

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria-Executiva
Subsecretaria de Assuntos Administrativos

Manual de Perícia Médica

Série A. Normas e Manuais Técnicos

2.^a edição revista



Brasília – DF
2005

© 1998 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pela cessão dos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da Coordenação-Geral de Recursos Humanos.

Série A. Normas e Manuais Técnicos

Tiragem: 2.ª edição revista – 2005 – 2.500 exemplares

Edição, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria-Executiva
Subsecretaria de Assuntos Administrativos
Coordenação-Geral de Recursos Humanos
Esplanada dos Ministérios, bloco G
Edifício Anexo, térreo
CEP: 70058-900, Brasília – DF
Tel.: (61) 315 2327
Fax: (61) 226 5773

Revisão Técnica

Vera Regina Pasquali Peixoto

Coordenação – 1.ª Edição:

Eugênio Cesar Fonteles Cabral – Distrito Federal

Coordenação – 2.ª Edição:

Vera Regina Pasquali Peixoto – Distrito Federal
Eugênio Cesar Fonteles Cabral – Distrito Federal
Islande Braga de Santo Antonio – Distrito Federal

Comissão Nacional De Elaboração – 1.ª Edição:

Antônio Ulisses Gavazzoni – Paraná
Maria José Espindola – Alagoas
Vera Regina Pasquali Peixoto – Distrito Federal
Francisco Floriano Delgado Perdigão – Ceará
Pedro Duarte Silveira – Rio de Janeiro
Pedro Wanderley de Aragão – Maranhão

Colaboradores – 1.ª Edição:

Helton Jeveaux Pereira
Carlos Alberto Pinton
Ricardo Soares dos Santos
Arlete Moura da Silva
Patrícia Esteva Monteiro

Colaboradores – 2.ª Edição:

Médicos Peritos do Ministério da Saúde
Participantes do II Encontro de Médicos
Peritos – MS/DF – Outubro de 2004

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos
Coordenação-Geral de Recursos Humanos
Manual de Perícia Médica / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de
Assuntos Administrativos, Coordenação-Geral de Recursos Humanos. – 2. ed. rev. – Brasília:
Ministério da Saúde, 2005.

128 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

ISBN 85-334-0880-3

1. Saúde Pública. 2. Perícia médica. 3. Saúde ocupacional. I. Título. II. Série.

NLM WA 525-546

Catálogo na fonte – Editora MS – OS 2005/0084

Títulos para indexação:

Em inglês: Medical Inspection Manual

Em espanhol: Manual de Peritaje Médico

EDITORA MS

Documentação e Informação

SIA trecho 4, lotes 540/610

CEP: 71200-040, Brasília – DF

Tels.: (61) 233 1774/2020 Fax: (61) 233 9558

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Home page: www.saude.gov.br/editora

Equipe editorial:

Normalização: Andréa Campos

Revisão: Lillian Alves Assunção

Marjorie Tunis Leitão

Capa e projeto gráfico: Marcus Monici

SUMÁRIO

Apresentação _____	5
Conceitos Básicos para Avaliação Pericial da Capacidade Laborativa _____	7
Relação do Médico-Perito com a Instituição _____	8
Relação do Perito com o Periciado _____	9
Exame Médico-Pericial _____	10
Quesitos do Laudo _____	12
Procedimentos do Grupo de Perícia Médica _____	19
Atribuições Gerais _____	19
Atribuições Especiais _____	21
Caracterização de Acidente de Trabalho ou de Doença Profissional _____	23
Licença para Tratamento de Saúde do Servidor _____	26
Licença à Gestante _____	29
Remoção de Servidor por Motivo de Saúde _____	31
Aposentadoria por Invalidez _____	31
Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família _____	32
Readaptação Funcional (Art. 24 da Lei n.º 8.112/90) _____	33
Pedido de Reconsideração _____	34
Servidores em Trânsito _____	35
Disposições Gerais _____	35
Doenças Enquadradas no Parágrafo 1.º do Artigo 186 da Lei n.º 8.112/90 _____	39
Alienação Mental _____	39
Cardiopatia Grave _____	43
Cegueira Posterior ao Ingresso no Serviço Público _____	47
Doença de Parkinson _____	49
Esclerose Múltipla _____	50

Espondiloartrose Anquilosante _____	52
Estados Avançados da Doença de Paget (Osteíte Deformante) _	54
Hanseníase _____	54
Nefropatia Grave _____	57
Neoplasias Malignas _____	58
Paralisia Irreversível e Incapacitante _____	60
Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Sida/Aids) _____	61
Tuberculose Ativa _____	65
Orientações Legais _____	71
Referências Bibliográficas _____	73
Anexo 1 – Cardiopatia Grave – Consenso Nacional da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) _____	75
Anexo 2 – Interdição de Servidores Acometidos de Alienação Mental _____	93
Anexo 3 – Critérios para Comprovação de Deficiência Física _____	97
Anexo 4 – Legislação sobre Isenção de Imposto de Renda _____	101
Hepatopatia Grave _____	104
Anexo 5 – Formulários _____	111

APRESENTAÇÃO

O servidor público federal tem direitos legais concernentes à preservação de sua saúde e ao tratamento das doenças de qualquer natureza. É também amparado quando necessita afastar-se para acompanhar familiar enfermo e pode também ser aposentado quando sua enfermidade não é passível de readaptação.

