candidato.

O Edital de Convocação para exame médico indica os exames médicos e laboratoriais que o candidato deve apresentar para o exame admissional.

Resultados apresentados nos exames pelo candidato	Conclusão da perícia
Anemias ferroprivas	"inapto temporariamente" O candidato tem até 60 dias para apresentar novo exame, conforme determinação do perito
Análise de urina evidenciando hematúria	
Infecção	
Lesões simples, sem sequelas	
Candidato gessado	
Outros casos passíveis de correção	
Gravidez	Não pode ser considerada inapta.

Ao realizar a avaliação o perito deve observar as seguintes situações:

- se o candidato tem condições de saúde para o exercício do cargo, função ou emprego;
- é de suma importância que todas as limitações do candidato sejam assinaladas no laudo e que, embora não o incapacitem para o exercício das atividades do cargo/função, sirvam de registro para a identificação em futuras reivindicações de doenças profissionais;
- o candidato deverá responder e assinar o questionário de autoavaliação onde anotará se é ou foi portador de alguma enfermidade, tornando-se responsável pelas informações.

3.7. Incapacidade Laboral

Fundamentação legal (arts. 30 e 32, Decreto n. 15.855/22)

É a verificação da existência de limitação no desempenho das atribuições do cargo/funções, provocadas por alterações patológicas decorrentes de doenças ou acidentes.

Competência: equipe multiprofissional e médico perito

Avaliar e diagnosticar a existência de dano corporal, físico ou psíquico e quantificar a interferência na capacidade laborativa do servidor.

A incapacidade deve compreender em sua análise os seguintes parâmetros: o grau e a duração da incapacidade e a abrangência da tarefa desempenhada.

Grau de Incapacidade	Limitação
Total	Redução da capacidade laborativa que impossibilita o servidor de atingir a média de rendimentos da sua categoria funcional.
Parcial	Capacidade residual que ainda permite o desempenho de tarefas do cargo sem risco ou agravamento.
Duração da Incapacidade	Limitação
Temporária	Quando existir possibilidade de recuperar a capacidade laboral, no decorrer de certo tempo e retorno a condição plena para o trabalho
Permanente	Quando não existir a possibilidade de recuperar a capacidade laborativa, a incapacidade é definitiva ou indefinida.
Abrangência Profissional	Limitação para o trabalho atinge:
Uniprofissional	Apenas um cargo
Multiprofissional	Diversos cargos
Omniprofissional	Todo e qualquer tipo de cargo

3.8. Gradação de Deficiência

Fundamentação legal (arts. 35 e 36, Decreto n. 15.855/22)

Afere e classifica o grau de sua variação em leve, moderado ou grave para identificar o fator limitador e os períodos, em cada grau.

Será realizada com base no conceito de funcionalidade disposto na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), da Organização Mundial da Saúde, mediante a aplicação do índice de Funcionalidade Brasileiro Aplicado para Fins de Aposentadoria (IFBrA).

A avaliação ocorrerá nos casos de:

- a) aposentadoria especial;

- b) exame admissional;
- c) readaptação;
- d) certidão de tempo de contribuição.

Competência: equipe multiprofissional e Médico Perito

Tipo de avaliação	Requisitos – constatação da deficiência
Exame admissional	<p>O candidato deve ter concorrido pela vaga de deficiente;</p> <p>Apresentar laudo médico e exames comprobatórios atualizados, que atestem a espécie e o grau ou nível da deficiência com o CID-10;</p> <p>A equipe Multiprofissional avaliará as atribuições do cargo e a deficiência do candidato e emitirá laudo sobre:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. a natureza das atribuições e tarefas essenciais do cargo, função ou emprego a desempenhar; 2. a viabilidade das condições de acessibilidade e as adequações do ambiente de trabalho na execução das tarefas; 3. a possibilidade de uso, pelo candidato, de equipamentos ou outros meios que habitualmente utilize.
Aposentadoria especial; Readaptação; Certidão tempo de Contribuição	<p>Deficiência Física: alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, sob forma de:</p> <p>Paraplegia; Paraparesia; Monoplegia; Monoparesia; Tetraplegia; Triplegia; Triparesia; Hemiplegia; Hemiparesia; Ostomia; Amputação ou ausência de membro; Paralisia cerebral; Nanismo; Membros com deformidade congênita ou adquirida. Não se incluem as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções.</p>

	<p>Também se aplica à pessoa com mobilidade reduzida, aquela que, não se enquadrando no conceito de pessoa com deficiência, tenha, por qualquer motivo, dificuldade de movimentar-se, permanente ou temporariamente, gerando redução efetiva da mobilidade, flexibilidade, coordenação motora e percepção.</p> <p>Deficiência visual: Cegueira: na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; Baixa visão: acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;</p>
	<p>Deficiência auditiva: Perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz e 3.000Hz;</p> <p>Deficiência mental: Funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos 18 anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como: Comunicação: cuidados pessoais; habilidades sociais; utilização dos recursos da comunidade; saúde e Segurança: habilidades acadêmicas; lazer; e trabalho.</p> <p>Deficiência múltipla: Associação de duas ou mais deficiências.</p>

3.9. Readaptação Profissional

Fundamentação legal (arts. 43 e 47, Decreto n. 15.855/22)

É a perda da capacidade de trabalho do servidor, decorrente de alteração do seu estado de saúde física ou mental.

Competência: equipe multiprofissional e médico perito:

Realizar perícia para constatação da incapacidade laboral do servidor e encaminhá-lo para o exercício de atribuições compatíveis ao seu potencial laborativo, com orientação e acompanhamento da equipe multiprofissional.

A área de recursos humanos deve instruir o processo de readaptação com a documentação médica e funcional, incluindo as atribuições da função exercida pelo servidor.

Após a constatação da incapacidade do servidor para as atribuições do seu cargo, a equipe multiprofissional deverá observar as atividades que o servidor poderá realizar de acordo com a limitação imposta por sua doença ou lesão:

Limitação	Decisão
Executa mais de 70% das atribuições do cargo	Permanece na mesma função evitando as atividades que tem limitação;
Não consegue executar um mínimo de 70% das atribuições do cargo	Deverá ser readaptado em um cargo afim, nos termos do parágrafo único, art. 42, da Lei n. 1.102/90;
Não existe condições de exercer qualquer atividade profissional	Deve ser sugerida a aposentadoria por incapacidade permanente para o trabalho.
<p><i>“Art. 42. A readaptação é a investidura em cargo compatível com a capacidade física ou mental do funcionário, verificada em inspeção médica oficial.</i></p> <p><i>Parágrafo único. A readaptação será efetivada em cargo de carreira de atribuições afins, respeitada a habilitação exigida.”</i></p>	

Após a homologação do BIM de readaptação, o processo deve retornar ao setor de recursos humanos do órgão de lotação do servidor com as orientações para a adequação do servidor às novas condições de trabalho e aos critérios para as próximas avaliações periciais.

No caso de doença ocasionada por acidente de trabalho ou doença do trabalho, deve constar a informação na avaliação pericial.

3.10. Remoção por Motivo de Saúde do Servidor

Fundamentação legal (art.61, § 3º da Lei n. 1.102/90)

Considera-se pessoa da família, para efeito de remoção por motivo de acompanhamento:

1. Cônjuge;
2. Companheiro;
3. Dependente econômico que conste como dependente legal na ficha funcional.

O servidor formaliza o pedido junto ao setor de recursos humanos do seu órgão de lotação, indicando necessidade de remoção por motivo de saúde,

anexando laudo do médico assistente e exames complementares, atestando a existência da doença e o motivo que fundamenta o pedido.

A avaliação pericial poderá basear-se em:

- a) razões objetivas para a remoção;
- b) se a localidade onde reside o servidor ou seu dependente legal é agravante de seu estado de saúde ou prejudicial à sua recuperação;
- c) se na localidade de lotação do servidor não há tratamento adequado;
- d) se a doença é preexistente à lotação do servidor na localidade e, em caso positivo, se houve evolução do quadro que justifique o pedido;
- e) os benefícios do ponto de vista de saúde que advirão dessa remoção;
- f) características das localidades recomendadas;
- g) tratamento sugerido, se é de longa duração e se não pode ser realizado na localidade de exercício do servidor.

Competência dos peritos: COPEM – realizar a avaliação pericial para fins de remoção do servidor por motivo de sua saúde ou de pessoa de sua família conforme requerimento do interessado.

3.11. Redução de Carga Horária para Servidor com Filho com Deficiência

Fundamentação Legal: (Lei n. 1.102/90)

A redução de carga horária está prevista conforme Lei Estadual n. 5.844, de 28 de março de 2022, que altera e acrescenta dispositivos à Lei n. 1.102/90:

“Art. 173-A. Poderá ser concedido ao servidor, independentemente da natureza de seu vínculo com o Estado, sujeito ao regime de trabalho de dois turnos de, no mínimo, 36 (trinta e seis) horas semanais, e que tenha cônjuge, filho ou dependente pessoa com deficiência, comprovada por laudo médico, o afastamento em um dos turnos de trabalho.

§ 1º O afastamento de que trata o caput deste artigo dependerá de requerimento do servidor no setor de recursos humanos do órgão ou da entidade competente, acompanhado de laudo médico atestando a necessidade de assistência direta do servidor à pessoa com deficiência e de cópia de documento que comprove a dependência.

As deficiências deverão ser comprovadas por pareceres e exames especializados, indicados para cada caso.

Competência dos peritos: COPEM - realizar avaliação pericial no dependente da servidora conforme legislação vigente.

3.12. Avaliação da Capacidade Laborativa por Solicitação Superior

Nos casos em que o servidor apresentar indícios de lesões orgânicas ou funcionais, será submetido à avaliação pericial da capacidade laborativa.

Se houver necessidade de afastamento, será concedida licença para tratamento de saúde.

Sugere-se que a equipe multiprofissional avalie e acompanhe o servidor.

Competência do perito: equipe multiprofissional.

4 - Procedimentos Realizados por Perícia Médica Previdenciária

4. Procedimentos Realizados por Perícia Médica Previdenciária

4.1. Aposentadoria Por Incapacidade Permanente para o Trabalho

Fundamentação legal (arts. 37 e 38, Decreto n. 15.855/22)

Aposentadoria por incapacidade permanente para o trabalho é devida ao segurado que for considerado, mediante perícia médica, incapaz definitivamente para o exercício de seu cargo e insusceptível de readaptação ou de reabilitação para o exercício de outro cargo, hipótese em que será obrigatória a realização de avaliação médico-pericial a ser efetuada, no máximo, a cada 2 (dois) anos, para a verificação da continuidade das condições que ensejaram a concessão da aposentadoria, conforme dispõe o art. 35 da Lei n. 3.150/05.

Competência dos peritos: COPEM – após recebimento do processo com as avaliações efetuadas pela equipe multiprofissional com a sugestão da aposentadoria, realizar a avaliação final para emissão do Boletim de Inspeção Médica-BIM.

Deve constar no Boletim de Inspeção Médica-BIM:

- a) a data do início da doença que ensejou a aposentadoria;
- b) a data do início da incapacidade permanente para o trabalho;
- c) o CID 10 e histórico da doença (especificação da causa da incapacidade) e das avaliações periciais. Se houver casos de acidente de trabalho ou doença do trabalho deve constar no histórico;
- d) a manifestação de que não há possibilidade de recuperação da capacidade laborativa e as tentativas de readaptação profissional.

O lapso de tempo compreendido entre a emissão do Boletim de Inspeção Médica-BIM e a publicação do ato da aposentadoria será considerado como prorrogação da licença para tratamento de saúde.

4.2. Aposentadoria do Servidor com Deficiência

Fundamentação legal (art. 39, Decreto n. 15.855/22)

Será concedida ao servidor que tiver impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, que impossibilita a sua participação plena e efetiva na sociedade.

Competência dos peritos: equipe multiprofissional e COPEM – deve-se avaliar de acordo com o Índice de Funcionalidade Brasileiro (IF-Br).

A existência da deficiência anterior ao ano de 2020 deverá ser certificada, inclusive quanto ao seu grau, por ocasião da primeira avaliação, sendo obrigatória a fixação da data provável do início da deficiência.

4.3. Auxílio-Invalidez

Fundamentação legal (arts. 40 e 41, Decreto n. 15.855/22)

Será concedido o auxílio-invalidez ao aposentado por incapacidade permanente para o trabalho e ao militar reformado por invalidez, quando necessitar de assistência permanente de outra pessoa, demonstrando, cumulativamente, que o segurado:

- I. está impossibilitado de realizar qualquer atividade profissional ou social;
- II. necessita de assistência e de cuidados permanentes de enfermagem de outra pessoa; ou
- III. necessita de internação em instituição para tratamento de sua saúde.

Competência do perito: COPEM - realizar a avaliação pericial e emitir laudo sobre a situação da doença do segurado indicando se faz necessário a assistência permanente de outra pessoa.

4.4. Dependente Inválido

Fundamentação legal (art. 42, Decreto n. 15.855/22)

Avaliação pericial do dependente inválido ou com deficiência intelectual, mental ou grave, que adquiriu a referida condição antes de sua maioridade.

Competência do perito: Equipe multiprofissional e COPEM - realizar a avaliação pericial no dependente do servidor para comprovação da invalidez antes de sua maioridade.

No laudo pericial é obrigatório constar a data do diagnóstico da doença, mediante documentos comprobatórios, e se é totalmente incapaz para exercer atividades profissionais.

4.5. Avaliação para o fim de Reversão de Aposentadoria por Incapacidade Permanente para o Trabalho

Fundamentação Legal: (art. 45 da Lei n. 1.102/90)

A Reversão é o retorno do servidor aposentado à atividade. O servidor aposentado por incapacidade permanente para o trabalho será submetido à

avaliação pericial quando os motivos que ensejaram a aposentadoria forem insubsistentes. Será sugerida a reversão desde que haja capacidade laboral.

Competência dos peritos: equipe multiprofissional e COPEM - realizar avaliação pericial para constatação da incapacidade laboral.

Esta avaliação deve ser solicitada pelo servidor ou pela AGEPREV.

Deve ser instruído um processo com laudos médicos e exames complementares, atestando que a doença que ensejou a aposentadoria não o incapacita mais para o trabalho.

4.6. Reavaliação da Aposentadoria por Incapacidade Permanente para o Trabalho

Fundamentação legal: (art. 35, Lei n. 3.150/05)

A aposentadoria por incapacidade permanente para o trabalho é devida ao segurado que for considerado, mediante perícia oficial em saúde, incapaz definitivamente para o exercício de seu cargo e insusceptível de reabilitação ou de readaptação para o exercício de outro cargo, hipótese em que será obrigatória a realização de avaliação médico-pericial a ser efetuada, no máximo, a cada 2 (dois) anos, para a verificação da continuidade das condições que ensejaram a concessão da aposentadoria.

Competência dos peritos: equipe multiprofissional e COPEM - realizar a avaliação pericial para constatação da incapacidade laboral.

4.7. Avaliação para Isenção de Imposto de Renda

Fundamentação legal: (art. 6º, XIV e XXI, da Lei nº 7.713, de 1988, alterada pela Lei nº 11.052 de 04, art. 39, XXXI do Decreto nº 3.000, de 1999, e art. 30, § 1º, da Lei nº 9.250, de 1995, Ato Declaratório Interpretativo - Secretaria da Receita Federal/SRF nº 11, de 2006)

Ficam isentos do imposto de renda os rendimentos percebidos por pessoas físicas, exclusiva aos proventos de aposentadoria, reforma ou pensão.

As doenças elencadas na lei e, por conseguinte, o rol contido no inciso XIV, do art. 6º, da Lei Federal n. 7.713/1988, são as seguintes:

- a) moléstia profissional (com exceção dos beneficiários de pensão);

- b) tuberculose ativa;
- c) alienação mental;
- d) esclerose múltipla;
- e) neoplasia maligna;
- f) cegueira;
- g) hanseníase;
- h) paralisia irreversível e incapacitante;
- i) cardiopatia grave;
- j) doença de Parkinson;
- k) espondiloartrose anquilosante;
- l) nefropatia grave;
- m) hepatopatia grave;
- n) estados avançados da doença de Paget (osteíte deformante);
- o) contaminação por radiação;
- p) síndrome da imunodeficiência adquirida (Sida/Aids);
- q) fibrose cística (mucoviscidose).

Competência do perito: COPEM - realizar perícia para fim de enquadramento na legislação.

A doença deverá ser atestada em laudo, emitido por médico assistente e exames laboratoriais para comprovação do início do diagnóstico da doença.

O servidor aposentado ou pensionista que solicitou isenção de imposto de renda, deve submeter-se à avaliação pericial, devendo apresentar laudo emitido por médico assistente e exames laboratoriais para comprovação da existência da doença.

O laudo pericial deverá conter o nome da doença conforme especificado em lei, bem como a data em que a enfermidade foi comprovada por relatório, exames e/ou cirurgia.

A fixação do prazo de validade do laudo pericial, marcando reavaliação, nos casos de moléstias passíveis de controle e/ou recuperação, instituído pelo art. 30, § 1º, da Lei nº 9.250, de 1995, deixa de ser aplicada em virtude da Decisão do Superior Tribunal de Justiça–STJ, que consolidou o entendimento no sentido que a concessão ou a manutenção da isenção do imposto de renda não exige a demonstração da contemporaneidade dos sintomas da doença, a indicação de validade do laudo pericial ou a comprovação da recidiva da enfermidade, in verbis:

Súmula 627-STJ: "O contribuinte faz jus à concessão ou à manutenção da isenção do imposto de renda, não se lhe exigindo a demonstração da

contemporaneidade dos sintomas da doença nem da recidiva da enfermidade” (STJ. 1ª Seção. Aprovada em 12/12/2018, DJe 17/12/2018).

5 – AVALIAÇÃO PERICIAL

5. Procedimentos: Avaliação Pericial

5.1. Avaliação Pericial

A avaliação pericial é imprescindível nos processos de licença para tratamento de saúde, aposentadoria por incapacidade permanente para o trabalho, readaptação,nexo de acidente, doença profissional e doença relacionada ao trabalho, entre outros previstos na legislação.

Importante destacar que a concessão do direito deve ocorrer por meio de ato específico, o qual é de atribuição da autoridade administrativa.

A perícia oficial em saúde é de competência de médicos peritos.

Bases para avaliação pericial:

Identificar	Descrever no laudo da perícia
Identificação do periciado	Local de trabalho, sua função e a atividade desenvolvida;
Anamnese	Completa, acompanhada de criterioso exame físico;
História clínica	Dirigida à condição que está gerando o afastamento devendo ser minuciosa a fim de contribuir para uma conclusão correta. No exame físico será verificada a manifestação da doença ou agravo;
Registro de dados	Com uma linguagem clara, objetiva e concisa, descrevendo todos os fatos importantes a avaliação. As informações colhidas devem ser bem descritas. Deve seguir um roteiro na descrição dos fatos: A atividade desenvolvida; O motivo do afastamento; Quando e como começou o processo mórbido; Quando e como começou a incapacidade; A evolução da doença; Os fatores desencadeantes ou agravantes; Os tratamentos prescritos; A resposta terapêutica; e As informações prestadas pelo assistente quanto ao prognóstico e necessidade de afastamento.