Esses e outros direitos são previstos pela Lei n.º 8.112/1990, modificada pela Lei n.º 9.527/1990.

Assegurar essas prerrogativas é missão dos serviços de perícia médica.

O objetivo deste Manual é uniformizar e estabelecer critérios para que a lei seja corretamente interpretada, de sorte que tanto o órgão empregador quanto o trabalhador fiquem juridicamente resguardados.

O presente instrumento é produto de dois anos de revisão bibliográfica, de atualização em legislação e da experiência adquirida pela Junta Médica do Ministério da Saúde.

A versão final do Manual foi obtida após o II Encontro do Ministério da Saúde de Médicos Peritos do Ministério da Saúde, realizado pelo Serviço de Perícia Médica deste, no período de 18 a 20 de outubro de 2004, em Brasília – DF.

O referido conclave permitiu dirimir dúvidas e normatizar os procedimentos em perícia médica no âmbito deste Ministério.

A participação de representantes de todos os Núcleos Estaduais do Ministério da Saúde e o apoio da Coordenação

de Atenção Integral à Saúde do Servidor – Distrito Federal foram fundamentais para a elaboração do real e efetivo documento.

Assinalo o particular esforço e o desmedido empenho de toda a equipe envolvida. O objetivo agora é implementar, na prática, as orientações oriundas da legislação existente sobre o assunto.

É mister ainda considerar a irrestrita disposição de acatar as futuras mudanças que possam ocorrer na legislação.

Agradeço à equipe da Secretaria-Executiva/MS, a Coder/CGRH e à CAS/CGRH que na época acreditaram e viabilizaram o presente trabalho.

Manual de Perícia Médica

Dr. Antonio Alves de Souza

Secretário-Executivo do Ministério da Saúde

CONCEITOS BÁSICOS PARA AVALIAÇÃO PERICIAL DA CAPACIDADE LABORATIVA

Considera-se incapacidade laborativa a impossibilidade de desempenho de atividades específicas de cargos ou empregos, decorrentes de alterações patológicas conseqüentes de doenças ou acidentes.

Deverão ser sempre considerados, dentro do critério de avaliação da incapacidade, o agravamento da doença, o risco de vida, pessoal ou para terceiros, que a continuação do trabalho possa acarretar dentro das condições em que ele é executado pelo servidor.

No critério de avaliação de incapacidade laborativa, consideram-se os seguintes elementos: alterações mórbidas, exigências profissionais e dispositivos legais. A incapacidade pode ser temporária, quando a recuperação é esperada dentro de prazo previsível; ou permanente, quando o servidor for considerado incapaz e insusceptível de reabilitação para o exercício da atividade inerente ao cargo ou em função correlata, com execução de tarefas acessórias ao seu grupo ocupacional, por não se dispor de recursos terapêuticos disponíveis no momento do parecer.

A incapacidade permanente ou invalidez acarreta a aposentadoria, por tornar o servidor incapaz de prover a sua subsistência.

Poderá, ainda, a invalidez ser considerada total ou parcial; se por um lado o entendimento é facilitado para o critério de incapacidade total, não o é para o parcial, quando a tarefa pode ser executada sem risco de vida ou agravamento da doença, envolvendo, todavia, a qualidade do trabalho, uma baixa produtividade, portanto, menor eficiência.

A conclusão da avaliação da incapacidade, com base em exame pericial, deverá ser a mais rápida possível, sendo permitidos diagnósticos sindrômicos ou sintomáticos, diante de incapacidade flagrante.

Na impossibilidade do estabelecimento de diagnóstico nosológico, os prazos de afastamento deverão ser suficientes apenas para a realização de exames complementares ou que permitam o processamento da licença ou benefício, a fim de não retardar o pagamento dos servidores.

A presença da doença, por si só, não significa a existência de incapacidade laborativa, o que importa é a sua repercussão no desempenho das atividades.

A avaliação médico-pericial poderá ser decisiva nos processos de licença, aposentadoria, etc., mas a sua concessão prevista em ato específico é atribuição da autoridade. O médico-perito deve limitar-se a fazer referência à capacidade ou incapacidade, mas nunca à sua concessão, que está fora de sua alçada.