O conhecimento do curso das doenças, da sua etiologia e das suas manifestações clínicas são indispensáveis para uma boa avaliação pericial. Os exames complementares, os relatórios de especialistas e de outros profissionais de saúde contribuem para avaliação da capacidade laborativa.

Na história da doença, o perito deve apurar as condições do afastamento do trabalho e se ele é consequência direta ou não do estado mórbido apresentado.

Nos casos de suspeita de acidente em serviço ou do trabalho, doença profissional ou relacionada ao trabalho, o perito poderá encaminhar o servidor ao grupo de medicina do trabalho para realizar a avaliação ambiental, a qual inclui avaliação do posto e/ou processo de trabalho do servidor e fará a caracterização do acidente.

O perito deve também registrar as suas observações e decisões objetivando o acompanhamento do periciado para que os demais profissionais que o avaliarem tenham um bom conhecimento dos fatos relacionados ao ato pericial e possam dar continuidade ao caso.

Nos encaminhamentos a outros profissionais da equipe ou ao assistente para pareceres especializados é importante indicar o motivo do encaminhamento e especificar as informações desejadas para a conclusão daquela perícia.

Do mesmo modo, a equipe multiprofissional que avalia o periciado, para emitir seu parecer, deve averiguar quais informações são pertinentes às suas conclusões. A partir daí, deve utilizar seus métodos habituais de avaliação – consultas, testes, visitas, levantamento de dados junto à família ou chefia, avaliação de ambientes e processos de trabalho, e outros que julgar necessário para formar juízo que permita responder ao que lhe foi perguntado, sugerindo uma conduta adequada à garantia do direito.

Em geral, o periciado traz informações do profissional assistente e exames complementares que ajudam na avaliação pericial. Entretanto, os achados colhidos pelo perito, sua impressão e um referencial técnico, como os parâmetros de afastamento, devem ser os determinantes no parecer.

As informações epidemiológicas sobre a distribuição das doenças mais frequentes nas diversas categorias profissionais e por local de trabalho, somadas às informações obtidas a partir de relatos da chefia ou mesmo da equipe multiprofissional, são fatores que contribuem na avaliação pericial.

A interpretação ponderada da anamnese, do exame físico, de outras informações da saúde e da atividade profissional, além de parâmetros científicos, é

o que separa uma boa avaliação pericial de apenas um ato de enquadramento administrativo.

Na avaliação pericial, os dados referentes à patologia do examinado serão fornecidos pelo profissional assistente especialista no caso, cabendo ao perito a correlação desses dados com a atividade laboral do servidor para formular a conclusão.

Não há necessidade técnica ou legal de perito especialista para cada patologia avaliada, tanto na perícia singular quanto na junta oficial, na qual a decisão deve ser resultado do conhecimento construído coletivamente.

Ao avaliar o periciado para a concessão de licenças, o perito deve propor o número adequado de dias para a recuperação da saúde.

Os elementos apurados na avaliação pericial deverão ser registrados com linguagem clara, objetiva e adequada. O laudo pericial compõe peça legal que servirá de base a todo o processo e, portanto, não poderá conter:

- a) Insuficiência e imprecisão nos dados;
- b) Incoerência entre os dados encontrados e o diagnóstico firmado;
- c) Indecisão, prejudicando o julgamento da conclusão;
- d) Quando nada for encontrado, deverão ser usadas expressões que traduzam a normalidade;
- e) Diagnósticos, exceto os que a lei determina que sejam especificados.

5.2. Atestado ou Laudo do Médico Assistente

O atestado é um documento legal em que o médico ou cirurgião-dentista assistente, perante a lei, a sociedade e a ética registram, no âmbito de sua responsabilidade profissional, estados mórbidos e outros, inclusive para justificar falta ao trabalho. O atestado gera a presunção de um direito que só se configurará com a avaliação pericial que confirme a necessidade de afastamento.

Para a realização da perícia é imprescindível a presença do periciado.

O atestado do assistente não reúne, por si só, os elementos suficientes para a concessão de licenças motivadas por incapacidade resultante de doença ou lesão. Cabe ao perito retirar do atestado as informações que servirão de base para orientar seu trabalho, podendo acatar ou não a sugestão do profissional assistente. Para tanto, o perito poderá solicitar ao servidor ou seu dependente legal a apresentação de pareceres, exames, atestados e relatórios, conforme estabelece a Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) n. 1.851, de 2008.

Para fim de justificativa de faltas ao trabalho, nos casos dispensados de perícia, somente serão aceitos os atestados emitidos por médicos ou cirurgiões-dentistas.

No atestado ou laudo médico, deverão constar, minimamente, e de maneira legível:

- a) Identificação do servidor, familiar, ou seu dependente legal;
- b) Tempo concedido e necessário para a recuperação do servidor;
- c) O diagnóstico, quando autorizado pelo paciente, e os resultados dos exames complementares;
- d) A conduta terapêutica e o prognóstico;
- e) A identificação do emissor, mediante a assinatura e carimbo com o número de registro no Conselho Regional de Medicina (CRM);
- f) Registro dos dados de maneira legível

5.3. Solicitação de Informações ao Médico Assistente - SIMA

Na solicitação de informações por meio do SIMA, para fins de subsidiar a avaliação pericial, quando o atestado emitido pelo médico assistente não contiver informações suficientes para a conclusão pericial, devem constar:

- a) Identificação do servidor;
- b) Resumo clínico;
- c) Resultados dos exames complementares;
- d) Código da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID) ou o diagnóstico (quando expressamente autorizados pelo paciente);
- e) Conduta terapêutica;
- f) Prognóstico;
- g) Consequências à saúde do paciente;
- h) Tempo de afastamento sugerido necessário para a sua recuperação;
- i) Local e data;
- j) Identificação do emitente com assinatura e registro no conselho de classe.

Esses dados complementarão o parecer do perito, a quem cabe legalmente fundamentar a concessão dos direitos pleiteados.

As informações oriundas da relação do paciente com seus assistentes pertencem ao próprio paciente, sendo o profissional de saúde assistente fiel depositário das informações.

5.4. Grupo de Perícia Multiprofissional

A equipe multiprofissional atua como suporte à perícia médica. É o grupo de profissionais da área de saúde e segurança do trabalho que poderão contribuir com pareceres técnicos específicos para subsidiar as decisões da perícia em questões relacionadas às suas áreas de atuação.

Por razões éticas, a participação do profissional na perícia oficial em saúde inviabiliza a sua atuação na assistência ao servidor por ele periciado, salvo as situações de emergência. O vínculo necessário para o acompanhamento e a assistência prejudica a atuação avaliativa junto à perícia.

5.5. Avaliação dos Candidatos Portadores de Deficiência Aprovados em Concurso Público – Gradação de Deficiência

Considerando as disposições constantes do Decreto Estadual n. 15.855, de 11 de janeiro de 2022, o órgão responsável pela realização do concurso terá a assistência do Grupo de Perícia multiprofissional. A caracterização ou constatação da deficiência, por se tratar de um ato médico, será atribuição exclusiva do médico perito.

Uma vez caracterizada a deficiência, o candidato aprovado em concurso público passará a ser avaliado por equipe multiprofissional. A equipe multiprofissional fará aferição da compatibilidade entre a deficiência constatada pela perícia e o exercício das atribuições do cargo, função ou emprego e emitirá parecer observando:

- a) as informações prestadas pelo candidato no ato da inscrição;
- b) a natureza das atribuições e tarefas essenciais ao cargo ou função a desempenhar;
- c) a viabilidade das condições de acessibilidade e as adequações do ambiente de trabalho na execução das tarefas;
- d) a possibilidade de uso, pelo candidato, de equipamentos ou outros meios que habitualmente utilize;
- e) a CID e outros padrões reconhecidos nacional e internacionalmente como a Classificação Internacional de Funcionalidade - CIF.

5.6. Laudo Pericial

É o documento que apresenta a conclusão da avaliação pericial.

O laudo pericial compõe peça legal que servirá de base a todo o processo e, portanto, **não** poderá conter:

- a. Insuficiência e imprecisão nos dados;
- b. Incoerência entre os dados encontrados e o diagnóstico firmado;
- c. Indecisão, prejudicando o julgamento da conclusão;
- d. Espaços em branco ou traços. Quando nada for encontrado, deverão ser usadas expressões que traduzam a normalidade;
- e. Diagnósticos, exceto os que a lei determina que sejam especificados.

Destaca-se que o laudo pericial não se referirá ao nome ou natureza da doença, salvo quando se tratar de lesões produzidas por acidente em serviço, doença profissional ou qualquer das doenças especificadas em lei.

5.7. Conclusão Pericial

A conclusão da perícia será norteadada por quesitos que deverão ser considerados durante a avaliação pericial e baseada nos elementos colhidos e registrados no Sistema de Perícia Médica - SIPEM. Estes quesitos **não** necessariamente estarão explicitados no laudo, a saber:

Licença para Tratamento de Saúde:

Quesito 1. Diante do resultado do exame, está o servidor temporariamente incapaz para o exercício do cargo? Em caso afirmativo, necessita o servidor de licença?

A resposta a esse quesito constitui o fundamento da avaliação pericial. A resposta "sim" ou "não" do perito produzirá consequências de ordem administrativa.

O julgamento inadequado sobre a existência ou não de incapacidade traz prejuízos tanto para o servidor, ao se negar um direito, quanto para a instituição, gerando custos para a administração pública. A conclusão da avaliação da incapacidade laborativa, com base na avaliação pericial, deverá ser a mais precisa possível.

Na impossibilidade do estabelecimento de diagnóstico nosológico, serão permitidos diagnósticos sindrômicos ou sintomáticos diante de incapacidade laborativa flagrante.

Quesito 2. Por quanto tempo? A partir de ____/____/____?

O perito deve prever um prazo razoável para recuperação do servidor. Prazos curtos nas doenças com curso prolongado são, além de inadequados tecnicamente, prejudiciais à instituição, ocorrendo daí um processo oneroso de manutenção de licenças com exames repetidos. Prazos curtos não podem representar indício de insegurança do perito.

Há situações nas quais devem ser apresentados exames para o esclarecimento de alguma questão.

Eventualmente, o servidor pode estar protelando, sem justificativa, a realização dos exames 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 instituição. Com o intuito de orientar o perito, estão anexados neste manual a **Tabela de Parâmetros de Afastamentos** que sugerem uma média de dias de afastamento por CID.

Quesito 3. Está o periciado inválido para o exercício de suas funções ou outras correlatas? A partir de ____/____/____.

A expressão "ou outras correlatas" envolve a apreciação para o processo de readaptação no serviço público.

Deve ser respondido de forma a transformar a licença em aposentadoria por incapacidade permanente para o trabalho e a resposta afirmativa implica parecer definitivo sobre a incapacidade laboral do servidor. A proposta de aposentadoria por incapacidade permanente para o trabalho será mandatória quando verificar que o servidor tem a incapacidade laboral total e permanente, sem condições de ser readaptado.

Quesito 4. Este quesito deverá ser respondido quando o quesito anterior for positivo, ou seja, existe incapacidade permanente para o exercício da função e outras correlatas. Não é o diagnóstico isolado que determina o enquadramento, mas a conjugação dos dois fatores: a doença e a incapacidade total e permanente.

Quesito 5. A moléstia é decorrente de acidente em serviço ou doença profissional?

A resposta a este quesito dependerá do preenchimento da CAT, conforme a legislação, na qual deverá estar registrada a condição em que se deu o acontecimento e o horário. Em caso de ser o dano decorrente de acidente de trabalho ou doença profissional, deverá constar no laudo o nome da doença, por extenso.

Quesito 6. Comunicar ao Órgão Habilitador da profissão ou regulamentador da atividade (CRM, CRO, OAB, CREA, DETRAN, etc.)?

Este quesito tem como finalidade alertar o órgão habilitador/regulamentador sobre a conclusão pericial que considerou o profissional inválido para o exercício da profissão, principalmente quando a continuidade do exercício puder levar a danos a outrem.

Curatela

Quesito 7. Curatela é o encargo atribuído a uma pessoa para zelar pelos bens e pelos interesses daqueles que se enquadrem em uma das hipóteses do art. 1.767 do Código Civil Brasileiro. Ao Perito compete tão somente a declaração do diagnóstico de alienação mental do periciado, esclarecendo que esta pode ser causa de deferimento de curatela pelo Poder Judiciário.

Licença para Acompanhar Pessoa da Família

Quesito 8. É indispensável a assistência pessoal e constante do servidor à pessoa da família/dependente examinada?

O perito o avaliará para comprovar a enfermidade e a necessidade da presença do servidor junto ao doente. A concessão da licença estará condicionada à impossibilidade de outra pessoa cuidar do examinado, bem como, ao parecer da área de assistência social ou de relatório de visita domiciliar.

Remoção

Quesito 9. O pedido de remoção justifica-se sob o ponto de vista clínico?

A junta informará no laudo os benefícios do ponto de vista clínico que advirão dessa remoção para outra localidade.

A junta não pode usar expressões: "Justifica-se sob o ponto de vista médico", sem objetivamente apresentar razões, nem recomendar localidades que apresentam os mesmos problemas do local de origem.

Pensão por Morte (maior inválido)

Quesito 10. Pensão por Morte: está o examinado inválido? Totalmente - Parcialmente – Permanentemente – Temporariamente.

O dependente ou familiar que solicitar pensão por morte, por apresentar invalidez adquirida previamente ao óbito do segurado, deverá ser avaliado pela perícia, informando no laudo data do diagnóstico comprovado.

6 - Doenças Especificadas em Lei

6. Doenças Especificadas em Lei

Doenças especificadas em Lei são aquelas citadas nominalmente em legislações específicas e que garantem direitos diferenciados aos seus portadores.

A constatação das doenças especificadas se baseia em critérios apresentados pelas sociedades médicas brasileiras e internacionais de cada especialidade e em publicações de órgãos públicos.

A comprovação da doença ativa será feita por intermédio de avaliação pericial, relatórios médicos e exames complementares.

O servidor acometido de acidente em serviço, moléstia profissional e enfermidades, que seja considerado inválido, terá direito à aposentadoria por incapacidade permanente para o trabalho com proventos integrais.

As doenças listadas no inciso XIV, do art. 6º da Lei Federal n. 7.713/1988 permitem isenção de imposto de renda sobre a aposentadoria, reforma e pensão aos seus portadores, sem necessidade de haver invalidez.

6.1. Procedimentos para a Avaliação Pericial

A avaliação pericial deverá conter:

No Relato	a) Diagnóstico da enfermidade básica, inclusive o diagnóstico numérico, de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde;
	b) Estágio evolutivo, quando couber;
	c) Refratariedade ao tratamento.
No Laudo Pericial	a) O nome da doença por extenso, conforme especificado em lei;
	b) A data de início da doença;
	c) Se há necessidade de reavaliação e data de retorno quando couber.

A seguir, cada doença será descrita em seu quadro clínico e seus principais critérios de enquadramento.

6.1.1. Doenças especificadas no art. 6º da Lei n. 7.713/88:

- a) Moléstia profissional (com exceção dos beneficiários de pensão);
- b) Tuberculose ativa;
- c) Alienação mental;
- d) Esclerose múltipla;
- e) Neoplasias malignas;
- f) Cegueira;
- g) Hanseníase;
- h) Paralisia irreversível e incapacitante;
- i) Cardiopatia grave;
- j) Doença de Parkinson;
- k) Espondiloartrose anquilosante;
- l) Nefropatia grave;
- m) Hepatopatia grave;
- n) Estados avançados do Mal de Paget (osteíte deformante);
- o) Contaminação por radiação;
- p) Síndrome da imunodeficiência adquirida (Sida/Aids); e
- q) fibrose cística (mucoviscidose)

6.1.2. Doenças Especificadas – Conceitos

Alienação Mental

Conceitua-se alienação mental como sendo todo quadro de transtorno psiquiátrico ou neuropsiquiátrico grave e persistente, no qual, esgotados os meios habituais de tratamento, haja alteração completa ou considerável da sanidade mental, comprometendo gravemente os juízos de valor e de realidade, bem como a capacidade de entendimento e de autodeterminação, tornado o indivíduo inválido para qualquer trabalho.

O indivíduo torna-se incapaz de responder por seus atos na vida civil, mostrando-se inteiramente dependente de terceiros no que tange às diversas responsabilidades exigidas pelo convívio em sociedade. O alienado mental pode representar riscos para si e para terceiros, sendo impedido, por isso, de qualquer atividade funcional.

O diagnóstico de um transtorno mental não é, por si só, indicativo de enquadramento como alienação mental, cabendo ao perito a análise das demais

condições clínicas e do grau de incapacidade, na forma orientada adiante neste Manual. No laudo médico pericial, constará apenas a expressão "alienação mental".

Critérios de Enquadramento

A alienação mental poderá ser identificada no curso de qualquer transtorno psiquiátrico ou neuropsiquiátrico desde que, em seu estágio evolutivo, sejam atendidas todas as condições abaixo discriminadas:

- a) Seja grave e persistente;
- b) Seja refratária aos meios habituais de tratamento;
- c) Comprometa gravemente os juízos de valor e realidade, bem como a capacidade de entendimento e de autodeterminação;
- d) Torne o servidor inválido de forma total e permanente para qualquer trabalho.

Enquadramentos da doença	Situação
<u>São</u> passíveis de enquadramento	Esquizofrenias nos estados crônicos e residuais; Outras psicoses graves nos estados crônicos e residuais; Estados demenciais de qualquer etiologia (vascular, Alzheimer, doença de Parkinson, etc.); Retardos mentais graves e profundos.
<u>Não</u> Passíveis de Enquadramento	Transtornos da personalidade; Transtornos mentais decorrentes do uso de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) nas formas leves e moderadas; Retardos mentais leves e moderados; Transtornos relacionados ao estresse e somatoformes (reação de ajustamento, reação ao estresse); Transtornos mentais orgânicos agudos e transitórios (estados confusionais reversíveis); Transtornos neuróticos (mesmo os mais graves).
São <u>Excepcionalmente</u> Considerados Casos de Alienação Mental	Transtornos afetivos ou do humor, quando comprovadamente cronificados e refratários ao tratamento, ou quando exibirem elevada frequência de repetição fásica, ou ainda, quando configurarem comprometimento grave e irreversível do funcionamento mental; Quadros epiléticos com sintomas psicóticos, quando caracterizadamente cronificados e resistentes à terapêutica, ou quando apresentarem elevada frequência de surtos psicóticos;

	Outros transtornos psicóticos orgânicos decorrentes de lesão e disfunção cerebral, quando caracterizadamente cronificados e refratários ao tratamento, ou quando configurarem um quadro irreversível de demência;
	Transtornos mentais decorrentes do uso de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) nas formas graves.

O laudo pericial deverá conter o nome da doença por extenso conforme especificado em lei bem como a data de início da doença e se há necessidade de reavaliação.

Cardiopatias Graves

Conceitua-se como cardiopatia grave, no âmbito médico-pericial, toda enfermidade que, em caráter permanente, reduz a capacidade funcional do coração a ponto de acarretar alto risco de morte prematura ou impedir o indivíduo de exercer definitivamente suas atividades, não obstante tratamento médico e/ou cirúrgico em curso.

O conceito de cardiopatia grave engloba doenças agudas e crônicas, que em sua evolução limitam progressivamente a capacidade funcional do coração, levando à diminuição da capacidade física e laborativa, a despeito do tratamento instituído.

O critério adotado pela perícia para avaliação funcional do coração baseia-se na II Diretriz Brasileira de Cardiopatia Grave, promulgada pela Sociedade Brasileira de Cardiologia, em consonância com a classificação funcional cardíaca adotada pela NYHA.

Classificação das Cardiopatias de acordo com a capacidade funcional do coração – NYHA

Classe	Limitação
Classe I	Pacientes com doença cardíaca, porém sem limitação da atividade física. A atividade física ordinária não provoca fadiga acentuada, palpitação, dispnéia nem angina de peito.
Classe II	Pacientes portadores de doença cardíaca que acarreta leve limitação à atividade física. Esses pacientes sentem-se bem em repouso, mas a atividade física comum provoca fadiga, palpitação, dispnéia ou angina de peito.

Classe III	Pacientes portadores de doença cardíaca que acarreta acentuada limitação da atividade física. Esses se sentem bem em repouso, porém, pequenos esforços provocam fadiga, palpitação, dispneia ou angina de peito.
Classe IV	Paciente com doença cardíaca que acarreta incapacidade para exercer qualquer atividade física. Os sintomas de fadiga, palpitação, dispneia ou angina de peito existem mesmo em repouso e se acentuam com qualquer atividade.

Na avaliação da capacidade funcional do coração devem ser utilizados os meios diagnósticos disponíveis para quantificar o déficit funcional e estabelecer a gravidade da cardiopatia, sendo necessária a avaliação conjunta dos resultados dos exames. A limitação funcional cardíaca será definida pela análise criteriosa dos métodos propedêuticos, quando indicados, a saber:

- a) Anamnese e exame físico do aparelho cardiovascular detalhados minuciosamente, incluindo teste da caminhada dos 6 min;
- b) Exames laboratoriais: hemograma, BNP, bioquímica, hormônios séricos, reações sorológicas, exame de urina e de fezes;
- c) Radiografias do tórax em AP e perfil;
- d) Eletrocardiograma de repouso;
- e) Eletrocardiograma de esforço;
- f) Eletrocardiografia dinâmica – Holter;
- g) Mapeamento ambulatorial da pressão arterial;
- h) Ecocardiografia bidimensional com Doppler de fluxos valvulares;
- i) Cintilografia miocárdica;
- j) Estudo hemodinâmico por cateterismo cardíaco;
- k) Estudo cineangiocoronariográfico por cateterismo cardíaco;
- l) Estudo eletrofisiológico;
- m) Tomografia computadorizada;
- n) Ressonância magnética;
- o) Teste cardiopulmonar;
- p) Perfusão miocárdica por microbolhas.

De acordo com a avaliação dos parâmetros anteriores, indicados para o estudo pericial, a conceituação final de cardiopatia grave será definida em função da presença de uma ou mais das seguintes síndromes:

Síndrome de insuficiência cardíaca congestiva:

Sinais de disfunção ventricular, baixo débito cardíaco, dispneia de esforço e em repouso (CF III e VI da NYHA), fenômenos tromboembólicos, tontura, síncope, precordialgia. Fração de ejeção <40%; dilatação e hipocontratilidade ventricular vistas no estudo hemodinâmico ou ecocardiograma.

Síndrome de insuficiência coronariana:

- a) **Quadro clínico de forma crônica** - Angina classes III e IV da CCS (*Canadian Cardiovascular Society*), apesar da terapêutica máxima usada adequadamente; manifestações clínicas de insuficiência cardíaca, associada à isquemia aguda nas formas crônicas, presença de disfunção ventricular progressiva; arritmias graves associadas ao quadro anginoso, principalmente do tipo ventricular (salvas de extrassístoles, taquicardia ventricular não sustentada ou sustentada devem-se associar dados do ECG e Holter);
- b) **Cinecoronarioventriculografia** - Lesão de tronco de coronária esquerda >50%; lesões em três vasos, moderadas a importantes (>70% em 1/3 proximal ou médio) e, eventualmente, do leito distal, dependendo da massa miocárdica envolvida; lesões em 1 ou 2 vasos de > 70%, com grande massa miocárdica em risco; lesões ateromatosas extensas e difusas, sem viabilidade de correção cirúrgica ou por intervenção percutânea; fração de ejeção <0,40; hipertrofia e dilatação ventricular esquerda; áreas extensas de acinesia, hipocinesia e discinesia; aneurisma de ventrículo esquerdo; complicações mecânicas: insuficiência mitral, comunicação interventricular;
- c) **Fatores de risco e condições associadas** - Idade >70 anos, hipertensão, diabetes, hipercolesterolemia familiar; vasculopatia aterosclerótica importante em outros territórios, como carótidas, membros inferiores, renais, cerebrais.

Síndromes de hipoxemia e/ou baixo débito sistêmico/cerebral secundários a uma cardiopatia

Arritmias complexas e graves:

Arritmias que cursam com instabilidade elétrica do coração, complexas, refratárias ao tratamento, sintomáticas (síncope, fenômenos tromboembólicos).

Dentro do perfil sindrômico exposto, as seguintes entidades nosológicas serão avaliadas como cardiopatia grave:

- a) Cardiopatias isquêmicas;
- b) Cardiopatias hipertensivas;

- c) Cardiomiopatias primárias ou secundárias;
- d) Cardiopatias valvulares;
- e) Cardiopatias congênitas;
- f) Cor pulmonale crônico;
- g) Arritmias complexas e graves;
- h) Hipertensão arterial sistêmica com cifras altas e complicadas com lesões irreversíveis em órgãos-alvo: cérebro, rins, olhos e vasos arteriais.

Critérios de Enquadramento

A avaliação pericial irá se basear nos diagnósticos etiológico, anatômico e funcional (reserva cardíaca), na classe funcional e os elementos usados para a classificação, para o enquadramento legal da lesão incapacitante, e concluir pela existência ou não de cardiopatia grave.

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

É importante não confundir "a gravidade de uma cardiopatia com uma cardiopatia grave, esta uma entidade médico-pericial". A classificação de uma cardiopatia grave baseia-se nos aspectos de gravidade de uma cardiopatia relacionados com a capacidade laborativa e com o prognóstico do indivíduo.

Para a insuficiência cardíaca e/ou coronariana, classificam-se como graves aquelas enquadradas nas classes III e IV da NYHA, e, eventualmente, as da classe II da referida classificação, na dependência da idade, da atividade profissional, das características funcionais do cargo, da coexistência de outras enfermidades e da incapacidade de reabilitação, apesar de tratamento médico em curso.

Para arritmias graves, serão consideradas aquelas complexas, com alto grau de instabilidade elétrica do miocárdio, advindo daí manifestações sistêmicas frequentes como fenômenos tromboembólicos e/ou sintomas e sinais de baixo débito circulatório, e não controláveis por drogas e/ou marcapasso artificial, por isso com alto risco de morte súbita.

De modo geral, podem ser consideradas como cardiopatia grave

- a) Síndrome de insuficiência cardíaca de qualquer etiologia que curse com importante disfunção ventricular (classes III e IV da NYHA);
- b) Síndrome de insuficiência coronariana crônica refratária à terapêutica sem indicação cirúrgica (classes II a IV da NYHA);
- c) Arritmias por bloqueios atrioventriculares de 2º e 3º graus, extrassistolias e/ou taquicardias ventriculares, síndromes braditaquicárdicas;

- d) Cardiopatias congênitas nas classes III e IV da NYHA, ou com importantes manifestações sistêmicas de hipoxemia;
- e) Cardiopatias várias, tratadas cirurgicamente (revascularização do miocárdio, próteses valvulares, implante de marcapasso, aneurismectomias, correções cirúrgicas de anomalias congênitas), quando depois de reavaliadas funcionalmente forem consideradas pertencentes às classes III e IV, ou a critério, classe II da NYHA. A perícia somente enquadrará os servidores como portadores de cardiopatia grave quando afastada totalmente a possibilidade de regressão da condição patogênica, podendo aguardar em tratamento especializado por 24 meses.

Os pacientes coronariopatas, após evento agudo, devem aguardar em licença médica por um período de um a seis meses para serem avaliados, dependendo das complicações existentes e do tratamento realizado.

Nos casos de enfermidade cardiovascular sem terapêutica específica ou de evolução rápida e/ou com mau prognóstico em curto prazo, poderá ser dispensado o prazo de observação e tratamento.

O prazo de observação e tratamento supracitado também poderá ser dispensado nos servidores que apresentem fatores de risco e condições associadas, tais como: idade igual ou superior a 70 anos, hipertensão arterial, diabetes, hipercolesterolemia familiar, vasculopatia aterosclerótica importante em outros territórios (central, periférico), pacientes já submetidos à revascularização cardíaca e nos pós-infartados, mantendo-se os critérios do enquadramento anteriormente descritos para a invalidez.

Após um infarto do miocárdio, a avaliação de risco baseia-se em três fatores: percentagem de miocárdio isquêmico residual, extensão da disfunção ventricular esquerda e potencial arritmico. Quando o tratamento adequado, clínico ou intervencionista, melhorar ou abolir as alterações cardiológicas, o diagnóstico de cardiopatia grave deve ser reconsiderado e reavaliado.

O comprometimento do coração na hipertensão arterial identifica a cardiopatia hipertensiva. Quando isso ocorre, frequentemente os demais órgãos-alvo também podem estar comprometidos. De outra parte, em alguns casos, um ou mais órgãos-alvo podem estar envolvidos, sem que o coração o esteja. Nesses casos, não se trata de cardiopatia hipertensiva, mas de hipertensão arterial complicada.

Sabe-se, também, que em um grande número de pacientes, a cirurgia ou o procedimento intervencionista alteram efetivamente a história natural da doença para melhor, modificando radicalmente a evolução de muitas doenças e,

consequentemente, a categoria da gravidade da cardiopatia, pelo menos no momento da avaliação. Este é o conceito dinâmico de "reversibilidade" da evolução das cardiopatias, que deixam de configurar uma condição de cardiopatia grave observada anteriormente.

De qualquer forma, a perícia nunca deve achar, de antemão, que pacientes submetidos a quaisquer das intervenções mencionadas acima têm, necessariamente, a condição médico-pericial classificada como cardiopatia grave.

O laudo pericial deverá conter o nome da doença por extenso conforme especificado em lei bem como a data de início da doença e se há necessidade de reavaliação.

Cegueira

Cegueira é a condição de falta de percepção visual, devido a fatores fisiológicos ou neurológicos.

Cegueira total ou Amaurose é a completa falta de percepção visual de forma e luz e é clinicamente registrada como NLP, uma abreviação para "no light perception" (sem percepção de luz-SPL). Cegueira é frequentemente usada para descrever a deficiência visual grave, com visão residual. Aqueles descritos como tendo apenas percepção de luz têm apenas a capacidade de diferenciar o claro do escuro e a direção de uma fonte de luz.

Situações equivalentes à Cegueira:

- a) Os casos de perda parcial de visão, nos limites previstos nestas normas, não suscetíveis de correção óptica nem capazes de serem beneficiados por tratamento clínico-cirúrgico;
- b) Os casos de redução muito acentuada e irreversível do campo visual (visão tubular), igual ou inferior a 20º no melhor olho, comprovados por campimetria, e que motivem dificuldade de locomoção e de orientação espacial do indivíduo, exigindo a ajuda de terceiros.

Graus de perda parcial da visão

Grau	Acuidade Visual
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 de Snellen, e a mínima igual ou superior a 20/200 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 igual ou superior a 20/400 Snellen;
Grau III	quando a acuidade visual máxima em ambos os olhos e com a melhor correção óptica possível for inferior a 20/400 Snellen, e a mínima igual ou superior a 20/1.200 Snellen e,
Grau IV	quando a acuidade visual máxima em ambos os olhos e com melhor correção óptica possível for inferior a 20/1.200 Snellen ou apresentar, como índice máximo, a capacidade de contar dedos à distância de 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 20° e 10°, entre 10° e 5° e menor que 5°, respectivamente.	

Avaliação da Acuidade Visual – Escalas Adotadas

Para uniformidade de linguagem e facilidade de julgamento dos graus de perda da acuidade visual, a perícia adotará as escalas Snellen e Decimal na avaliação da acuidade visual para longe.

O quadro a seguir demonstra a equivalência das escalas usadas na avaliação da acuidade visual para longe e a eficiência visual:

SNELLEN DECIMAL

Classes de acuidades visual

Classificação ICD-9CM (WHO/ICO)

Classificação	Acuidade Visual SNELLEN	Acuidade Visual Decimal
Visão normal	20/12 a 20/25	1,5 a 0,8
Próxima ao normal	20/30 a 20/60	0,6 a 0,3
Baixa visão moderada	20/80 a 20/150	0,25 a 0,12
Baixa visão severa	20/200 a 20/400	0,10 a 0,05
Baixa visão profunda	20/500 a 20/1000	0,04 a 0,02
Próximo a cegueira	20/1200 a 20/2500	0,015 a 0,008
Cegueira total	SPL	SPL

Critérios de Enquadramento

A perícia concluirá pela deficiência por cegueira dos portadores de:

1. Perda total de visão (amaurose) nos dois olhos, sem percepção luminosa, determinada por afecção crônica, progressiva e irreversível, com base em parecer especializado – Cegueira Total;
2. A perícia também concluirá pela invalidez permanente por Cegueira dos servidores que apresentarem diminuição acentuada da acuidade visual, nos graus II, III e IV descritos nos itens acima, em decorrência de afecção crônica, progressiva, não suscetível de correção óptica, nem removível por tratamento médico cirúrgico, com base em parecer especializado;
3. Serão considerados portadores de deficiência visual comparável à cegueira os servidores que apresentarem acuidade visual no melhor olho, de 20/200 (0,1), esgotados os meios ópticos e cirúrgicos para correção ou campo visual igual ou inferior a 20 graus (campo tubular), ou ocorrência de ambos, não suscetível de correção óptica, nem removível por tratamento médico cirúrgico, com base em parecer especializado – considerado Cegueira Legal.

A perícia, ao emitir laudos de invalidez de portadores de afecção que os incluam nos graus de diminuição da acuidade visual descritos anteriormente, deverá escrever entre parênteses, ao lado do diagnóstico, a expressão "Equivalente à Cegueira".

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. Somente a cegueira adquirida posterior ao ingresso do servidor no cargo constitui motivo para aposentadoria por incapacidade permanente para o trabalho. É necessário ter atenção para servidores que entram no serviço público com graves deficiências visuais ou mesmo cegos, 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.

O laudo pericial deverá conter o nome da doença por extenso conforme especificado em lei bem como a data de início da doença e se há necessidade de reavaliação.

Contaminação por Radiação

Considera-se “doença causada por radiação ionizante em estágio avançado” toda enfermidade que tenha, comprovadamente, relação de causa e efeito com a radiação ionizante e cujas alterações sejam consideradas incapacitantes e invalidantes, seja por caráter físico-motor, ou funcional ou mental.

A perícia deverá comprovar a relação de causa e efeito da radiação ionizante com a doença apresentada pelo indivíduo. A afirmativa de que uma doença incapacitante e invalidante possui relação de causa e efeito com a radiação ionizante necessita ser devidamente documentada.

A perícia deverá atentar para o quadro em fase não invalidante, cujas medidas terapêuticas disponíveis estejam em andamento, com prognóstico favorável e possibilidade de recuperação funcional.

A perícia deverá identificar, no mínimo, uma das seguintes síndromes:

1. Síndrome aguda da radiação: um conjunto de sintomas e sinais decorrentes de exposição de corpo inteiro a alta dose de radiação por curto espaço de tempo; é um evento determinístico que se desenvolve quando um limite de dose é ultrapassado (0,8 a 1,0 Gy);

2. Síndrome cutânea da radiação: um conjunto de sintomas e sinais decorrentes da exposição localizada ou de corpo inteiro e que levam a alterações cutâneas e de tecidos e estruturas subjacentes.

Quadros clínicos que cursam com a síndrome aguda da radiação:

São necessariamente quadros de síndrome aguda da radiação aqueles decorrentes de evento considerado determinístico, no qual o limite de dose de 0,8 a 1,0 Gy tenha sido ultrapassado, a saber:

1. Hematopoiético: caracteriza-se por alterações hematológicas (leucopenia, trombocitopenia, reticulocitopenia) provenientes de exposição à radiação ionizante das células tronco e precursoras da medula óssea. O quadro surge ao ser alcançado o limiar de dose de 0,8 a 1,0 Gy, considerando-se uma distribuição uniforme e homogênea de dose;

2. Gastrointestinal: caracteriza-se por alterações da mucosa gastrointestinal, decorrentes de exposição de corpo inteiro à radiação ionizante, levando à síndrome disabsortiva, perda hidroeletrólítica e sanguínea. As lesões da mucosa ocorrem, em geral, a partir do limiar de 7,0 Gy; e 3.

3. Neurovascular: caracteriza-se por manifestações neurológicas e vasculares que conduzem, inevitavelmente, à morte. Ocorre com doses extremamente altas de radiação, superiores a 20 Gy.

Os quadros clínicos decorrentes do acúmulo de pequenas doses de exposição por longo período de tempo não são considerados quadros de síndrome aguda da radiação. Nestes casos, a perícia oficial em saúde deverá considerar os mesmos parâmetros de avaliação estabelecidos para a síndrome aguda da radiação.

A síndrome cutânea da radiação pode ser classificada em:

Classificação	Exposição	Evolução
Grau I ou leve	de 8,0 Gy a 10,0 Gy	evolui com pele seca e pigmentação;
Grau II ou moderada	> 12,0 Gy a 30,0 Gy	evolui com atrofia de pele, podendo se estender ao subcutâneo e músculos, e com úlcera tardia;
Grau III ou grave	de 30,0 Gy a 50,0 Gy	evolui com cicatrizes, fibrose, alterações escleróticas, degenerativas e necrose;
Grau IV ou muito grave	acima de 50,0 Gy	evolui com deformidade e recidiva de úlceras, podendo necessitar de ablação ou amputação.

Diagnóstico

Os meios de diagnóstico a serem empregados na avaliação da síndrome aguda da radiação e da síndrome cutânea da radiação são:

1. História clínica, com dados evolutivos da doença;
2. Exame clínico;
3. Dosimetria física (avaliação de dosímetro individual, de dosimetria de área e reconstrução do acidente com modelo experimental);
4. Dosimetria clínica (avaliação do tempo de surgimento dos sintomas e do tempo de duração das manifestações);
5. Avaliação hematológica;
6. Avaliação bioquímica (glicose, ureia, creatinina, amilase, lipase, fosfatase alcalina, desidrogenase láctica, transaminases glutâmico oxalacética e pirúvica);
7. Dosimetria citogenética;
8. Tomografia computadorizada;
9. Ressonância magnética;
10. Termografia;
11. Avaliação fotográfica seriada;
12. Estudos cintilográficos;
13. Estudos Doppler.