RELAÇÃO DO MÉDICO-PERITO COM A INSTITUIÇÃO

Sigilo Médico

No exercício da função pericial, o profissional não está envolvido pelo relacionamento médico/paciente, assim, não é obrigado, na qualidade de confidente, a ser depositário de fatos que não lhe pertencem. A sua atuação se exerce em função dos direitos de outrem – os da instituição – que ali o colocou na defesa do interesse público, que é o da lei.

O Código de Ética Médica (6.^a edição – Brasília/2001) em seu artigo 118 estabelece:

É vedado ao médico:

Art. 118 Deixar de atuar com absoluta isenção quando designado para servir como perito ou auditor, assim como ultrapassar os limites das suas atribuições e competência.

Art. 119 Assinar laudos periciais ou de verificação médico-legal, quando não o tenha realizado, ou participado pessoalmente do exame.

Art. 120 Ser perito de paciente seu, de pessoa de sua família ou de qualquer pessoa com a qual tenha relações capazes de influir em seu trabalho.

Art. 121 Intervir, quando em função de auditor ou perito, nos atos profissionais de outro médico, ou fazer qualquer apreciação em presença do examinado, reservando suas observações para o relatório.

Quando o médico está exercendo a atividade pericial, não se pode pretender que, como perito, deixe de revelar o que vier a saber, pelo exame ou pela informação do examinado. O médico-perito, ao examinar um servidor para fins de licença, benefícios, etc., está na obrigação de comunicar aos setores próprios da instituição as informações necessárias que permitam a aplicação da legislação pertinente.

Deve-se diferenciar o Laudo de Exame Médico Pericial (Lemp), o documento que o perito preenche no ato pericial, e outros laudos e atestados que serão utilizados nos processos, que são informações extraídas do Laudo Médico Pericial que não devem conter diagnósticos ou outras informações não necessárias aos demais servidores que terão de despachar no processo, ou que não sejam necessárias às decisões de aplicação da lei, excetuando-se o prescrito no artigo 205 da Lei n.º 8.112/90, *in verbis*, "O atestado e o laudo da junta médica não se referirão ao nome ou à natureza da doença, salvo quando se tratar de lesões produzidas por acidente em serviço, doença profissional ou qualquer das doenças especificadas no art. 186, parágrafo 1.º".

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

RELAÇÃO DO PERITO COM O PERICIADO

É preciso distinguir a posição do médico que examina a pessoa, com o objetivo de tratá-la, e a do médico que a examina na qualidade de perito.

Em uma, o cliente escolhe seu médico livre e espontaneamente e lhe demanda um tratamento de seus sofrimentos. Em outra, o

periciado é solicitado por uma autoridade a comparecer diante de um perito ou junta de peritos, escolhida por essa autoridade, para se verificar o estado de saúde ou das seqüelas de doenças, com fins de decisão de direitos ou aplicação de leis.

O cliente tem todo o interesse de informar ao seu médico-assistente sobre os seus sintomas e as suas condições de aparecimento, tendo a convicção de que somente assim o profissional poderá chegar a um diagnóstico correto e subsequente tratamento. Na relação pericial, o periciado tem o interesse de obter um benefício, fazendo com que preste as informações que levem ao resultado pretendido, levando-o por vezes a omitir e distorcer informações necessárias à conclusão pericial.

Na relação médico/paciente, há um clima de mútua confiança e empatia, enquanto na relação pericial, pode haver mútua desconfiança. O perito não deve ser afetado pelo periciado em nenhum sentido, deve ser neutro para julgar os fatos, tendo como único norte o que prescreve a lei. Isso não significa perda de cortesia, atenção e educação por parte do perito.

O médico deve estar preparado para exercer sua função pericial observando sempre o rigor técnico e moral. Deve ter em mente que a avançada tecnologia atual não pode se sobrepor à abordagem humanística.

A atual abordagem médico-pericial exige dos profissionais uma postura cada vez mais detalhada e incisiva para que não parem dúvidas em seus pareceres técnicos.

Senso crítico apurado deve ser determinante na personalidade do profissional para questionar, quando houver dúvida, determinadas condutas. A vivência ética e a versatilidade profissional são condições indispensáveis para a adoção de condutas sensatas e coerentes nesse sensível universo.

EXAME MÉDICO-PERICIAL

O Laudo

O exame médico-pericial destina-se a avaliar a capacidade de trabalho do servidor, às vezes sem a colaboração desse. Em tais casos, o médico-perito tem que julgar e ficar prevenido para identi-

ficar simulação e mistificação. Ao médico-perito, muitas vezes não interessa o que o paciente diz, mas sim o que ele não revela e a sua perspicácia deve desvendar.