Critérios de Enquadramento

Os portadores da síndrome cutânea da radiação de Graus III e IV, descrita anteriormente, serão considerados pela perícia como acometidos de doença causada por radiação ionizante em estágio avançado.

Ficam abrangidos pelo enquadramento legal os servidores que apresentarem:

1. alterações físicas e mentais de mau prognóstico no curto prazo;
2. alterações físicas e mentais persistentes ou que tenham expectativa de duração por período contínuo igual ou maior que 12 meses;
3. sequelas que limitam, significativamente, a capacidade física e mental do servidor para executar atividades básicas.

O laudo pericial deverá conter o nome da doença conforme especificado em lei bem como a data de início da doença e se há necessidade de reavaliação.

Doença de Parkinson

A Doença de Parkinson é um distúrbio degenerativo do sistema nervoso central, idiopático, lentamente progressivo, decorrente de um comprometimento do sistema nervoso extrapiramidal, identificável por uma série de manifestações:

- a) **Tremor:** hipercinesia, predominantemente postural, rítmica e não intencional, que diminui com a execução de movimentos voluntários e pode cessar com o relaxamento total;
- b) **Rigidez muscular:** sinal característico e, eventualmente, dominante, acompanha-se do exagero dos reflexos tônicos de postura e determina o aparecimento de movimentos em sucessão fracionária, conhecidos como “sinal da roda dentada”;
- c) **Oligocinesia:** diminuição da atividade motora espontânea e consequente lentidão de movimentos. Os movimentos lentos (bradicinesia) são típicos à medida que a rigidez progride. Os movimentos também se tornam reduzidos (hipocinesia) e difíceis de iniciar (acinesia);
- d) **Instabilidade postural:** o paciente tem dificuldade na marcha (início, giros, parada) e na postura;
- e) **Demência:** pode ocorrer tardiamente.

Considerações:

Na maioria dos casos, não é possível conhecer sua etiologia, sendo então denominada parkinsonismo primário ou Doença de Parkinson propriamente dita. Quando identificada a causa (pós-encefalite, arteriosclerótica etc.), a doença é conhecida como Síndrome de Parkinson ou parkinsonismo secundário.

Ambas as formas clínicas satisfazem o critério da legislação, exigindo apenas o reconhecimento da incapacidade laborativa e/ou de invalidez e da impossibilidade do controle terapêutico da doença.

Não se incluem nos dispositivos da lei as formas de parkinsonismo secundário, de caráter transitório, ocasionadas por medicamentos, cujo quadro clínico regride com a suspensão da droga, e por outras etiologias.

Quaisquer das formas clínicas da Doença de Parkinson ou do parkinsonismo secundário podem levar à incapacidade definitiva para o serviço ativo quando determinarem impedimento do servidor ao desempenho das atividades normais e não for possível o controle terapêutico da doença.

A avaliação de invalidez de um paciente portador de Doença de Parkinson é fundamentada na pontuação expressa na tabela de Webster.

Tabela de Webster para avaliação da doença de Parkinson.

Bradicinesia de mãos - incluindo escrita manual	Sem comprometimento;	0
	Lentificação detectável do uso de supinação-pronação evidenciada pela dificuldade no início do manuseio de instrumentos, abotoamento de roupas e durante a escrita manual;	1
	Lentificação moderada do uso de supinação-pronação, em um ou ambos os lados, evidenciada pelo comprometimento moderado da função das mãos. A escrita manual encontra-se fortemente prejudicada com micrografia presente;	2
	Lentificação grave do uso da supinação-pronação - incapaz de escrever ou abotoar as roupas. Dificuldade acentuada no manuseio de utensílios.	3
Rigidez	Não detectável;	0
	Rigidez detectável no pescoço e ombros. O fenômeno de ativação encontra-se presente. Um ou ambos os braços apresentam rigidez leve, negativa, durante o repouso;	1
	Rigidez moderada no pescoço e ombros. A rigidez durante o repouso é positiva quando o paciente não está medicado;	2
	Rigidez grave no pescoço e ombros. A rigidez de repouso não pode ser revertida por medicação.	3
Postura	Postura normal. Cabeça fletida para a frente, menos que 10 cm;	0
	Começando a apresentar coluna de atizador. Cabeça fletida para a frente, mais de 12 cm;	1
	Começa a apresentar flexão de braço. Cabeça fletida para a frente mais de 15cm. Um ou ambos os braços elevados, mas, abaixo da cintura;	2
	Início da postura simiesca. Cabeça fletida para a frente mais de 15 cm. Uma ou ambas as mãos elevadas acima da cintura. Flexão aguda da mão. Começando extensão inter-falange. Começando a flexão dos joelhos.	3

Balanço de membros superiores	Balanço correto dos dois braços;	0
	Um dos braços com diminuição definida do balanço;	1
	Um braço não balança;	2
	Os dois braços não balançam.	3
Marcha	Passos bons com passada de 40 a 75 cm. Faz giro sem esforço;	0
	Marcha encurtada para passada com 30 a 45 cm. Começando a bater um calcanhar, faz giro mais lentamente. Requer vários passos;	1
	Passada moderadamente encurtada agora com 15 a 30 cm. Os dois calcanhares começam a bater no solo forçadamente;	2
	Início da marcha com interrupções , passos com menos de 7 cm. Ocasionalmente, a marcha apresenta um tipo de bloqueio como "gaguejar". O paciente anda sobre os artelhos e faz os giros muito lentamente.	3
Tremor	Sem tremor detectado;	0
	Observado movimento de tremor com menos de 2,5 cm, de pico a pico, nos membros ou na cabeça, durante o repouso ou em qualquer mão durante a marcha ou durante o teste dedo-nariz;	1
	O evento máximo de tremor não excede 10 cm.. O tremor é grave, mas não constante. O paciente retém algum controle das mãos;	2
	Um evento de tremor excedendo 10 cm. O tremor é constante e grave. O paciente não consegue livrar-se do tremor enquanto está acordado, a menos que este seja do tipo cerebelar puro. A escrita e a auto-alimentação são impossíveis.	3
Face	Normal. Expressão completa, sem aparência de espanto;	0
	Imobilidade detectável. A boca permanece aberta. Começam as características de ansiedade e depressão;	1
	Imobilidade moderada. A emoção é interrompida, com aumento acentuado no limiar. Os lábios se partem com o tempo. Aparência moderada de ansiedade e depressão. Pode ocorrer perda de saliva pela boca;	2
	Face congelada. Boca aberta 0,5 cm. ou mais. Pode haver perda intensa de saliva pela boca.	3

Seborréia	Nenhuma;	0
	Aumento da perspiração. A secreção permanece fina;	1
	Oleosidade óbvia presente. Secreção mais espessa;	2
	Seborréia acentuada. Toda a face e a cabeça cobertas por uma secreção espessa.	3
Fala	Clara, sonora, ressonante, fácil de entender;	0
	Começando uma rouquidão com perda de inflexão e ressonância. Com bom volume e ainda fácil de entender;	1
	Rouquidão e fraqueza moderadas. Monotonia constante, sem variações de altura. Início da disartria. Hesitação, gaguejamento: dificuldade para ser compreendida;	2
	Rouquidão e fraqueza acentuadas. Muito difícil de ouvir e compreender.	3
Cuidados Pessoais	Sem comprometimento;	0
	Ainda capaz de todos os cuidados pessoais mas, a velocidade com que se veste, torna-se um empecilho definitivo. Capaz de viver sozinho e frequentemente ainda empregado;	1
	Requer ajuda em certas áreas críticas, como para virar-se na cama, levantar-se de cadeiras, etc.. Muito lento no desempenho da maioria das atividades mas trata estes problemas designando mais tempo para cada atividade;	2
	Continuamente incapacitado. Incapaz de vestir-se, alimentar-se ou andar sozinho.	3
TOTAL		
Análise:	1 – 10 = Início da doença	
	11 – 20 = Incapacidade moderada	
	21 – 30 = Doença grave ou avançada	

Critérios de Enquadramento

O portador de Doença de Parkinson será aposentado por incapacidade permanente para o trabalho nas seguintes situações:

- a) Quando as manifestações clínicas e a evolução da doença determinarem o impedimento ao desempenho das atividades laborativas e realização das atividades normais da vida diária;

- b) Com base na pontuação da tabela de Webster, todos os que apresentarem doença grave ou avançada. Os portadores de incapacidade moderada serão avaliados considerando-se a condição clínica e sua atividade laboral;
- c) Quando não for possível o controle terapêutico da enfermidade.

A perícia não deverá enquadrar como incapazes definitivamente para o serviço ativo os portadores de parkinsonismo secundário ao uso de medicamentos quando, pela supressão destes, houver regressão e desaparecimento do quadro clínico.

O laudo pericial deverá conter o nome da doença por extenso conforme especificado em lei bem como a data de início da doença e se há necessidade de reavaliação.

Esclerose Múltipla

Define-se como uma doença desmielinizante do sistema nervoso central lentamente progressiva, caracterizada por placas disseminadas de desmielinização do cérebro e da medula espinhal, resultando em múltiplos e variados sintomas e sinais, geralmente com remissões e exacerbações.

Etiologia:

A causa é desconhecida, mas há suspeitas de uma anormalidade imunológica, com poucos indícios de um mecanismo específico.

Patologia:

Placas ou ilhas de desmielinização com destruição de células e prolongamentos celulares estão disseminadas pelo sistema nervoso central, inicialmente na substância branca, podendo atingir os nervos ópticos, associando-se áreas de inflamação perivascular.

Sinais e sintomas:

De início insidioso, a doença se caracteriza por queixas e achados de disfunção do sistema nervoso central com remissões e exacerbações frequentes. Os sintomas geralmente se iniciam com dormência e fraqueza nas pernas, mãos, face, distúrbios visuais (cegueira parcial ou dor nos olhos), distúrbio na marcha, dificuldade de controle vesical, vertigens, entre outros.

Ocorrem também sintomas mentais: apatia, falta de julgamento, depressão, choro e riso sem razão aparente, manias e dificuldade para falar.

As alterações motoras são marcantes: marcha trôpega, trêmula; tremores nas mãos e na cabeça; fraqueza muscular. As lesões cerebrais podem resultar em hemiplegia. Atrofia muscular e espasmos musculares dolorosos ocorrem tardiamente.

As alterações sensitivas ocorrem principalmente nas mãos e nas pernas com perda da sensibilidade cutânea. Em relação às alterações autonômicas, há dificuldade miccional, incontinência retal e impotência sexual.

Curso

Variado e imprevisível, com remissões e exacerbações intercaladas em meses ou anos. Quando as crises se amiúdam, rapidamente o paciente torna-se incapacitado de forma definitiva. As remissões podem durar até 20 anos, mas quando os ataques são frequentes o curso é decadente e pode ser fatal em até um ano.

Diagnóstico

É indireto, por dedução por meio de características clínicas e laboratoriais. O diagnóstico diferencial deve ser feito com as seguintes enfermidades: siringomielia; esclerose lateral amiotrófica; sífilis; artrite da coluna cervical; tumores do cérebro; ataxias hereditárias e malformações do cérebro e da medula.

Exames complementares ao diagnóstico

1. Exame do líquido cefalorraquidiano: anormal em até 55% dos casos;
2. Ressonância magnética: é a técnica mais sensível, podendo mostrar as placas;
3. Potencial evocado: analisa as respostas elétricas repetidas pela estimulação de um sistema sensorial e, geralmente, estão alteradas.

Crítérios de Enquadramento

A perícia oficial em saúde fará 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.

O laudo pericial deverá conter o nome da doença conforme especificado em lei bem como a data de início da doença e se há necessidade de reavaliação.

Espondiloartrose Anquilosante

A 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 articulações sacroilíacas e, de forma ascendente, atinge a coluna vertebral. Há grande tendência para a ossificação dos tecidos inflamados e este processo resulta em 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 consequência da fusão patológica dos ossos que a constituem.

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, espondilartrite anquilopoiética, espondilite deformante, espondilite atrófica ligamentar, pelviespondilite anquilosante, esta última chamada de pelviespondilite reumática pela Escola Francesa.

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

Critérios de Enquadramento

A perícia oficial em saúde procederá ao enquadramento legal dos portadores de espondilite anquilosante pela invalidez permanente acarretada por essa doença.

A perícia, ao firmar seus laudos, deverá fazer constar:

- a) O diagnóstico nosológico;

- b) A citação expressa da existência da anquilose da coluna vertebral;
- c) A citação dos segmentos da coluna atingidos.

A perícia, além dos elementos clínicos de que dispõe e dos pareceres da medicina especializada, poderá se valer dos 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 – B 27;
- d) Tomografia computadorizada de articulações sacroilíacas e coluna.

O laudo pericial deverá conter o nome da doença conforme especificado em lei bem como a data de início da doença e se há necessidade de reavaliação.

Estados Avançados do Mal de Paget (osteíte deformante)

O Mal 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 frequentemente, atingindo várias partes do esqueleto.

Quadro Clínico

A doença pode ser acompanhada de sintomatologia dolorosa e fraturas espontâneas e sua evolução processa-se em duas fases:

- a) **Fase ativa ou osteoporótica**, caracterizada pela formação de tecido ósseo 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 neuralgia;

- c) Complicações cardiovasculares: insuficiência cardíaca, arteriosclerose periférica e hipertensão arterial.

Critérios de Enquadramento

As formas localizadas do Mal de Paget, assintomáticas, detectadas em exames radiológicos de rotina ou as oligossintomáticas não serão consideradas como doença enquadrada em lei.

A perícia enquadrará em incapacidade definitiva por estados avançados do Mal de Paget (osteíte deformante) os servidores que apresentarem as formas extensas da doença de acordo com as características já citadas anteriormente.

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 firmar o diagnóstico, a perícia oficial em saúde deverá registrar a extensão das deformidades e as 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 fosfatase alcalina;
- c) Dosagem da hidroxiprolina urinária nas 24 horas.

O laudo pericial deverá conter o nome da doença conforme especificado em lei bem como a data de início da doença e se há necessidade de reavaliação.

Fibrose Cística

A fibrose cística, também conhecida como mucoviscidose, é um distúrbio autossômico recessivo que faz com que determinadas glândulas exócrinas produzam secreções anormais, acarretando vários sintomas, afetando principalmente o trato digestivo e os pulmões. A fibrose cística é a causa mais comum de doença pulmonar crônica grave em adultos jovens e o distúrbio hereditário fatal mais comum entre indivíduos caucasianos nos EUA.

Não existem estudos epidemiológicos ou triagem neonatal abrangente que permitam estimar a incidência de Fibrose Cística nas diversas regiões do Brasil. Há

estimativas de que 10% do total anual de afetados são diagnosticados, o que confere uma impressão errônea de baixa incidência na população brasileira.

É uma doença rara que afeta ambos os sexos igualmente.

A doença é causada por anormalidades no transporte de cloro e água através da superfície apical das células epiteliais, resultando em um muco cerca de 30 a 60 vezes mais viscoso. Quase todas as glândulas exócrinas produzem um muco anormal que obstrui a glândula e os ductos, resultando em dilatação glandular e dano tissular.

Embora o sistema de transporte mucociliar não seja afetado, há uma diminuição na capacidade de transporte de uma secreção assim tão viscosa, levando a um acúmulo de muco, com aumento do número de bactérias e fungos nas vias aéreas, podendo levar a uma infecção crônica nos pulmões.

Os pulmões são normais no nascimento, mas a partir daí, os distúrbios respiratórios podem ocorrer a qualquer momento. As secreções brônquicas espessas obstruem as pequenas vias aéreas, produzindo inflamação. À medida que a doença evolui, as paredes brônquicas tornam-se espessas, as vias aéreas enchem-se de secreções infectadas, áreas do pulmão contraem (atelectasia) e os linfonodos aumentam de tamanho. Todas essas alterações reduzem a capacidade dos pulmões de transferir oxigênio para o sangue.

As manifestações pulmonares em adultos incluem bronquite crônica e aguda, bronquiectasia, pneumonia, atelectasia e cicatrização peribrônquica e parenquimatosa.

Pneumotórax e hemoptise são comuns. Hipoxemia, hipercapnia e cor pulmonale ocorrem em casos avançados. Também podem ocorrer cálculos biliares e cirrose hepática. Quase todos os homens com fibrose cística têm ausência congênita bilateral dos vasos deferentes com azoospermia. As mulheres apresentam diminuição da fertilidade em razão da viscosidade das secreções cervicais, porém muitas conseguem ter gravidez a termo.

Cerca de 2 a 3% dos indivíduos com fibrose cística apresentam diabetes insulínica, pois o pâncreas cicatrizado é incapaz de produzir uma quantidade suficiente de insulina.

Os portadores dessa enfermidade têm um risco aumentado de doença maligna do trato gastrointestinal, osteopenia e artropatias.

Comumente, a morte é decorrente de uma combinação da insuficiência respiratória e da insuficiência cardíaca, causadas pela doença pulmonar subjacente.

Considerações

Os achados clínicos na fibrose cística compreendem:

- a) **Sinais e sintomas:** A fibrose cística deve ser suspeitada em um adulto jovem com uma história de doença pulmonar crônica (especialmente bronquiectasia), pancreatite ou infertilidade. Tosse com produção de escarro, diminuição da tolerância ao exercício e hemoptise recorrente são queixas típicas. Os pacientes também queixam, com frequência, de dor nos seios da face e secreção nasal purulenta. Esteatorréia, diarreia e dor abdominal também são comuns. Nos recém-nascidos, a fibrose cística pode provocar obstrução ileomeconial.
- b) **Achados laboratoriais:** O estudo dos gases arteriais frequentemente revela hipoxemia e, em casos avançados, acidose respiratória crônica compensada. Os estudos de função pulmonar mostram um padrão misto restritivo e obstrutivo. Há uma redução da capacidade vital forçada, da velocidade de fluxo aéreo e da capacidade pulmonar total. A retenção de ar (elevada taxa de volume residual em relação à capacidade pulmonar total) e a redução na capacidade de difusão pulmonar são comuns.
- c) **Estudos por imagem:** A hiperinsuflação é vista no início do processo da doença. Constricção peribrônquica, tampão mucoso, bronquiectasia (anéis e cistos), aumento das estrias intersticiais, opacidades periféricas pequenas arredondadas e atelectasias focais podem ser vistas separadamente ou em várias combinações. Pneumotórax também pode estar presente. A tomografia computadorizada (TC) em secções finas pode confirmar a presença de bronquiectasia.

Diagnóstico

- a) **Teste do suor:** a iontoforese quantitativa da transpiração estimulada pela pilocarpina (teste do suor) revela níveis elevados de sódio e cloro (>60 mEq/L) no suor de pacientes com fibrose cística. É específico para diagnóstico de fibrose cística, porém um teste normal não exclui o diagnóstico, sendo necessários dois testes em dias diferentes para um diagnóstico acurado.

Se o teste for repetidamente negativo, mas ainda assim houver uma elevada suspeita clínica da doença, deve ser realizada a tipagem do genótipo ou outros testes alternativos (medida da diferença do potencial de membrana nasal, análise do sêmen ou avaliação da função pancreática). A tipagem do genótipo identifica apenas os tipos mais frequentes da doença, porque as mutações do gene são muitas

e os kits são padronizados. Mesmo assim, esse teste cobre aproximadamente 80% dos casos.