Não poderá ser realizada perícia sem que o interessado se identifique.

O médico-perito deverá conhecer o tipo de atividade inerente ao cargo ou emprego e, sobretudo, investigar em que condições é exercida: de pé, sentado, exigindo ou não prolongados esforços, atenção continuada, condições ambientais de trabalho, envolvendo até o seu relacionamento social.

Na história da doença, deve apurar em que condições ocorreu o afastamento do trabalho e se ele é consequência direta ou não do estado mórbido apresentado. Deve o perito ficar alerta para uma boa observação clínica e analisar se as informações obtidas são distorcidas ou tendenciosas.

O médico-perito deve ser atencioso, paciente, tolerante e pausar-se na mais absoluta austeridade, a fim de evitar atritos com o examinado, mesmo que esteja diante de um simulador.

O relacionamento de colega não pode influir na decisão pericial.

Os elementos apurados durante o exame deverão ser registrados no laudo em linguagem clara, objetiva, adequada, pois se constitui a peça médico-legal que servirá de base a todo o processo e não poderá conter:

- insuficiência e imprecisão nos dados;
- incoerência entre os dados semióticos encontrados e o diagnóstico firmado;
- indecisão e dúvida do perito, para que o julgador possa convencer-se da justiça da conclusão;
- espaços em branco ou traços – quando nada for encontrado – deverão ser usadas expressões que traduzam a ausência de normalidade;
- diagnósticos não relacionados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) na Classificação Internacional de Doenças (CID).

Para que haja uniformidade na aplicação dos tópicos citados a seguir, julgamos necessário definir alguns conceitos.

O conceito de incapacidade laborativa deve ser analisado quanto ao grau e a duração.

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

- a) o médico-perito considerará como parcial o grau de incapacidade que ainda permita o desempenho de atividade, sem risco de vida ou agravamento da doença;
- b) a incapacidade total é a que gera a impossibilidade de permanecer no cargo ou função correlata.

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

- a) considera-se temporária a incapacidade para a qual se pode esperar recuperação dentro de prazo previsível;
- b) a incapacidade permanente é aquela insuscetível de alteração em prazo previsível com os recursos da terapêutica e reabilitação disponíveis à época.

A invalidez pode ser conceituada como a incapacidade laborativa total e permanente, insuscetível de recuperação ou reabilitação profissional, que corresponde à incapacidade geral de ganho, em consequência de doença ou acidente.

A conclusão da perícia médica, fundamentada nos elementos colhidos e registrados no laudo, resultará das respostas aos quesitos do laudo.

Quesitos do Laudo

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 do exame médico-pericial. A simples resposta sim ou não do perito condensa todos os seus conhecimentos médico-periciais de legislação, de normas específicas e de medicina ocupacional.

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

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

QUESITO 2 – “POR QUANTO TEMPO? A PARTIR DE ____”

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

Prazos curtos nas doenças prolongadas são, além de inadequados tecnicamente, prejudiciais à instituição, ocorrendo daí um processo oneroso de manutenção de licenças com exames repetidos.

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

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

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

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

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

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

A expressão “ou outras correlatas” envolve a apreciação sobre o processo de readaptação no serviço público, muitas vezes difícil. Não basta o estabelecimento da eletividade pela readaptação, mas sua recondução só poderá ocorrer para o exercício de cargos em funções correlatas e com alteração na posição que ocupa no Plano de Classificação de Cargos (Ofício-Circular n.º 37, de 16/8/96 publicado no Diário Oficial da União n.º 172, de 4/9/96).

QUESITO 4 – “A DOENÇA SE ENQUADRA NO ART. 186, INCISO I, § 1.º, DA LEI N.º 8.112/90?”. A PARTIR DE ____/____/____

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

“A doença está especificada no parágrafo 1.º, do artigo 186, da Lei n.º 8.112/90?

A resposta afirmativa a este quesito independe da constatação de invalidez.

Ver, anexo a este Manual, os critérios de invalidez para cada doença especificada no § 1.º do artigo 186.

Qual a hipótese diagnóstica? (por extenso)

Em resposta a este quesito, deverá ser escrito, por extenso, o nome da doença constante no parágrafo 1.º do artigo 186. Por exemplo: no caso de carcinoma de próstata, deverá ser escrito NE-OPLASIA MALIGNA (art. 205 Lei n.º 8.112/90 “O atestado e o laudo da junta médica não se referirão ao nome ou natureza da doença, salvo quando se tratar de lesões produzidas por acidente em serviço, doença profissional ou qualquer das doenças especificadas no art. 186, §1.º”)

QUESITO 5 – “A MOLÉSTIA É DECORRENTE DE ACIDENTE DE TRABALHO OU DOENÇA PROFISSIONAL?”. INCISO I, ART 186, DA LEI N.º 8.112/90

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

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

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

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

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

De acordo com o art. 205, em caso de ser a moléstia decorrente de acidente de trabalho ou doença profissional, deverá constar o nome da doença, por extenso.