Como a fibrose cística pode afetar diversos órgãos, vários outros testes auxiliam o médico no estabelecimento do diagnóstico. Um exame de fezes pode revelar redução ou desaparecimento das enzimas digestivas tripsina e quimiotripsina ou concentrações elevadas de gordura, conseqüente à redução das enzimas pancreáticas. Se a secreção de insulina estiver reduzida, a glicemia estará elevada.

b. Teste do pezinho: feito rotineiramente em recém-nascidos para rastreamento de doenças congênitas.

Sinais de exacerbação da doença pulmonar

- Aumento da tosse;
- Aumento da produção de catarro;
- Febre;
- Anorexia e perda de peso;
- Absenteísmo escolar ou do trabalho;
- Novos achados na ausculta pulmonar;
- Novos achados nos raios X de tórax;
- Diminuição na tolerância aos exercícios;
- Diminuição na saturação arterial de oxigênio (SaO₂);
- Modificação em mais de 10% no volume expiratório forçado no primeiro minuto (VEF1).

Prognóstico

A longevidade dos pacientes com fibrose cística está aumentando e a sobrevida média é, atualmente, de 31 anos. A morte ocorre por complicações pulmonares ou como resultado de insuficiência respiratória crônica terminal e *cor pulmonale*.

A gravidade da fibrose cística varia muito de pessoa para pessoa, independente da idade. Ela é determinada em grande parte pelo grau de comprometimento pulmonar. No entanto, a deterioração é inevitável, acarretando um estado de debilidade e, finalmente, a morte. Apesar disso, as perspectivas vêm melhorando progressivamente ao longo dos últimos 25 anos, sobretudo porque

atualmente os tratamentos conseguem retardar algumas das alterações que ocorrem nos pulmões.

Critérios de enquadramento pericial:

Serão enquadrados os casos com diagnóstico comprovado por laudos médicos especializados e exames complementares.

O laudo pericial deverá conter o nome da doença conforme especificado em lei bem como a data de início da doença e se há necessidade de reavaliação.

Hanseníase

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa curável, de notificação compulsória, causada pelo *Mycobacterium leprae* (bacilo de Hansen). A doença tem curso crônico, com predileção pela pele e nervos periféricos, podendo apresentar surtos reacionais intercorrentes.

Sinais Cardinais da Hanseníase

- a) Lesão(ões) e/ou área(s) da pele com diminuição ou alteração de sensibilidade;
- b) Acometimento de nervo(s) periférico(s), com ou sem espessamento, associado a alterações sensitivas e/ou motoras e/ou autonômicas;
- c) Baciloscopia positiva.

Classificação

A hanseníase pode ser classificada nas seguintes formas clínicas:

1. Paucibacilares (PB) – Casos com até cinco lesões de pele e baciloscopia negativa; tratamento de seis meses;

- a) Indeterminada (I);
- b) Tuberculóide (T);

2. Multibacilares (MB) – Casos com mais de cinco lesões de pele; tratamento de 24 meses. A baciloscopia de pele (esfregaço intradérmico), quando disponível, deve ser utilizada como exame complementar para a classificação dos casos em PB ou MB. A baciloscopia positiva classifica o caso como MB, independentemente do número de lesões.

- a) Dimorfa (D);
- b) Virchowiana (V);
- c) Não Especificada (NE).

Atenção: o resultado negativo da baciloscopia não exclui o diagnóstico de hanseníase.

Quando o tratamento quimioterápico é iniciado deixa de haver transmissão da doença, pois a primeira dose da medicação torna os bacilos incapazes de infectar outras pessoas.

Formas Clínicas de Hanseníase – Classificação de Madri

- 1. Hanseníase Indeterminada (HI) CID A30.0** – Considerada a primeira manifestação clínica da hanseníase, assim classificada porque na ausência de tratamento pode evoluir para a forma tuberculóide ou para a virchowiana;
- 2. Hanseníase Tuberculóide (HT) CID - 10 A30.1** – Poucas lesões bem delimitadas, em placas ou anulares com bordas papulosas e áreas da pele eritematosas ou hipocrômicas, anestésicas e de distribuição assimétrica, com crescimento centrífugo lento levando à atrofia no interior da lesão;
- 3. Hanseníase Dimorfa (HD) CID - 10 A30.3** – Manifestações clínicas variáveis na pele, nos nervos ou no comprometimento sistêmico; lesões neurais precoces, assimétricas, levando a deficiências físicas;
- 4. Hanseníase Virchowiana (HV) CID - 10 A30.5** – Evolução crônica com infiltração progressiva e difusa da pele, mucosas das vias aéreas superiores, olhos, testículos, nervos, podendo afetar os linfonodos, o fígado e o baço.

Neuropatia Hansênica - Diagnóstico do Dano Neural – Sinais e Sintomas

Neurites – comprometimento da função neural pela lesão das fibras autonômicas, sensitivas e motoras resultando em deficiências sensitivas ou sensitivo-motoras, provocando as incapacidades e deformidades que podem gerar sequelas definitivas.

Os principais nervos acometidos na hanseníase são:

- a) Face – trigêmeo e facial;
- b) Braços – radial, ulnar e mediano;
- c) Pernas – fibular comum e tibial

Graus de Incapacidade

Avaliação do grau de incapacidade e da função neural:

Para determinar o grau de incapacidade física deve-se realizar o teste da sensibilidade dos olhos, mãos e pés. É recomendada a utilização do conjunto de

monofilamentos de Semmes-Weinstein nos pontos de avaliação de sensibilidade em mãos e pés e do fio dental (sem sabor) para os olhos.

Grau de incapacidade física de acordo com a Organização Mundial de Saúde – OMS

Grau	Características
0	Nenhum problema com os olhos, mãos e pés devido à hanseníase.
1	Diminuição ou perda da sensibilidade nos olhos. Diminuição ou perda da sensibilidade nas mãos e/ou pés.
2	Olhos: lagoftalmo e/ou ectrópio; triquíase; opacidade corneana central; acuidade visual menor que 0,1 ou incapacidade de contar dedos a 6 cm de distância. Mãos: lesões tróficas e/ou lesões traumáticas; garras; reabsorção; mão caída. Pés: lesões tróficas e/ou lesões traumáticas; garras; reabsorção; pé caído; Contratura do tornozelo
Nota: A inspeção do nariz deverá ser realizada concomitantemente ao exame de mãos, pés e olhos, com o objetivo de detectar ressecamento e úlceras da mucosa nasal, perfuração do septo e desabamento da pirâmide nasal.	

Teste Manual da Exploração da Força Muscular

FORÇA		DESCRIÇÃO
Forte	5	Realiza o movimento completo contra a gravidade com resistência máxima.
Diminuída	4	Realiza o movimento completo contra a gravidade com resistência;
	3	Realiza o movimento completo contra a gravidade
	2	Realiza o movimento parcial
Paralisada	1	Contração muscular sem movimento.
	0	Paralisia (nenhum movimento)

Crítérios de Enquadramento

A doença, por si só, não leva a pessoa a ser afastada de suas atividades laborais, uma vez que, ao iniciar a terapia específica (poliquimioterapia), o portador

bacilífero torna-se não contagiante. Em algumas avaliações por especialistas, os casos multibacilares poderão ser afastados de suas atividades por um período de três semanas.

O que pode levar ao afastamento das atividades laborais são os casos de episódios reacionais (Reação tipo I e II), caracterizados pelo aparecimento de novas lesões dermatológicas (manchas ou placas), infiltração, alterações de cor e edema nas lesões antigas, com ou sem espessamento, com sintomas gerais como: febre, mal-estar geral, neurites agudas ou subagudas, levando à dor, alteração da sensibilidade (parestesias e hipoestesias) e diminuição da força muscular e/ou da precisão de movimentos. Em alguns casos o quadro reacional evolui com neurite, orquite, irite, iridociclite, artrite, mão e pé reacionais, linfadenite, proteinúria e dano hepático. Essas alterações levam à incapacidade temporária ou definitiva, devendo ser avaliadas e acompanhadas por especialistas como dermatologista, neurologista, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta e outros.

Todos os servidores portadores de hanseníase deverão permanecer sob rigoroso controle médico e submeter-se a exames periódicos, determinados pela clínica especializada. Cabe ao perito constatar o registro da notificação compulsória.

A perícia concluirá pelo afastamento temporário das atividades quando os servidores:

- a) Manifestarem surtos reacionais frequentes durante o tratamento ou após a cura;
- b) Manifestarem dor neuropática;
- c) Tiverem que se submeter a tratamento de descompressão neural cirúrgica de neurites;
- d) Necessitarem submeter-se a tratamento cirúrgico de reabilitação de deficiências na face, nariz, olhos, mãos e pés;
- e) Tiverem que permanecer imobilizados ou em repouso absoluto do membro quando da detecção precoce de surtos reacionais (tipo 1 ou tipo 2), neurites ou para tratamento de úlceras plantares, até a remissão dos sintomas.

Serão considerados inválidos aqueles classificados no grau 2 da tabela de incapacidade física e nos graus 0 e 1 da tabela de exploração da força muscular. As demais situações clínicas dependerão da correlação com as atividades laborais.

A perícia concluirá pela invalidez quando os servidores apresentarem sequelas incapacitantes sem possibilidade de recuperação.

O laudo pericial deverá conter o nome da doença conforme especificado em lei bem como a data de início da doença e se há necessidade de reavaliação.

Hepatopatia Grave

A hepatopatia grave compreende um grupo de doenças que atingem o fígado de forma primária ou secundária, com evolução aguda ou crônica, ocasionando alteração estrutural extensa e deficiência funcional intensa, progressiva e grave, além de incapacidade para atividades laborais e risco à vida.

Os sintomas típicos da doença hepática incluem icterícia, fadiga, prurido, dor no quadrante superior direito do abdome, distensão abdominal e hemorragia digestiva. No entanto, muitos hepatopatas crônicos são assintomáticos. As anormalidades aparecem nos exames bioquímicos hepáticos como parte de um exame de rotina ou na triagem para doação de sangue, para seguro de vida ou para admissão no emprego. Os múltiplos exames disponíveis facilitam a identificação de hepatopatia.

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 sinais e sintomas presentes em maior ou menor grau nas doenças hepáticas.

Constituem Características das Hepatopatias Graves

Quadro clínico:

- a. Emagrecimento;
- b. Icterícia;
- c. Ascite;
- d. Edemas periféricos;
- e. Fenômenos hemorrágicos;
- f. Alterações cutaneomucosas sugestivas: aranhas vasculares, eritema palmar, queda dos pelos, sufusões hemorrágicas, mucosas hipocoradas;
- g. Alterações neuropsiquiátricas de encefalopatia hepática.

Quadro laboratorial:

1. Alterações hematológicas:

- a) Pancitopenia (completa ou parcial); anemia, leucopenia e trombocitopenia;
2. Distúrbios da coagulação: hipoprotrombinemia e queda dos fatores da coagulação (V, VII, fibrinogênio);
3. Alterações bioquímicas:
 - a) Hipoglicemia predominante;
 - b) b. Hipocolesterolemia; e
 - c) c. Hiponatremia;
4. Testes de função hepática alterados:
 - a) Retenção de bilirrubinas;
 - b) Transaminases elevadas;
 - a) c. Fosfatase alcalina e gama-GT elevadas;
 - b) d. Albumina reduzida.

Nos exames por imagem são observadas as seguintes alterações

- 1. Ultrassonografia:** alterações estruturais do fígado e baço, ascite, dilatação das veias do sistema porta;
- 2. Tomografia computadorizada e ressonância nuclear magnética abdominal:** alterações dependentes da doença primária;
- 3. Endoscopia digestiva alta:** presença de varizes esofagianas e de gastropatia hipertensiva;
- 4. Cintilografia hepática:** redução da captação hepática, forma heterogênea, com aumento da captação esplênica e na medula óssea.

São causas etiológicas das hepatopatias graves

1. Hepatites fulminantes: virais, tóxicas, metabólicas, autoimunes, vasculares;
2. Cirroses hepáticas: virais, tóxicas, metabólicas, autoimunes, vasculares;
3. Doenças parasitárias e granulomatosas;
4. Tumores hepáticos malignos: primários ou metastáticos;
5. Doenças hepatobiliares e da vesícula biliar levando à cirrose biliar secundária.

Classificação

A insuficiência hepática desenvolve-se em consequência da perda de massa celular funcionante, decorrente da necrose causada por doenças infecciosas, inflamatórias, tóxicas, alérgicas, infiltrativas, tumorais, vasculares ou por obstrução do fluxo biliar.

A gravidade do comprometimento funcional é classificada, com finalidade prognóstica, em tabela universalmente aceita, conhecida como Classificação de Child-Turcotte-Pugh, nela considerados cinco indicadores:

Indicadores	Pontos		
	1	2	3
Albumina	> 3,5 g%	3,0 a 3,5 g%	< 3,5 g%
Bilirrubina	< 2,0 mg%	2,0 a 3,0 mg%	> 3,0 mg%
Ascite	Ausente	Discreta	Tensa
Grau de encefalopatia	Não	Leve	Grave
Tempo de protrombina	> 75%	50 a 74%	< 50 %

De acordo com o total de pontos obtidos, os prognósticos dividem-se em:

Classe	Total de Pontos
A	5 a 6
B	7 a 9
C	10 a 15

O escore de Child-Pugh é calculado somando os pontos dos cinco fatores, e varia de 5 a 15. As classes de Child-Pugh são: 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 este nível é um critério aceito para inclusão no cadastro do transplante hepático.

Os indivíduos situados na Classe A têm bom prognóstico de sobrevida, habitualmente acima de cinco anos, enquanto os da Classe C têm mau prognóstico, possivelmente menor que um ano.

A encefalopatia hepática, também denominada encefalopatia portossistêmica, obedece à seguinte gradação:

Gradação	Descrição
Subclínica	alteração em testes psicométricos;
Estágio 1	desatenção, irritabilidade, alterações da personalidade, tremores periféricos e incoordenação motora;

Estágio 2	sonolência, redução da memória, alterações do comportamento, tremores, fala arrastada, ataxia;
Estágio 3	confusão, desorientação, amnésia, sonolência, nistagmo, hiporreflexia e rigidez muscular; e
Estágio 4	coma, midríase e postura de descerebração, arreflexia.

A pontuação leve na Tabela de Child-Pugh inclui os Estágios Subclínico, 1 e 2, enquanto a pontuação grave os Estágios 3 e 4.

Critérios de Enquadramento

Classe	Consideração
A	Não são consideradas graves.
B	Serão consideradas como hepatopatia grave quando houver presença de ascite e/ou encefalopatia de forma recidivante.
C	Serão enquadradas como hepatopatia grave.

Como é possível a regressão de classes mais graves para menos graves com tratamento específico, o tempo de acompanhamento em licença para tratamento de saúde pela perícia oficial em saúde deverá estender-se até 24 meses.

Os indivíduos que desenvolverem formas fulminantes ou subfulminantes de hepatite e forem submetidos a transplante hepático de urgência serão considerados como incapacitados temporários, sendo acompanhados em licença para tratamento de saúde por até 24 meses.

O laudo da perícia deverá conter, obrigatoriamente, os diagnósticos anatomopatológico, etiológico e funcional, com a afirmativa ou negativa de tratar-se de hepatopatia grave.

O diagnóstico anatomopatológico poderá ser dispensado nos casos de contraindicação médica formalizada, a exemplo das coagulopatias, sendo substituído por outros exames que possam comprovar e caracterizar a gravidade do quadro.

Para o diagnóstico do hepatocarcinoma, a comprovação histológica obtida pela biópsia pode ser substituída pela presença de elevados níveis séricos de alfa-fetoproteína (mais de 400 ng/ml) e alterações típicas no Eco-doppler, na tomografia computadorizada helicoidal ou retenção do lipiodol após arteriografia seletiva, em indivíduos com condições predisponentes para o hepatocarcinoma: cirroses, doenças metabólicas congênitas, portadores de vírus B e C, alcoólatras.

O laudo pericial deverá conter o nome da doença conforme especificado em lei bem como a data de início da doença e se há necessidade de reavaliação.

Nefropatia Grave

Define-se como nefropatia grave o comprometimento em caráter transitório ou permanente da função renal a ponto de ocasionar grave insuficiência renal e/ou acarretar risco à vida, ocasionado por enfermidade de evolução aguda ou crônica, de qualquer etiologia.

Na avaliação da gravidade da nefropatia e do grau de incapacidade que pode acarretar, deverão ser levados em consideração:

- a) Os sintomas clínicos;
- b) As alterações bioquímicas.

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;
- d) **Digestivas** - diarreia ou obstipação;
- e) **Neurológicas** - cefaleia, astenia, insônia, lassidão, tremor muscular, convulsão e coma;
- f) **Oftalmológicas** - retinopatia hipertensiva e retinopatia arteriosclerótica;
- g) **Pulmonares** - pulmão urêmico e derrame pleural;
- h) **Urinárias** - nictúria.

Alterações nos Exames Complementares

1. Alterações laboratoriais:

- a) Diminuição da filtração glomerular;
- b) Diminuição da capacidade renal de diluição e concentração (isostenúria);
- c) Aumento dos níveis sanguíneos de ureia, creatinina e ácido úrico;
- d) Distúrbios dos níveis de sódio, potássio, cálcio, fósforo, glicose e lipídios;
- e) Acidose.

2. Alteração nos exames por imagem

- Diminuição das áreas renais nas enfermidades crônicas ou nas isquemias agudas intensas;
- Distorções da imagem normal consequente de cicatrizes, cistos, hematomas, abscessos ou tumores;
- Distensão do sistema coletor nos processos primariamente obstrutivos;
- Diminuição da eliminação de contrastes quando usados.

Considerações:

Para a avaliação da insuficiência renal crônica pelas alterações bioquímicas, pode ser adotada a classificação abaixo, baseada na gravidade do distúrbio funcional do rim, medido pela filtração glomerular e dosagem de creatinina.

Doenças Renais Crônicas – Estadiamento e Classificação*

Estágio	Filtração Glomerular (ML/MIN)	Creatinina (MG/DL)	Grau de I.R.C.
0	> 90 -	0,6 - 1,4	Grupo de risco para DRC Ausência de lesão renal
1	> 90	0,6 - 1,4	Função renal normal Presença de lesão renal
2	60 - 89	1,5 – 2,0	IR leve ou funcional
3	30 - 59	2,1 – 6,0	IR moderada ou laboratorial
4	15 - 29	6,1 – 9,0	IR grave ou clínica
5	< 15	> 9,0	IR terminal ou pré-dialítica

* Dr. João Egídio Romão Junior – SBN – Hospital das Clínicas – FMUSP e Hospital da Beneficência Portuguesa – São Paulo.

São consideradas nefropatias graves:

- As nefropatias incluídas no Estádio 3, desde que o periciado apresente sintomas e sinais que estejam produzindo incapacidade laborativa;
- As nefropatias incluídas nos Estádios 4 e 5.

Crítérios de Enquadramento:

As nefropatias que cursam com insuficiência renal leve, Estádio 2, não são enquadradas como nefropatias graves.

As nefropatias que cursam com insuficiência renal moderada, Estádio 3, são enquadradas como nefropatias graves quando acompanhadas de sintomas e sinais que determinam a incapacidade laborativa do periciado.

As nefropatias classificadas como insuficiência renal grave, Estádios 4 e 5, são enquadradas como nefropatias graves. A perícia deverá, ao registrar o diagnóstico, identificar o tipo de nefropatia seguido da indicação da presença ou não de nefropatia grave.

O laudo pericial deverá conter o nome da doença conforme especificado em lei bem como a data de início da doença e se há necessidade de reavaliação.

Neoplasia Maligna

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

São consideradas neoplasias malignas as relacionadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID).

Avaliação Diagnóstica e Estadiamento:

O diagnóstico e o estadiamento da neoplasia maligna podem ser determinados, dentre outros, pelos seguintes meios propedêuticos:

- a) Exame clínico especializado;
- b) Exames radiológicos;
- c) Exames ultrassonográficos;
- d) Exames de tomografia computadorizada;
- e) Exames de ressonância nuclear magnética;
- f) Exames cintilográficos;
- g) Exames endoscópicos;
- h) Pesquisa de marcadores tumorais específicos;
- i) Biópsia da lesão com exame histopatológico;
- j) Exames citológicos;
- k) Exames de imunohistoquímica;
- l) Estudos citogenéticos em casos específicos.

O diagnóstico de neoplasia depende de comprovação por meio de exames complementares

Prognóstico:

É determinado pelo grau de malignidade da neoplasia, que é 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.

Objetivos da Avaliação Pericial

A avaliação pericial objetiva comprovar:

- a) O diagnóstico da neoplasia por meio de exame histopatológico ou citológico;
- b) A extensão da doença e a presença de metástases;
- c) O tratamento cirúrgico, quimioterápico e radioterápico;
- d) O prognóstico da evolução da doença, em consonância com as estatísticas de sobrevida para cada tipo de neoplasia;
- e) O grau de incapacidade parcial ou total, temporária ou permanente;
- f) A correlação da incapacidade com as atribuições do servidor.

Crítérios de Enquadramento:

A perícia fará o enquadramento da invalidez permanente por neoplasia maligna dos servidores quando for constatada incapacidade para o trabalho em consequência de:

- a) Neoplasias com mau prognóstico em curto prazo;
- b) Neoplasias incuráveis;
- c) Sequelas do tratamento, mesmo quando erradicada a neoplasia maligna;
- d) Recidiva ou metástase da neoplasia maligna.

A perícia deverá citar no registro da avaliação pericial:

- a) O tipo histopatológico da neoplasia;
- b) Sua localização;
- c) A presença ou não de metástases;
- d) O estadiamento clínico pelo sistema TNM, podendo ser utilizada outra classificação, em casos específicos, não contemplada por este sistema;
- e) Acrescentar a expressão neoplasia maligna, para fim de enquadramento legal.

Os servidores portadores de neoplasia maligna detectada pelos meios propedêuticos e submetidos a tratamento cirúrgico, radioterápico e/ou quimioterápico serão considerados portadores dessa enfermidade durante os cinco primeiros anos de acompanhamento clínico, mesmo que o estadiamento clínico indique bom prognóstico.

O carcinoma basocelular, por seu caráter não invasivo, não metastático, e de excelente prognóstico não se enquadra nesta situação. As neoplasias que apresentarem comportamento similar devem ser tratadas da mesma forma.

Os servidores portadores de neoplasia maligna submetidos a tratamento cirúrgico, radioterápico e/ou quimioterápico, que após cinco anos de acompanhamento clínico não apresentarem evidência de doença ativa, serão considerados **não** portadores de neoplasia maligna.

A presença de neoplasia maligna passível de tratamento não implica aposentadoria, devendo o servidor ser reavaliado periodicamente levando-se em consideração o tratamento, a evolução e a capacidade laborativa.

O laudo pericial deverá conter o nome da doença conforme especificado em lei bem como a data de início da doença e se há necessidade de reavaliação.

Paralisia Irreversível e Incapacitante

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, causada pela interrupção de uma das vias motoras, em qualquer ponto, desde o córtex cerebral até a própria fibra muscular, pela lesão de 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.

São equiparadas às paralisias as lesões osteomusculoarticulares, as vasculares graves e crônicas, e as paresias das quais resultem alterações extensas e

definitivas das funções nervosas, da motilidade e da troficidade, 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 homolateral;
- d) Paraplegia ou diplegia - quando são atingidos os membros superiores ou os inferiores, simultaneamente;
- e) Triplegia - quando resulta da paralisia de três membros;
- f) Tetraplegia - quando são atingidos os membros superiores e os inferiores.

Crítérios de Enquadramento:

Os portadores de paralisia irreversível e incapacitante de um dos tipos escritos anteriormente, satisfeitas as condições conceituais especificadas, serão considerados impossibilitados para qualquer trabalho de forma total e permanente.

A perícia deverá especificar no relato da avaliação pericial os diagnósticos anatômico e etiológico e o caráter definitivo e permanente, como citado na lei.

A perícia deverá declarar entre parênteses, após enunciar o diagnóstico, a expressão "equivalente à Paralisia Irreversível e Incapacitante", quando concluírem pela invalidez dos inspecionados portadores das lesões que se equiparam à paralisia, satisfeitas todas as condições constantes desses itens.

A paralisia de um músculo ou de um grupo de músculos não apresenta por si só motivo para concessão das vantagens da lei e muitas vezes não leva à incapacidade.

É preciso que, depois de esgotadas todas as medidas terapêuticas disponíveis, seja considerada irreversível e incapacite o servidor para o exercício da atividade inerente ao cargo.

O laudo pericial deverá conter o nome da doença conforme especificado em lei bem como a data de início da doença e se há necessidade de reavaliação.

Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Sida/Aids)

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Sida/Aids) é a manifestação mais grave da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), caracterizando-se por uma imunodeficiência grave que se manifesta clinicamente através do aparecimento de doenças oportunistas, neoplasias malignas ou lesões neurológicas associadas ao HIV.

Classificação:

A infecção pelo HIV em adultos pode ser classificada de acordo com as manifestações clínicas e a contagem de linfócitos T-CD4 conforme descrito a seguir.

Quanto às manifestações clínicas, os indivíduos pertencem às seguintes categorias:

Categoria "A":

- a) Infecção assintomática: indivíduos com sorologia positiva para o HIV, sem apresentar sintomas;
- b) Linfadenopatia generalizada persistente: linfadenomegalia, envolvendo duas ou mais regiões extrainguinais, com duração de pelo menos três meses, associada à sorologia positiva para o HIV;
- c) Infecção aguda: síndrome de mononucleose, caracterizada por febre, linfadenomegalia e/ou esplenomegalia. Nesta fase, a sorologia para o HIV pode ser negativa, tornando-se positiva geralmente duas a três semanas após o início do quadro clínico.

Categoria "B":

Indivíduos com sorologia positiva para o HIV, sintomáticos, com as seguintes condições clínicas:

- a) Angiomatose bacilar;
- b) Candidíase vulvovaginal persistente, de mais de um mês, que não responde ao tratamento específico;
- c) Candidíase orofaríngea;
- d) Sintomas constitucionais (febre maior que 38,5° C ou diarreia com mais de um mês de duração).

Categoria "C":

Indivíduos soropositivos e sintomáticos que apresentam infecções oportunistas ou neoplasias:

- a) Candidíase esofágica, traqueal ou brônquica;
- b) Criptococose extrapulmonar;
- c) Câncer cervical uterino;
- d) Retinite, esplenite ou hepatite por citomegalovírus;
- e) Herpes simples mucocutâneo com mais de um mês de evolução;
- f) Histoplasmose disseminada;
- g) Isosporíase crônica;
- h) Micobacteriose atípica;
- i) Tuberculose pulmonar ou extrapulmonar;
- j) Pneumonia por *P. carinii*;
- k) Pneumonia recorrente com mais de dois episódios em um ano;
- l) Bacteremia recorrente por bactérias do gênero "salmonella";
- m) Toxoplasmose cerebral;
- n) Leucoencefalopatia multifocal progressiva;
- o) Criptosporidiose intestinal crônica;
- p) Sarcoma de Kaposi;
- q) Linfoma de Burkitt, imunoblástico ou primário de cérebro;
- r) Encefalopatia pelo HIV;
- s) Síndrome consumptiva pelo HIV (perda de peso involuntária superior a 10% do peso habitual do paciente, **excluída** a tuberculose como causa básica);
- t) Reativação de doença de Chagas (meningoencefalite e/ou miocardite).

Quanto à contagem de linfócitos T-CD4, os pacientes podem ser classificados nos seguintes grupos:

Grupo 1: indivíduos com número absoluto de linfócitos T auxiliares (CD4) igual ou acima de 500/mm³.

Grupo 2: indivíduos com número absoluto de linfócitos T auxiliares (CD4) entre 200 e 499/mm³.

Grupo 3: indivíduos com número absoluto de linfócitos T auxiliares (CD4) menor que 200/mm³.

Critérios de Enquadramento

Utilizando-se a Tabela de associação das categorias clínicas com os grupos de contagem de linfócitos T CD4, chega-se à:

Quadro de Classificação Clínica e Laboratorial

Grupos	LT-CD4+	Categorias Clínicas		
		A	B	C
1	> 500/mm ³	A1	B1	C1
2	200 – 499/mm ³	A2	B2	C2
3	< 200/mm ³	A3	B3	C3

1. Serão considerados incapazes definitivamente para o serviço os servidores classificados nas categorias A3, B3 e C (todos).
2. Serão considerados incapazes temporariamente para o serviço os servidores classificados nas categorias A1, A2, B1 e B2, na presença de manifestações clínicas incapacitantes. Deverão ser mantidos em licença para tratamento de saúde por até dois anos, com controle trimestral pela perícia. Após os dois anos de licença médica, caso permaneçam incapacitados para retorno ao trabalho, serão aposentados.

O laudo pericial deverá conter o nome da doença conforme especificado em lei bem como a data de início da doença e se há necessidade de reavaliação.

Tuberculose Ativa

A tuberculose (TB) é uma doença infectocontagiosa de notificação compulsória causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, que pode acometer uma série de órgãos e/ou sistemas, possuindo predileção pelo pulmão. A evolução após o contato com o bacilo depende do hospedeiro. A suscetibilidade à infecção é praticamente universal, a maioria das pessoas resiste ao adoecimento após a primo-infecção e desenvolve imunidade parcial à doença. No entanto, alguns bacilos permanecem vivos, embora bloqueados pela reação inflamatória do organismo.

Fatores relacionados à competência do sistema imunológico podem aumentar o risco de adoecimento. Entre estes, destacam-se a infecção pelo HIV, doenças ou tratamentos imunodepressores, idade menor do que 2 anos ou maior do que 60 anos e desnutrição.

O maior risco de adoecimento se concentra nos primeiros dois anos após a primo infecção, mas o período de incubação pode se estender por muitos anos e mesmo décadas.

Classificação:

Indivíduo sem tuberculose latente ou ativa

Ocorre quando o indivíduo não possui exposição à TB nem infecção tuberculosa ou quando indivíduo com história de exposição à TB, porém, sem evidência de TB doença (Prova tuberculínica negativa);

Infecção latente por tuberculose

Ocorre quando a pessoa teve contato com TB recentemente, mas não desenvolveu a doença ativa. Cerca de 5% das pessoas não conseguem impedir a multiplicação e adoecem na sequência da primo-infecção. Outros 5%, apesar de bloquearem a infecção nesta fase, adoecem posteriormente por reativação desses bacilos ou em consequência da exposição a uma nova fonte de infecção.

Tuberculose Ativa

Ocorre quando o indivíduo apresenta TB comprovada laboratorialmente (baciloscopia e/ou cultura), ou em casos de grande suspeita clínica e radiológica, podendo ter um diagnóstico presuntivo baseado em dados clínico-epidemiológicos após outros tratamentos antimicrobianos sem resultado.

Classificação da Tuberculose Ativa conforme o local de acometimento

1. Tuberculose Pulmonar

TB que acomete em algum momento o pulmão. Pode ser primária, pós-primária (ou secundária) e TB miliar. Os sintomas mais frequentes são tosse persistente, produtiva ou não (com muco e eventualmente sangue), febre vespertina, sudorese noturna e emagrecimento.

a) TB primária:

Ocorre comumente após a primo-infecção, mais comum em crianças.

b) TB pós- primária:

Ocorre por reativação de uma infecção anterior, pode ocorrer em qualquer idade, mas é mais comum no adolescente e adulto jovem.

c) TB miliar:

É uma TB generalizada. Ocorre por reativação de uma infecção anterior geralmente em pacientes imunodeprimidos graves. A denominação é vinculada ao aspecto radiológico pulmonar. Apresentação mais comum em crianças e adultos jovens.

2. TB extrapulmonar

TB extrapulmonar ocorre quando a TB acomete outro órgão que não o pulmão, podendo este também estar acometido conjuntamente, mas não sendo uma obrigatoriedade.

a) Tuberculose pleural

Acometimento da pleura por TB, geralmente a forma pulmonar se encontra associada. É a forma mais comum de TB extrapulmonar em pacientes não infectados pelo HIV e é mais frequente em jovens. Cursa com dor torácica pleurítica, astenia, emagrecimento. A anorexia ocorre em 70% dos casos, febre e tosse seca em 60%.

b) Empiema pleural por tuberculose

Consequência da ruptura de uma cavidade tuberculosa para o espaço pleural e por isso, além de líquido no espaço pleural, muitas vezes ocorre também pneumotórax secundário. Clinicamente é indistinguível de um empiema pleural por bactéria comum.

c) Tuberculose ganglionar periférica

É a forma mais frequente de TB extrapulmonar em pacientes infectados pelo HIV e crianças, sendo mais comum abaixo dos 40 anos. As localizações mais frequentes são as mediastínicas e nos gânglios periféricos da região cervical anterior e posterior, além de supraclavicular. Os gânglios podem apresentar-se endurecidos ou amolecidos, aderentes entre si e aos planos profundos, podendo evoluir para flutuação e/ou fistulização espontânea, com inflamação da pele adjacente.

d) Tuberculose meningoencefálica

É responsável por 3% dos casos de TB em pacientes HIV soronegativos e por 10% dos casos em pacientes HIV soropositivos. Meningite basal exsudativa é a apresentação clínica mais comum e é mais frequente em crianças abaixo dos 6 anos de idade. Clinicamente pode ser subaguda ou crônica (sinais e sintomas com duração superior a 4 semanas). Na forma subaguda cursa com cefaléia holocraniana, irritabilidade, alterações do comportamento, sonolência, anorexia, vômitos e dor abdominal associados à febre, fotofobia e rigidez de nuca. Na forma crônica o

paciente evolui com várias semanas de cefaleia até que o acometimento dos pares cranianos faz o médico suspeitar de meningite crônica.

e) Tuberculose pericárdica

É o acometimento do pericárdio pela TB. Geralmente tem apresentação clínica subaguda e na maior parte das vezes não se associa à TB pulmonar, embora possa ocorrer simultaneamente a TB pleural. Os principais sintomas são dor torácica, tosse seca e dispneia.

f) Tuberculose óssea

É mais comum em crianças ou em pessoas entre a quarta e quinta décadas de vida. Atinge mais a coluna vertebral e a articulação coxofemoral e do joelho, embora possa ocorrer em outros locais. Quando atinge a coluna vertebral (mal de Pott), afeta mais comumente a coluna torácica baixa e lombar.

No Mal de Pott, além dos sinais clínicos de dor e infecção geral observa-se no exame radiológico, o aparecimento de lesões destrutivas de aspecto cuneiforme, estreitamento do espaço discal e fusão dos corpos vertebrais. Para a confirmação do diagnóstico de atividade deve-se usar como meios auxiliares os exames radiológicos, biópsias ganglionares e punção de abscessos, sempre tentando a confirmação bacteriológica das lesões. O quadro clínico é a tríade dor lombar, dor à palpação da coluna vertebral e sudorese noturna.

g) Tuberculose renal e outras

O sintoma clínico mais comum é a hematuria. O diagnóstico etiológico da atividade e da cura do comprometimento renal pela TB é realizado por meio de exames bacteriológicos e a confirmação da presença do *Mycobacterium tuberculosis* associada ao exame radiológico que revela lesões nos cálices, nos bacinetes e /ou ureteres.

A possibilidade dessa forma de TB levar à incapacidade definitiva está relacionada ao grau de comprometimento da função excretora renal (insuficiência renal) e deve assim ser considerada.

Outras formas de TB extrapulmonar - A TB também pode acometer outros órgãos e sistemas, como o caso de TB cutânea. O diagnóstico desses casos geralmente é difícil, exigindo alta suspeição clínica auxiliada por exames complementares. Esses casos são raros, devendo ser seguidos de forma individualizada.

Diagnóstico da Tuberculose

a) Diagnóstico Clínico

O diagnóstico clínico da TB se dá através da presença de sinais e sintomas típicos, sendo os mais frequentes tosse persistente, produtiva ou não (com muco e eventualmente sangue), febre vespertina, sudorese noturna e emagrecimento. A sintomatologia pode variar conforme o órgão acometido e o grau de imunodepressão do paciente.

b) Diagnóstico Bacteriológico

A pesquisa bacteriológica é de importância fundamental em adultos, tanto para o diagnóstico quanto para o controle de tratamento. A baciloscopia direta é o método mais simples e seguro para o diagnóstico e deve ser solicitada em todos os casos.

A cultura para micobactérias é um método de elevada especificidade e sensibilidade no diagnóstico da TB.

Nos casos pulmonares com baciloscopia negativa, a cultura do escarro pode aumentar em até 30% o diagnóstico bacteriológico da doença. Quando associada ao teste de sensibilidade a antimicrobianos permite identificação de cepas de micobactérias resistentes ao tratamento habitual.

c) Diagnóstico radiológico e a classificação das lesões conforme imagem

TB primária

Pode apresentar-se radiologicamente como um foco pulmonar e/ou um foco linfonodal satélite. O foco pulmonar habitualmente corresponde a pequena opacidade parenquimatosa, frequentemente unifocal, acometendo mais os lobos superiores, na infância, e os lobos médio e inferior, nos adultos.]

Pode ocorrer compressão extrínseca de via aérea pela linfonodomegalia com consequente atelectasia (epituberculose). Os segmentos mais comprometidos são o anterior dos lobos superiores e o medial do lobo médio (síndrome do lobo médio). A TB primária pode ainda se apresentar sob a forma de derrame pleural (raro na infância).

O aspecto miliar na radiografia de tórax pode ocorrer tanto na TB primária quanto na TB pós-primária e corresponde a um quadro de disseminação hematogênica da doença. Apresenta-se como pequenas opacidades nodulares medindo de 1mm-3mm de diâmetro, distribuídas de forma simétrica em até 90%

dos casos. Pode haver associação com opacidades parenquimatosas em até 40% dos casos, em crianças.

Linfonodomegalias são observadas em 95% das crianças e em cerca de 10% dos adultos.