QUESITO 6 – “COMUNICAR AO ORGÃO HABILITADOR DA PROFISSÃO?”

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

QUESITO 7 – “DEVERÁ SER EXIGIDA A NOMEAÇÃO DE CURADOR?”

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

QUESITO 8 – “O CANDIDATO TEM CONDIÇÕES DE SAÚDE PARA O EXERCÍCIO DO CARGO?”

Após o exame básico de saúde e o especial, e de acordo com a categoria funcional em que está incluído o cargo que deverá exercer

o candidato, o médico-perito avaliará e responderá em relação às atividades inerentes ao referido cargo.

É de extraordinária importância que todas as limitações do candidato sejam assinaladas no laudo e que, embora não o incapacitem para o exercício, sirvam de registro para a identificação em futuras reivindicações de doenças profissionais.

QUESITO 9 – “É INDISPENSÁVEL À ASSISTÊNCIA PESSOAL E CONSTANTE DO SERVIDOR À PESSOA DA FAMÍLIA EXAMINADA?” (ART. 83 LEI N.º 8.112/90)

Qualificado o examinado pelo perito, entre aquelas amparadas pelas disposições legais, o seu parecer deve basear-se em que somente poderá ser concedida essa licença quando for imprescindível a presença do servidor junto ao doente, advindo daí que a sua presença virá facilitar o processo de recuperação do enfermo.

Deverá ser observado o ambiente em que se encontra a pessoa doente, se residência ou não do servidor, se ocupada por outras pessoas que sem exercerem atividades fora da residência mantêm vínculos com o paciente.

Quando de internações hospitalares em que a assistência permanente vem sendo prestada pela infra-estrutura do hospital, quase que somente em situações como a de internações de filhos menores e de idosos, torna-se imprescindível a presença do servidor.

QUESITO 10 – “O PEDIDO DE REMOÇÃO JUSTIFICA-SE SOB O PONTO DE VISTA MÉDICO?”

O médico-perito informará no laudo a razão dos benefícios do ponto de vista médico que advirão dessa remoção para a localidade pretendida, podendo na parte “conclusão” do laudo tecer outras considerações, que deverão ser homologadas pela chefia.

O médico-perito não pode usar expressões: “Justifica-se sob o ponto de vista médico”, sem objetivamente apresentar razões, nem recomendar localidades que apresentem os mesmos problemas do local de origem.

Os pareceres não podem ser transcritos no processo, limitando-se à chefia médica informar, quando solicitada, que “existem ou não problemas de saúde constatados no exame médico-pericial, que vão transcritos no laudo (confidencial) e que se beneficiarão ou não com a remoção”.

Tratando-se de decisão de autoridade de pessoal, não pode a perícia, no parecer, exprimir-se de modo a estabelecer conflito entre o requerente e a autoridade que detém a atribuição decisória.

O servidor com contrato temporário não tem direito à remoção por motivo de saúde. (Lei n.º 8.745/93).

QUESITO 11 – “ESTÁ O EXAMINADO INVÁLIDO/TOTALMENTE/PARCIALMENTE/PERMANENTEMENTE/TEMPORARIAMENTE/NÃO/PREJUDICADO?”

Quando for solicitado, para que seja avaliado se o servidor é portador de deficiência física, especificar o grau de deficiência de acordo com o Anexo XVI.

PROCEDIMENTOS DO GRUPO DE PERÍCIA MÉDICA

ATRIBUIÇÕES GERAIS

- 1 Os Grupos Médicos de Pessoal (GMP), após realizarem os necessários exames médico-periciais, emitirão laudos e/ou pareceres que sirvam à fundamentação das decisões dos órgãos de recursos humanos, nos casos a seguir indicados:
 - a) admissão de servidor;
 - b) readaptação funcional de servidor por redução da capacidade de trabalho;
 - c) reversão – retorno à atividade de servidor aposentado por invalidez;
 - d) aproveitamento – retorno à atividade de servidor em disponibilidade;
 - e) remoção de uma para outra localidade, por motivo de saúde do servidor ou pessoa de sua família;
 - f) concessão de adicional de insalubridade ou periculosidade;
 - g) afastamento de servidora gestante de locais insalubres e de atividades perigosas e penosas;
 - h) licença para tratamento de saúde do servidor ou por motivo de doença em pessoa de sua família;
 - i) licença à gestante;
 - j) aposentadoria por invalidez;

- k) revisão de proventos da aposentadoria, na hipótese de ser o inativo acometido de doença grave especificada em lei;
- l) constatação de invalidez de dependente ou de pessoa designada (arts. 215/216 da Lei n.º 8.112/90);
- m) caracterização de acidente ou doença do trabalho;
- n) tratamento de acidentado do trabalho, sem participação financeira do servidor, à conta de recursos públicos (art. 213 da Lei n.º 8.112/90).

1.1 Os Grupos Médicos de Pessoal procederão, ainda:

- a) à realização dos exames semestrais a que estão obrigados os servidores expostos à radiação ionizante;
- b) à avaliação periódica do estado de saúde dos servidores, em geral;
- c) à inspeção dos locais de trabalho com vistas à identificação e ao controle técnico de condições inseguras;
- d) à elaboração, coordenação e execução de programas de educação sanitária;
- e) ao estabelecimento dos perfis de morbimortalidade dos servidores;
- f) à homologação de laudos e/ou atestados emitidos por médicos estranhos aos seus quadros funcionais, quando inexistam profissionais a eles vinculados na localidade em que trabalhe, resida ou se encontre hospitalizado o servidor;
- g) à comunicação de doença de notificação compulsória o órgão de saúde pública;
- h) a quaisquer outras diligências necessárias ao integral e fiel cumprimento de suas atribuições.

1.2 Os laudos médico-periciais indicarão sempre, expressa e obrigatoriamente:

- a) se a licença para tratamento de saúde ou a aposentadoria por invalidez do servidor decorre ou não de acidente em serviço, de moléstia profissional ou de doença grave especificada em lei;

- b) se o servidor aposentado com proventos proporcionais ao tempo de serviço ou o titular de pensão vitalícia se encontrar ou não acometido de doença grave especificada em lei;
- c) se a pessoa economicamente dependente do servidor apresenta ou não invalidez para o trabalho, consignando, na hipótese afirmativa, a duração provável de invalidez;
- d) se o servidor se encontra ou não apto aos atos da vida civil;
- e) se a insalubridade ou periculosidade é ou não passível de neutralização ou de eliminação, indicando, na primeira hipótese, as medidas de proteção coletiva e/ou individual a serem adotadas.

ATRIBUIÇÕES ESPECIAIS

- 2 O exame médico-pericial será obrigatoriamente realizado por Junta Médica Oficial (regulamentada pela Lei n.º 8.112/90) nos seguintes casos:
 - a) reversão;
 - b) aproveitamento quando a inobservância do prazo legal para reassunção do cargo for atribuída à doença;
 - c) remoção por motivo de saúde;
 - d) licença para tratamento de saúde do servidor, quando o período de afastamento ultrapassar 30 dias ou se a licença para tratamento de saúde for por período superior a 30 dias consecutivos ou não no mesmo ano em exercício. (artigo 203, parágrafo 4.º da Lei n.º 9.527/97);
 - e) licença por motivo de doença em pessoa da família do servidor, quando o período de afastamento ultrapassar 30 dias (“A licença prevista no inciso I será precedida de exame por médico ou Junta Médica Oficial.”, art. 81, § 1.º e art. 83, § 2.º “...podendo ser prorrogada por até 30 dias, mediante parecer de Junta Médica Oficial...” Lei n.º 8.112/90);
 - f) aposentadoria por invalidez;

- g) tratamento de acidentado do trabalho, sem participação financeira do servidor;
- h) invalidez de dependente ou de pessoa designada;
- i) pedido de reconsideração contra decisão que envolva matéria médica;
- j) comprovação de deficiência do servidor para concessão de horário especial, independentemente de compensação de horário (artigo 98, parágrafo 2.º da Lei n.º 9.527/97);
- k) revisão do fundamento legal da aposentadoria do servidor (art. 190 da Lei n.º 8.112/90).

Nos casos em que não haja exigência legal de avaliação por junta médica, o exame médico-pericial poderá ser realizado por perito singular como nos casos de: isenção de imposto de renda, avaliação de invalidez para dependência junto a GEAP, etc.

- 3 Encontrando-se o examinado impedido de locomover-se ou hospitalizado, a inspeção médica será realizada em sua residência ou no estabelecimento nosocomial.
- 4 A licença concedida dentro de 60 dias do término de outra da mesma espécie será considerada como prorrogação, independentemente do diagnóstico. Consideram-se espécies de licença: tratamento da própria saúde (inicial – art. 203, prorrogação – art. 204), acompanhamento de pessoa da família (art. 83), acidente de trabalho/doença profissional (arts. 211/212) e licença maternidade (art. 207).
- 5 Os exames médico-periciais, os tratamentos dos acidentes de trabalho, doenças profissionais e exames complementares periciais constituem encargos exclusivos do Ministério da Saúde, administrativa e financeiramente (art. 213 da Lei n.º 8.112/90).