TB pós-primária

Pequenas opacidades de limites imprecisos, imagens segmentares ou lobares de aspecto heterogêneo, pequenos nódulos e/ou estrias são aspectos sugestivos de TB pós-primária ou secundária. A evolução das imagens é lenta e a localização típica é feita nos segmentos posteriores dos lobos superiores e nos segmentos superiores dos lobos inferiores de um ou ambos os pulmões. Cavitação única ou múltipla, geralmente sem nível hidroaéreo, com diâmetro médio de 2 cm e que não costuma ultrapassar 5 cm é muito sugestiva, embora não exclusiva, de TB. Outras formas menos comuns de apresentação radiológica de TB pulmonar são a forma nodular (única ou múltipla), que simula a doença maligna, e a cavitação localizada atipicamente em lobo inferior, simulando abscesso pulmonar. O aspecto miliar pode ocorrer, assim como na TB primária.

TB secundária

Não há linfonodomegalia hilar satélite, entretanto, em pacientes infectados pelo HIV em fase avançada de imunossupressão, isso pode ocorrer. Deve ser lembrado que as manifestações radiográficas da TB associada ao HIV dependem do grau de imunossupressão do indivíduo. Aqueles com contagem de linfócitos CD4+ abaixo de 200 células/mm³ apresentam mais comumente manifestações atípicas, podendo a radiografia de tórax ser normal em até 20% dos casos.

Sequela de TB

Radiologicamente a sequela de TB se apresenta como nódulos pulmonares densos, com calcificação visível ou não, podem ser vistos em lobos superiores e região hilar. Estes nódulos podem ser acompanhados de cicatriz fibrótica que geralmente cursa com perda volumétrica do lobo. Espessamento pleural, uni ou bilateral, pode também ser visualizado. Bronquiectasias dos lobos superiores são também um achado comum da sequela de TB, embora inespecífico.

d) Diagnóstico com prova tuberculínica

A prova tuberculínica (PT) consiste na inoculação intradérmica de um derivado proteico do *M. tuberculosis* para medir a resposta imune e celular a esses antígenos. É utilizada em adultos e crianças para o diagnóstico da infecção latente pelo *M. tuberculosis* (ILTB). A interpretação da prova tuberculínica depende da

probabilidade de infecção latente, risco de adoecimento por TB, tamanho do endurecido (resposta da PT) e idade.

Outros métodos diagnósticos

Existem vários outros métodos auxiliares diagnósticos que podem ajudar no diagnóstico da TB, como a Tomografia computadorizada de alta resolução, ressonância magnética, o exame histopatológico que auxilia no diagnóstico das formas extrapulmonares de TB. Exames mais complexos como a biologia molecular, usados em casos mais específicos, geralmente de difícil diagnóstico devendo ser conduzido por profissionais mais experientes e serviços especializados.

Tratamento

Considerando, na atualidade, a grande possibilidade de cura dos processos tuberculosos quando diagnosticados em fase precoce e a boa evolução de suas lesões se tratadas corretamente, torna-se fundamental estabelecer a resposta ao tratamento e a noção de cura.

A TB ativa é dita curada quando, após o tratamento regular com esquema básico (rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol), durante seis meses, apresenta baciloscopia negativa no encerramento do caso.

Toda a informação referente à classificação, diagnóstico e manejo clínico da TB contidas nesse manual se refere ao Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil/Ministério da Saúde, publicado em 2011 (<http://www.saude.gov.br/tuberculose>).

Crítérios de Enquadramento

A presença da doença, por si só, não significa a existência de incapacidade laborativa. O que deve ser considerado é a situação do paciente em relação à fase de transmissão da doença, a repercussão geral no indivíduo e no desempenho das suas atividades.

Como recomendação, para conter a cadeia de transmissão da doença e pela questão do controle de infecção, o indivíduo com TB bacilífera (baciloscopia positiva), deve permanecer afastado do trabalho até possuir duas análises laboratoriais de baciloscopia negativas consecutivas e que ocorra recuperação clínica favorável do indivíduo, quando poderá ser julgado apto, a despeito da necessidade de continuação do tratamento pelo tempo necessário.

De modo a comprovar com segurança a atividade da doença, o perito deverá reavaliar o periculado ao término do tratamento, que tem a duração de seis meses, e basear suas conclusões em observações clínicas e exames subsidiários.

O parecer definitivo a ser adotado pela perícia para os portadores de lesões tuberculosas aparentemente sequelares ficará condicionado a um período de observação nunca inferior a seis meses, contados a partir do término do tratamento.

O servidor considerado curado em período inferior a 24 meses de licença para tratamento de saúde retornará ao serviço ativo.

O servidor que apresentar lesões em atividade após dois anos de afastamento do serviço para efetivo tratamento de saúde, e aquele em que ainda houver dúvida quanto ao estado evolutivo de suas lesões tuberculosas, após o mesmo período de tratamento, serão aposentados.

Ficam abrangidos pelo enquadramento legal os servidores que:

1. tenham adquirido ou venham a desenvolver formas resistentes de bacilos da TB, refratárias aos esquemas terapêuticos existentes;

2. na cura, por consequência da resolução cicatricial do processo, possam ter desenvolvido grande limitação funcional, comprometendo sua capacidade para o trabalho. Como exemplo, a sequela pulmonar em que ocorre importante redução da capacidade funcional respiratória (superior a 55% do volume corrente ou da capacidade pulmonar total) que imponha importante limitação física ao indivíduo;

3. forem portadores de lesões tuberculosas extrapulmonares serão avaliados pela perícia à luz dos critérios gerais descritos nesta norma e daqueles pertinentes a cada caso, conforme parecer das clínicas especializadas;

4. apresentarem outras sequelas das lesões tuberculosas, irreversíveis, graves e determinantes de invalidez definitiva.

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

A perícia, ao concluir pela incapacidade definitiva do servidor, deverá fazer constar dos laudos o diagnóstico de "Tuberculose Ativa", complementando com os dados que permitam o enquadramento legal, aplicável ao caso.

Cabe ao perito constatar o registro da notificação compulsória.

O laudo pericial deverá conter o nome da doença conforme especificado em lei bem como a data de início da doença e se há necessidade de reavaliação.

7- Recursos Administrativos

7. Recursos Administrativos

É a apresentação de pedidos de revisão do resultado da avaliação pericial.

Tipos de Recursos	Competência	Considerações
Reconsideração	Perito singular	O perito deve registrar no BIM do servidor o motivo do indeferimento. Caso o servidor não concorde com a decisão pericial terá o direito de interpor um pedido de reconsideração, que será dirigido à autoridade que houver proferido a decisão sendo a avaliação realizada pelo mesmo perito.
Recurso	COPEM	Na hipótese de novo indeferimento, o servidor poderá solicitar recurso, que deverá ser encaminhado a COPEM. Cabe recurso também, dirigido a COPEM, outras avaliações periciais, caso o servidor não concorde com o resultado.
Representação	Diretoria de Perícia Médica	Questionamento de titular do órgão de lotação ou exercício do servidor ou de gestor do RH, quanto ao parecer ou a conclusão da perícia médica.
prazos		
Reconsideração	5 dias úteis da data da conclusão do BIM	
Recurso	10 dias úteis da data da conclusão do BIM	
Representação	5 dias úteis da data da conclusão do BIM	
O recurso improvido implica em licença sem remuneração, no período compreendido entre o término da licença médica e a decisão do recurso, devendo o servidor retornar ao trabalho imediatamente.		

ANEXO I

Tabela de Parâmetros de Afastamento por Motivos de Doenças

Parâmetros de Afastamento por Motivos de Doenças

Capítulo I – Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias (A00-B9)

CID	Descrição	Afastamentos /Dias	
A05/A08 /A09	Gastroenterocolites	2	
A15	Tuberculose respiratória	30	
A15.0	Tuberculose pulmonar	30	
A15.6	Derrame pleural tuberculose	20	
A46	Erisipela	Simplex	10
		Bolhosa	15
A90	Dengue clássico	7	
B06	Rubéola	7	
B15/B16/B17/B18	Hepatites virais agudas, crônicas descompensadas e alcoólicas	30	
B26	Caxumba	10	
B26.8	Perotidite epidêmica com complicações – variável com o tipo de complicação	15	
B26.9	Perotidite epidêmica sem complicações – a partir da manifestação	10	

Capítulo II – Neoplasias [Tumores] (C00-D48)

CID	Descrição	Afastamentos /Dias	
Orientação geral do afastamento dependendo do tratamento C02/C06	Inoperável: encaminhamento para avaliação de aposentadoria operável	90	
	Operável	Irressecável: encaminhamento para avaliação de aposentadoria	90
		Ressecável	90
		Neoplasia boca/língua	90
C15	Neoplasia maligna do esôfago	90	
C16	Neoplasia maligna do estômago	90	
C18	Neoplasia maligna de cólon	90	
C22	Neoplasia maligna do fígado	90	
C25	Neoplasia maligna do pâncreas	90	
C34	Neoplasia para retirada de tumor de pulmão +Z54.0	90	

C50	Neoplasia maligna de mama	Quadrantectomia mamária + Z54.0	90
		Mastectomia + Z54.0	90
C62	Neoplasia maligna dos testículos	Orquiectomia + Z54.0x	90
C63	Neoplasia maligna de outros órgãos genitais masculinos		90
C67	Neoplasia maligna de bexiga – Cistectomia Z+54.0		90
C71	Cirurgia para retirada de tumor cerebral + Z54.0		90
C73	Neoplasia maligna da glândula tireóide	Pós-cirúrgico + Z54.0	90
		Pós-radioterapia Z51.0	8
		Quimioterapia Z51.1	8
		Exame de seguimento após tratamento por neoplasia maligna Z08 e Z12.8	30
D25	Leiomioma do útero	Miomectomia convencional + Z54.0	30
		Miomectomia videolaparoscópica + Z54.0	15
D30.3	Ressecção transuretral de tumor vesical (pólipos) + Z54.0		10

Capítulo IV – Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas (E00-E90)

CID	Descrição	Afastamentos /Dias
E03	Hipotireoidismo (descompensado e em início de reposição hormonal)	10
E04	Tireoidectomia parcial	15
E05	Hipertireoidismo (descompensado e em início de reposição hormonal) clínico supressivo	30
	Radioterápico	8
	Cirúrgico + Z54.0	15
E06.1	Tireoidite subaguda	10
E10	Diabetes insulino dependente descompensado e sintomático	7
E11	Diabetes não insulino dependente descompensado e sintomático	10
E24	Síndrome de Cushing	30

E66	Obesidade mórbida-cirúrgico (qualquer modalidade) + Z54.0	30
	Clínico (avaliar comorbidade)	30
E89.2	Hipoparatiroidismo pós-cirúrgico + Z54.0	30

Capítulo IV – Transtornos Mentais e Comportamentais (F00-F99)

CID	Descrição	Afastamento s /Dias
F00/F09	Transtornos mentais orgânicos, incluindo sintomáticos	30
F10/F19	Intoxicação aguda (0 até 2)	3
	Demais situações (3 até 9)	15
F20/F29	Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes	30
F30	Episódio maníaco	30
F31	Transtorno afetivo bipolar	30
F32	Episódio depressivo	20
F40	Transtornos fóbicos ansiosos	20
F41	Outros transtornos ansiosos (síndrome do pânico)	20
F42	Transtornos obsessivo-compulsivo	30
F43	Reação a estresse grave e transtorno de adaptação	15
F44	Transtornos dissociativos ou conversivos	7
F45	Transtornos somatoformes	7
F48	Outros transtornos neuróticos	7
F50	Transtornos de alimentação	20
F53.1	Psicose puerperal	30

Capítulo VI – Doenças do Sistema Nervoso (G00-G99)

CID	Descrição	Afastamento s /Dias
G00	Meningite bacteriana	20
G02.0	Outras meningites (virais)	10
G05	Outras doenças inflamatórias do SNC (encefalite, mielite e encefalomielite)	60
G20	Doença de Parkinson	30
G21	Parkinsonismo secundário (agentes externos, medicamentos)	30
G30	Doença de Alzheimer	90

G31	Outras doenças degenerativas do SNC (ex.: álcool)	90
	Descompressão do nervo facial por via translabiríntica + Z54.0	90
G35	Esclerose múltipla (crise de agudização)	30
G40	Epilepsia (crise isolada)	5
G43	Enxaqueca	2
G45	Acidente vascular cerebral isquêmico transitório	15
G50.0	Nevralgia do trigêmeo	15
G51	Descompressão do nervo facial por via mastoidea + Z54	30
G51.0	Paralisia facial periférica (Paralisia de Bell)	30
G53.0	Nevralgia pós-zoster	15
G56	Cirurgia por síndrome do túnel do carpo + Z54.0	30
G56.0	Síndrome do túnel do carpo moderada e grave	15
G57.0	Lesão do nervo ciático	15
G58.0	Neuropatia intercostal	15
G61	Polineuropatia inflamatória (S. de Guillain-Barré)	60
G62.1	Polineuropatia alcoólica	60
G63.3	Polineuropatia em doenças endócrinas e metabólicas	60
G70.0	Miastenia gravis	60
G91	Hidrocefalia (shunt de líquido cefalorraquidiano – Z98.2)	60
G99.1	Simpatectomia + Z54.0	30

Capítulo VII – Doenças do Olho e Anexos (H00-H59)

CID	Descrição	Afastamento s /Dias
H01	Blefarite infecciosa	3
H04	Cirurgia do aparelho lacrimal + Z54.0	10
H04.0	Dacriadenite	7
H04.3	Dacriocistite aguda	7
	Canaliculite	5
H05	Transtornos da órbita (celulite)	15
H10	Conjuntivite	5
H10.5	Blefarconjuntivite	7
H11.0	Cirurgia ára exérese de pterígeo + Z54.0	10
H15	Transtornos da esclerótica	7

H16	Retirada de corpo estranho de córnea se estiver com úlcera de córnea + Z48	7
H16.0	Úlcera de córnea	7
H16.1	Ceratite sem conjuntivite	5
H16.2	Ceratoconjuntivite	7
H16.3	Ceratite interna e profunda	10
H20	Iridociclite	15
H28	Cirurgia de catarata + Z54.0	30
	Cirurgia para correção de catarata (facectomia) + Z54.0	30
H30/H30.0/H30.1/H30.2	Inflamações coriorretinianas (uveíte posterior)	30
H33	Deslocamentos e defeitos da retina	30
	Cirurgia para correção de deslocamentos e defeitos da retina + Z54.0	30
H34	Oclusões vasculares da retina (com diminuição da visão)	30
H35	Outros transtornos da retina com diminuição da visão	15
H35.6	Hemorragia retiniana	30
H36.0	Retinopatia diabética (com procedimento)	15
H40	Glaucoma	15
	Cirurgia para correção de glaucoma + Z54.0	30
H43.1	Hemorragia	30
H44.0	Endoftalmite purulenta	30
H46	Neurite óptica	30
H49	Cirurgia para correção de estrabismo + Z54.0	10
H52	Cirurgia para correção de vício de refração Z54.0	3

Capítulo VIII – Doenças do Ouvido e da Apófise Mastóide (H60-H95)

CID	Descrição	Afastamento s /Dias
H60	Otite externa aguda (quadros severos e dolorosos)	3
H65/70	Timpanomastoidectomia	30
	Mastoidectomias associadas ou não a timpanoplastias	30
H65	Otite média aguda não supurada	5
	Miringoplastia para colocação de tubo de ventilação + Z54.0	5
H66	Otite média aguda supurada	3

H72/H73	Timpanoplastia + Z54.0	20
H80	Estapedectomia + Z54.0	30
H82	Síndromes vertiginosas em doenças classificadas em outra parte (em crise de agudização)	15
H91	Surdez súbita	30
H93.3	Exérese de neurinoma do nervo acústico + Z54.0	90

Capítulo IX – Doenças do Aparelho Circulatório (I00-I99)

CID	Descrição	Afastamentos /Dias
I01	Febre reumática com comprometimento do coração (cardite reumática)	30
I10	Hipertensão arterial PA até 150/110	2
	PA acima de 150/110	7
I11	Doença cardíaca hipertensiva	20
I20	Angina tratamento clínico	20
	Revascularização miocárdica – a partir da data da cirurgia	90
I21	Infarto agudo do miocárdio sem complicação	30
	Revascularização miocárdica – a partir da cirurgia + Z54.0	90
I22	Infarto do miocárdio recorrente	30
	Revascularização miocárdica – a partir da data da cirurgia + Z54.0	90
I23	Infarto agudo do miocárdio com complicação	60
I30	Pericardite aguda	30
	Revascularização do miocárdio + Z54.0	90
I33	Endocardite aguda	60
I40	Miocardite aguda	60
I44	Bloqueio A-V/bloqueio de ramo esquerdo	10
I47	Taquicardia paroxística	5
I49	Outras arritmias (taquiarritmias)	5
I50	Insuficiência congestiva crônica descompensada	30
I60	Hemorragia subaracnóidea (aneurisma roto, acidente vascular, hemorrágico + Z54)	60
I71	Aneurisma de aorta + Z54.0	60
I73	Revascularização de membros inferiores + Z54.0	60
I80.0	Tromboflebite de veias superficiais dos membros inferiores	7

I80.2	Trombose venosa profunda dos membros inferiores		30
I83	Cirurgia de varizes com raqui ou peridural + Z54.0		15
	Cirurgia de varizes com anestesia local + Z54.0		7
	Safenectomia radical + Z54.0		30
I84	Hemorroidectomia (convencional) + Z54.0		30
	Hemorroidas		5
I85.0	Varizes de esôfago – com sangramento		7
I86.1	Cirurgia para correção de varicocele + Z54.0		20
I89.0	Linfedema	Não exige ortostatismo	-----
		Exige ortostatismo prolongado	Avaliação do especialista
		Casos complicados (geralmente por erisipela)	15

Capítulo X – Doenças do Aparelho Respiratório (J00-J99)

CID	Descrição	Afastamento s /Dias
J00	Ivas	3
J01	Sinusopatia aguda	5
J02	Faringite aguda viral	3
J03	Amigdalite aguda viral	3
	Amigdalite aguda bacteriana	7
J04	Laringite ou traqueítes agudas virais	3
	Laringite ou traqueítes agudas virais em professores	7
	Laringite ou traqueítes agudas bacterianas	7
J11	Gripe não complicada	3
J12/J16	Pneumonia	10
J18.0	Broncopneumonia	10
J20	Bronquite aguda	5
J21	Bronquiolite	7
J30	Rinopatia alérgica ou vasomotora em vigência de crise de agudização	3
	Em casos severos e se o fator desencadeante estiver presente, como em reformas das unidades de trabalho, afastamento até o término de reforma, enquanto o servidor estiver exposto ao fator de risco desencadeante do quadro	
J34.2	Septoplastias por desvio do septo nasal + Z54.0	15

	Em se tratando de funções que exijam sobrecarga física do servidor	21
J34.3	Turbinectomia + Z54.0	15
J35	Amigdalectomia + Z54.0	10
J36	Abscesso amigdaliano	10
J38	Cirurgia de cordas vocais + Z54.0	30
J41	Bronquite crônica (agudização)	10
J44.1	Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas (DPOC em agudização)	7
J45	Asma (crise)	5
	O período poderá ser aumentado em caso de reforma na unidade	
J47	Bronquiectasia (infectada)	15
J85.1	Pneumonia com abscesso	30
J85.2	Abscesso do pulmão	30
J91	Pneumonia com derrame	20
J93	Pneumotórax	15