O servidor que apresentar sinais evidentes de lesão orgânica ou funcional será submetido a exame médico-pericial, requerido pela respectiva chefia e dirigido ao titular da unidade de recursos humanos. O requerimento, devidamente justificado, tramitará sob sigilo, cabendo ao titular da unidade de recursos humanos proceder à convocação do servidor, fixando-lhe data e hora de apresentação ao Grupo Médico de Pessoal.

Será punido com suspensão de até 15 dias o servidor que, injustificadamente, recusar-se a ser submetido aos exames médico-periciais determinados pelo titular da unidade regional de recursos humanos, cessando os efeitos da penalidade a partir da data em que for cumprida a determinação (art. 130, parágrafo 1.º).

Quando houver conveniência para o serviço, a penalidade de suspensão poderá ser convertida em multa, na base de 50% por dia de vencimento ou remuneração, ficando o servidor obrigado a permanecer em serviço (art. 130, parágrafo 2.º).

CARACTERIZAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO OU DE DOENÇA PROFISSIONAL

- 6 O médico-perito deverá caracterizar o acidente de trabalho ou a doença profissional de acordo com os critérios legais estabelecidos.
- 7 Acidente do trabalho é aquele que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da instituição, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou a perda ou a redução permanente ou temporária de capacidade para o trabalho.
 - 7.1 Equiparam-se ao acidente de trabalho:
 - a) a doença profissional ou do trabalho, assim entendida a inerente ou peculiar a determinado ramo de atividade, conforme o disposto nas Normas Regulamentadoras (NR) do Ministério do Trabalho;
 - b) o acidente que, relacionado ao trabalho, embora não tenha sido a causa única, tenha contribuído diretamente para a morte, ou para a perda ou para a redução da capacidade para o trabalho;
 - c) a doença proveniente de contaminação acidental do servidor no exercício de sua atividade.

São equiparadas ao acidente de trabalho a doença profissional ou a de trabalho, assim entendida a inerente ou peculiar a determinado ramo de atividade profissional com agentes patogênicos, a saber: arsênico, asbesto, benzeno, berílio, bromo, cádmio, chumbo, cloro, cromo, flúor, fósforo, hidrocarbonetos da série graxa (deriva-

dos halogenados), iodo, manganês, mercúrio, monóxido de carbono, sílica, sulfeto de carbono, alcatrão, breu, betume, hulha mineral, parafina ou produtos residuais dessas substâncias, pressão atmosférica, radiações ionizantes.

A doença profissional ou a de trabalho estará caracterizada quando, diagnosticada a intoxicação ou afecção, se verificar que o servidor exerce atividade que o expõe ao respectivo agente patogênico.

Nos casos de lesões ocorridas pelo desempenho de atividades específicas, deve ser estabelecido o nexu causal entre a atividade exercida pelo servidor e a lesão apresentada. Os Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT/LER) são patologias, manifestações ou síndromes patológicas que se instalam insidiosamente em determinados segmentos do corpo como consequência de trabalho realizado de forma inadequada. Assim, o nexu é parte indissociável do diagnóstico e se fundamenta numa boa anamnese ocupacional e em relatórios de profissionais que conhecem a situação do trabalho, permitindo a correlação do quadro clínico com a atividade ocupacional efetivamente desempenhada pelo trabalhador, além dos aspectos emocionais envolvidos

Entendemos Lesão por Esforço Repetitivo (LER) como uma “síndrome clínica” caracterizada por dor crônica acompanhada ou não por alterações objetivas e que se manifesta principalmente no pescoço, cintura escapular e/ou membros superiores em decorrência do trabalho (Norma Técnica do INSS, publicada no Diário Oficial da União n.º 131, de 11 de julho de 1997, seção I).

- 8 Considera-se como dia do acidente, no caso de doença profissional ou do trabalho, a data da comunicação dessa à instituição ou, na sua falta, a data da entrada do respectivo pedido de licença para tratamento de saúde. A prova do acidente será feita no prazo de dez dias, prorrogável quando as circunstâncias o exigirem (art. 214 da Lei n.º 8.112/90).
- 9 Serão também considerados acidente de trabalho:
 - 9.1 O acidente sofrido pelo servidor no local e no horário de trabalho, em consequência de:

- a) ato de sabotagem ou de terrorismo praticado por terceiros, inclusive companheiro de trabalho;
- b) ofensa física intencional, inclusive de terceiros, por motivo ou disputa relacionada com o trabalho;
- c) imprudência, negligência ou imperícia de terceiros, inclusive companheiro de trabalho;
- d) ato de pessoa privada do uso da razão;
- e) desabamento, inundação ou incêndio;
- f) outros casos fortuitos ou decorrentes de força maior.