Capítulo XI – Doenças do Aparelho Digestivo (K00-K93)

CID	Descrição	Afastamento s /Dias
K11	Submandibulite e parotidite aguda não epidêmica	3
K12	Estomatites	3
K21.0	Esofagite de refluxo dias	2
K22.1	Esofagite erosiva – com sangramento	7
K25/K26	Úlcera gástrica ou duodenal	5
K25.4	Úlcera gástrica – com sangramento	10
K29	Gastrite	2
K29.0	Gastrite aguda (erosiva) – com hemorragia	7
K35.1	Apendicectomia no adulto + Z54.0	30
K40	Herniorrafia inguinal + Z54.0	30
	Herniorrafiainguinoescrotal + Z54.0	30
K42	Herniografia umbilical + Z54.0	15
K43	Herniorrafia epigástrica + Z54.0	20
K40/K46	Herniorrafia incisional + Z54.0	30
K40/K46	Herniorrafia por videolaparoscopia + Z54.0	15
K50	Doença de Crohn – em atividade	10
K51	Retocolite ulcerativa – em atividade	15
K57	Doença diverticular do intestino – em atividade	7
K60	Fistulectomia + Z54.0	30

K60	Fissura das regiões anal e retal	5
K61	Abscesso das regiões anal e retal	7
K74	Cirrose hepática descompensada	60
K80.0	Colecistectomia convencional + Z54.0	30
	Colecistectomia Videolaparoscópica + Z54.0	15
	Calculose da vesícula biliar com colecistite aguda	7

Capítulo XII – Doenças da Pele e do Tecido Subcutâneo (L00-L99)

CID	Descrição	Afastamento s /Dias
L01	Impetigo / impetiginização de outras dermatoses	7
L02	Abscesso cutâneo	7
L03	Celulite (flegmão)	10
L05	Cisto pilonidal / caso haja procedimento (drenagem)	15
L08.0	Piodermite	7
L14	Herpes zoster + B02.9	15
L20	Dermatite atópica quando agudizada	5
L23	Dermatite alérgica de contato (devendo ser considerada a função exercida)	7
L40	Psoríase quando agudizada e extensa	10
L52	Eritema nodoso – para diagnóstico da doença de base	15
L60.0	Unha encravada (com procedimento e considerada a função)	5
L97	Úlcera de estase	15
L98.0	Granuloma Piogênico	5

Capítulo XIII – Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo (M00-M99)

CID	Descrição	Afastamento s /Dias
M05	Artrite reumatoide (em atividade)	15
M10	Artrite gotosa	8
M13.0	Poliartrite não especificada	10
M13.2	Artrite não especificada	10
M16.7	Artroplastias de quadril por atrose + Z54.0	90

M17.9	Arttoplastia de joelho por artrose + Z54.0	90
M20.1	Correção de hálux valgo + Z54.0	45
M22.4	Condromalácia da rótula	15
M23	Transtornos internos do joelho	15
M23.5	Artroscopia para reparação ligamentar + Z54.0	60
M23.9	Artroscopia diagnóstica + Z54.0	10
	Artroscopia (para outros procedimentos) + Z54.0	30
M25.4	Derrame articular	15
M32	Lupus eritematoso disseminado (sistêmico)	15
M43.1	Espondilodite (com sintomatologia)	15
M45	Espondilite anquilosante (sintomatologia)	30
M43.6	Torcicolo	3
M50/M51	Transtornos dos discos vertebrais (com radiculopatia)	15
	Transtornos dos discos cervicais e outros transtornos dos discos intervertebrais	15
	Laminectomia (hérnia de disco) + Z54.0	60
M54.2	Cervalgia	3
M54.3	Ciática	15
M54.4	Lombociatalgias agudas	15
M54.5	Lombalgias	5
M62.6	Distensão muscular	10
M65	Sinovite e Tenossinovite	7
M65.9	Tenólise + Z54.0	15
M71.2	Cisto sinovial do espaço poplíteo (com sintomatologia)	5
M71.3	Retirada de cisto sinovial de punho + Z54.0	15
M71.9	Bursopatia não especificada	15
M72.2	Faciíte plantar	10
M75.1/M75.4	Lesões do ombro	30
M79.0	Fibromialgia (quadro doloroso inicial)	20
M86	Osteomielite	30
M86.4	Osteomielite crônica com seio drenante	90
M87	Osteonecrose	30
	Da cabeça do fêmur, côndilo do fêmur e platô tibial	90
M90.0	Tuberculose óssea (em atividade)	60
M96.1	Síndrome pós-laminectomia não classificada em outra parte (com subsídios)	30

Capítulo XIV – Doenças do Aparelho Geniturinário (N00-N99)

CID	Descrição	Afastamentos /Dias
N00/N03	Glomerulonefrite	20
N04	Síndrome nefrótica	60
N10/N16	Pielonefrite	10
N13	Uropatia obstrutiva e por refluxo	7
N17	Insuficiência renal aguda	90
N18	Insuficiência renal crônica com encaminhamento para aposentadoria	90
N20	Calculose renal	7
N20/N23	Nefrolitotomia + Z54.0	60
	Ureterolitotomia + Z54.0	60
	Retirada de cálculo por via endoscópica + Z54.0	7
	Litotripsia extracorpórea + Z54.0	5
N21.0	Cislotitotomia + Z54.0	40
	Ureterolitotomia + Z54.0	60
N28.8	Nefropexia + Z54.0	30
N29.8	Ureterocistoplastia + Z54.0	40
N30	Cistite	3
N34	Uretrites	3
N35	Uretrotomia interna (estenose de uretra) + Z54.0	30
	Dilatação uretral: dias + Z43	2
N40	Hiperplasia de próstata (com sintomatologia obstrutiva)	10
N41.0	Prostatite aguda	7
N43	Hidrocelectomia + Z54.0	15
N44	Torção de testículo + Z54.0	15
N45	Orquite e epididimite	7
N47	Postectomia + Z54.0	5
N61	Transtornos inflamatórios da mama (casos com sinais flogísticos, associados à infecção)	7
N63	Exérese de nódulo mamário + Z54.0	10
N70	Salpingite e oofirite quando agudas	7
N73	Doença inflamatória pélvica (parametrite, celulite pélvica e pelvipertonite)	15
N75	Bartholinectomia + Z54.0	15
	Doença da glândula de Bartholin (bartholinite)	7
N76.4	Abscesso vulvar	10

N80	Endometriose (com sintomatologia, ocorre no período pré-menstrual)	3
N81	Colpoperineoplastia + Z54.0	30
N88.3	Circlagem por incompetência istmo-cervical com posterior reavaliação + Z54.0	7
	Incompetência istmocervical – com prorrogação	90
N92	Metrorragia (com patologia de base, mioma, adenomiose, pólio endometrial)	3
N97	Infertilidade: em caso de realizar tratamento para fertilização (Z31.1)	15

Capítulo XV – Gravidez, Parto e Puerpério (O00-O99)

CID	Descrição	Afastamento s /Dias
O00	Cirurgia para gravidez tubária convencional + Z54.0	30
	Videolaparoscópica para gravidez tubária + Z54.0	15
	Gravidez ectópica (em caso de laparoscopia)	15
	Gravidez ectópica (em caso de laparotomia)	30
O01	Mola hidatiforme (em caso de curetagem)	10
O06	Curetagem por abortamento + Z54.0	10
	Microcesária + Z54.0	30
O10	Hipertensão preexistente complicando gravidez	15
O13/O14	Pré-eclampsia	15
O20	Ameaça de aborto	15
O21	Hiperemese gravídica	3
O22	Complicações venosas na gravidez (tromboflebite)	15
O23	Infecção urinária na gestação	10
O24	Diabetes na gestação	10
O44	Placenta prévia	15
O60	Trabalho de parto prematuro	15

Capítulo XVII – Malformações Congênitas, Deformidades e Anomalias Cromossômicas (Q00-Q99)

CID	Descrição	Afastamento s /Dias
Q54	Cirurgia para correção de hipospádia no adulto + Z54.0	30

Capítulo XVIII – Sintomas, Sinais e Achados Anormais de Exames Clínicos e de Laboratório Não Classificados em Outra parte (R00-R99)

CID	Descrição	Afastamento s /Dias
R49.0	Disfonia sem outras alterações	3

Capítulo XIX – Lesões, Envenenamento e Algumas Outras Consequências de Causas Externas (S00-T98)

CID	Descrição	Afastamento s /Dias
S12.9	Fratura da coluna lombar/cervical Z54.0	90
	Fratura de vértebras cervicais	60
	Coluna cervical	90
S22.0	Fratura de vértebras torácicas (com imobilização)	30
S22.3	Fratura de arco-costal	20
S32.0	Fratura de vértebras lombares (com imobilização)	30
S32.8	Fratura de bacia + Z54.0	60
S42	Fratura de ombro e braço	30
S42.0	Fratura de clavícula + Z54.0	45
S43	Luxação de ombro / clavícula / braço	30
	Luxação recidivante de ombro + Z54.0	60
S46	Tenorragia do ombro + Z54.0	60
S52	Fratura dos ossos do antebraço (rádio e ulna)	45
	Olecrano	30
S52.0	Fratura do cotovelo + Z54.0	60
S52.5	Fratura do úmero + Z54.0	60
	Fratura de Colles + Z54.0	45
S53.1	Luxação de cotovelo	30
S62.0	Fratura de escafoide + Z54.0	60
S62.3	Fratura de metacarpianos + Z54.0	45
	Fratura de metacarpiano com imobilização	30
S62.6	Fratura de falanges	15
S63.1	Luxação de dedos da mão	15
S63.3	Tenorragia do punho e da mão + Z54.0	40
S63.5	Entorse de punho	7
S72.0	Fratura de quadril / colo do fêmur + Z54.0	90
S72.1	Arroplastias de quadril por fratura + Z54.0	90

S72.8	Supracondiliana de fêmur	60
S73.0	Luxação do quadril	60
S82/S83	Artroscopia do joelho (outras) + Z54.0	30
S82.0	Cirurgia de rótula com osteossíntese + Z54.0	45
	Fratura da rótula	30
	Cirurgia de rótula com osteossíntese + Z54.0	90
S82.1	Fratura de platô tibial + Z54.0	90
	Fratura de platô tibial com imobilização	45
S82.1/S72.4	Artroplastia de joelho por fratura + Z54.0	90
S82.2/S82.3	Fratura da tíbia	60
S82.4	Fratura isolada da fíbula	30
S83	Entorse de joelho	7
S82.5/S82.6	Fratura de maléolo	60
S83.4	Correção de ligamentos colaterais do joelho (aberta) + Z54.0	90
S83.5	Correção do ligamento cruzado anterior (aberta) + Z54.0	90
S83/S64	Artroscopia do joelho (para correção de ruptura de ligamento) + Z54.0	60
S83	Tenorrafia aberta de ligamentos do joelho + Z54.0	60
	Realinhamento de patela + Z54.0	45
S86.0	Tenorrafia do tendão de Aquiles + Z54.0	90
S92.0	Fratura de calcâneo / tálus + Z54.0	90
	Fratura de calcâneo (com imobilização)	60
S92.2	Fratura de ossos do tarso com imobilização	30
S92.3	Fratura de metatarsianos + Z54.0	30
S92.5	Pododáctilos	15
S93	Entorse de tornozelo	7
S93.0	Luxação tíbio-társica (tornozelo)	60
T12	Osteossíntese de fêmur + Z54.0	90
	Osteossíntese de tíbia + Z54.0	90
	Queimaduras e corrosões da superfície externa do corpo, especificação por local	
T20/T25	2º grau	5
	3º grau	15
T78.3	Urticária gigante	3
T82.0	Troca de válvula cardíaca (se biológica) + Z54.0	60
	Troca de válvula cardíaca (se metálica) + Z54.0	90
T82.1	Troca de gerador do marca-passo + Z54.0	15

Capítulo XXI – Lesões, Envenenamento e Algumas Outras Consequências de Causas Externas (S00-T98)

CID	Descrição	Afastamento s /Dias
Z03.8	Artroscopia do joelho (diagnóstica)	7
Z13.6	Cateterismo	7
Z13.9	Cistoscopia diagnóstica	2
Z41	Plástica mamária	30
	Dermolipectomia	40
	Lipoaspiração / Lipoescultura	20
	Rinoplastia	20
	Blefaroplastia	7
	Ritidoplastia	20
	Vasectomia	3
Z48.0	Retirada de corpo estranho de córnea + W44	3
Z89.9	Amputação de membros	60
Z94.7	Transplante de córnea	30
Z95.0	Implante de marca-passo	15
Z95.5	Angioplastia sem complicação	15
	Colocação de "stent" em angioplastia sem complicação	15

Procedimento sem CID Específico

CID	Descrição	Afastamento s /Dias
Ginecológicas e obstétricas		
	Cirurgia de Werthein-Melgs (pan-histerectomia + linfadenectomia)	60
	Histerectomia total abdominal	45
	Histerectomia subtotal	30
	Histerectomia vaginal	30
	Anexectomia / ooforectomia convencional	30
	Anexectomia / ooforectomia videolaparoscópica	15
	Curetagem de prova	5
Urológicas		
C61/D29.1	Prostectomia convencional	45
C61/D29.1	Prostectomia transversal	30

	Ressecção transuretral de próstata	30
	Ressecção transvesical de próstata	45
	Ressecção transuretral de tumor vesical (pólipos)	10
	Cistectomia	90
	Nefrectomia	60
	Orquiectomia	10

Parâmetros de Afastamento por Motivos Odontológicos

Capítulo I – Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias (A00-B99)

CID	Descrição	Afastamento s /Dias
A69.1	Gengivite ulceronecrosante aguda (gunga)	7
B00.2	Gengivoestomatite herpética (herpes simples)	3
B37.0	Estomatite por Cândida	3

Capítulo VI – Doenças do Sistema Nervoso (G00-G99)

CID	Descrição	Afastamento s /Dias
G50.0	Nevralgia do trigêmeo	15
G50.1	Dor facial atípica	15

Capítulo XI – Doenças do Aparelho Digestivo (K00-K93)

(K00-K14: Doenças da Cavidade Oral, das Glândulas Salivares e dos Maxilares)

CID	Descrição	Afastamento s /Dias
K00.1	Dentes supranumeráticos + Z54.0	5
K01.0	Dentes inclusos	5
K01.1	Dentes impactados	5
K04.0	Pulpite	3
K04.1	Necrose da polpa	3
K04.4	Periodontite apical aguda de origem pulpar	3
K04.5	Periodontite apical crônica + Z54.0	5
K04.6	Abscesso periapical com fístula	3
K04.7	Abscesso periapical sem fístula	3
K04.8	Cisto radicular + Z54.0	3

K05.1	Gengivite crônica + Z54.0	3
K05.2	Periodontite aguda	3
K05.3	Periodontite crônica + Z54.0	5
K05.4	Periodontose + Z54.0	3
K06.1	Hiperplasia gengival + Z54.0	5
K06.2	Lesões da gengiva e do rebordo alveolar sem dentes, associadas a traumatismos	3
K06.8	Outros transtornos especificados da gengiva e do rebordo alveolar sem dentes + Z54.0	3
K07.0	Anomalias importantes (major) do tamanho da mandíbula + Z54.0	45
K07.1	Anomalias da relação entre a mandíbula com a base do crânio + Z54.0	45
K07.2	Anomalias da relação entre as arcadas dentárias + Z54.0	45
K07.6	Transtornos da articulação temporomandibular	5
K08.1	Perda de dentes devido a acidente, extração ou a doenças periodontais localizadas	3
K08.2	Atrofia de rebordo alveolar sem dentes + Z54.0	5
K08.3	Raiz dentária retirada + Z54.0	3
K09.0	Cistos odontogênicos de desenvolvimento + Z54.0	7
K09.1	Cistos de desenvolvimento (não-odontológico) da região bucal + Z54.0	7
K09.2	Outros cistos das mandíbulas + Z54.0	7
K09.8	Outros cistos da região oral não classificados em outra parte + Z54.0	7
K10.0	Transtornos do desenvolvimento dos maxilares + Z54.0	7
K10.1	Granuloma central de células gigantes + Z54.0	3
K10.2	Afecções inflamatórias dos maxilares	7
K10.3	Alveolite maxilar	7
K10.8	Outras doenças especificadas dos maxilares	30
K11.2	Sialadente + Z54.0	15
K11.3	Abscesso da glândula salivar + Z54.0	15
K11.4	Fístula de glândula salivar + Z54.0	15
K11.5	Sialolitíase + Z54.0	15
K11.6	Mucocele de glândula salivar + Z54.0	7
K11.8	Outras doenças das glândulas salivares + Z54.0	30
K11.9	Doença de glândula salivar, sem outra especificação + Z54.0	30
K12.2	Celulite e abscesso da boca	7

K13.2	Leucoplasia e outras afecções do epitélio oral, inclusive da língua + Z54.0	5
K13.3	Leucoplasia pilosa + Z54.0	5
K13.4	Lesões granulomatosas e granulomatóides da mucosa oral + Z54.0	3
K13.5	Fibrose oral submucosa + Z54.0	5
K13.7	Outras lesões e as não especificadas da mucosa oral	3
K14.5	Língua escrotal + Z54.0	30
K14.8	Outras doenças da língua + Z54.0	30

Capítulo XII – Doenças da Pele e do Tecido Subcutâneo (L00-L99)

CID	Descrição	Afastamento s /Dias
L14	Herpes labial sem infecção secundária + B00.1	3
	Com infecção secundária + B00.1	7

Capítulo XIII – Doenças da Pele e do Tecido Subcutâneo (M00-M99)

CID	Descrição	Afastamento s /Dias
M86	Osteomielite	30

Capítulo XVII – Malformações Congênitas, Deformidades e Anomalias Cromossômicas (Q00-Q99)

CID	Descrição	Afastamento s /Dias
Q36	Fenda labial + Z54.0	45
Q37	Fenda labial com fenda palatina + Z54.0	45
Q38.1	Anquiloglossia + Z54.0	15

Capítulo XIX – Lesões, Envenenamento e Algumas Outras Consequências de Causas Externas (S00-T98)

CID	Descrição	Afastamento s /Dias
S02.4	Fratura dos ossos malares e maxilares	30
S02.5	Fratura de dente	3
S02.6	Fratura de mandíbula	30

S02.8	Outras fraturas do crânio e dos ossos da face	30
S03.0	Luxação de articulação têmporo-mandibular	5
S03.2	Luxação dentária	3
S03.4	Entorse e distensão do maxilar-articulação têmporo-mandibular-ligamento têmporo-mandibular	5
T85.7	Infecção e reação inflamatória devido a outros dispositivos protéticos, implantes e enxertos internos	3

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Lei Federal n. 7.713/88;

Lei Federal n. 9.250/95;

Lei Estadual n. 1.102/90;

Lei Estadual n. 3.150/05;

Decreto Federal n. 3.000/99;

Decreto Estadual n. 15.855/02;

Súmula 627-STJ/2018;

Decisão PGE/MS/GAB/N. 002/22;

Manual de Perícia Oficial do Servidor Público Federal – 3ª Edição.