9.2 O acidente sofrido pelo servidor, ainda que fora do local de trabalho:

- a) na execução de ordem ou na realização de serviço com a autorização da instituição;
- b) na execução espontânea de qualquer serviço à instituição para lhe evitar prejuízo ou proporcionar proveito;
- c) em viagem a serviço da instituição, seja qual for o meio de locomoção utilizado, inclusive o veículo de propriedade do servidor;
- d) no percurso da residência para o trabalho ou desse para aquela;
- e) no percurso de ida e volta para o local de refeição, em intervalo do trabalho.

9.3 Se o acidente foi sofrido pelo servidor nos períodos destinados à refeição ou descanso, ou por ocasião da satisfação de outras necessidades fisiológicas, no local de trabalho ou durante esse, o servidor será considerado a serviço da instituição.

9.4 Em casos excepcionais, considerar-se-á como acidente de trabalho a doença que, embora não incluída nas que se equiparam ao acidente de trabalho, resulte de condições especiais em que o trabalho é executado e com ele se relacione diretamente.

- 10 As doenças degenerativas, as inerentes a grupo etário e as que não acarretem incapacidade para o trabalho não serão equiparadas as doenças por acidente de trabalho.
- 11 O disposto no subitem sobre acidente de percurso não se aplica ao acidente sofrido pelo servidor que, por interesse pessoal, tiver interrompido ou alterado o percurso.
 - 11.1. Entende-se como percurso o trajeto usual da residência ou local de refeição para o trabalho, ou desse para aqueles.
- 12 O servidor, diretamente ou por meio de terceiros, comunicará de imediato à respectiva chefia a ocorrência do acidente de trabalho, indicando, sempre que possível, nome, categoria funcional, número de matrícula, setor de trabalho e, no mínimo, duas testemunhas.
 - 12.1 Após a audiência do servidor e/ou de suas testemunhas, a chefia imediata, por meio de memorando, anexará, quando couber, certidão de registro policial da ocorrência, e cientificará a unidade de recursos humanos do evento infortunístico.
 - 12.2 Uma das vias do memorando será juntada ao Requerimento de Licença, podendo o Grupo Médico de Pessoal proceder às audiências que julgue necessárias à precisa caracterização do acidente de trabalho.

LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE DO SERVIDOR

- 13 A licença para tratamento de saúde, cuja duração poderá variar de um dia a, no máximo, 24 meses, será concedida ao servidor que, por motivo de acidente ou doença, se encontre incapacitado para o trabalho e/ou impossibilitado de locomover-se.
- 14 Os servidores de cargos comissionados sem vínculo com o órgão público e os contratados por tempo determinado terão seus direitos assegurados pela previdência social oficial em virtude de sua condição de segurado obrigatório pela Lei n.º 8.647/98, DOU de 23/9/93. Apenas os primeiros 15 dias de licença serão remunerados pelo órgão empregador, sendo necessário, por-

tanto, o exame médico-pericial para concessão desse afastamento. Cabe ao Sistema de Previdência Social (INSS) a responsabilidade pela remuneração do período que exceder, com base no salário-contribuição.

Observada a obrigatoriedade de junta médica e o limite de 60 dias de intervalo entre as licenças, a incapacidade para o trabalho e/ou a impossibilidade de locomover-se serão constatadas em exames médico-periciais, realizados por profissionais vinculados ao Grupo Médico de Pessoal do Ministério da Saúde. Nas localidades onde não se dispuser de peritos, na forma de convênio firmado entre o Ministério da Saúde e outros órgãos públicos, por exemplo, INSS, SUS (art. 203 e 230 da Lei n.º 9.527/97), ficam os referidos exames condicionados à homologação pelo Grupo Médico de Pessoal do Ministério da Saúde.

14.1 Encontrando-se o servidor impossibilitado de locomover-se ou encontrando-se hospitalizado, o exame médico-pericial será realizado em sua residência ou na entidade nosocomial (perícia externa).

- a) Nessa hipótese, e considerando a obrigatoriedade de junta médica, a primeira inspeção médica será efetuada por perito singular. O período inicial da licença não pode ultrapassar 30 dias, ainda que haja previsão de uma duração superior.
- b) O servidor responderá pelos custos decorrentes da realização da perícia externa, quando se constatar a improcedência de suas alegações sobre a impossibilidade de se deslocar até o local de atendimento do Grupo de Perícia Médica.

Caberá aos gestores dos Grupos Médicos de Pessoal do Ministério da Saúde, nos estados e no DF, a regulamentação dos procedimentos a serem adotados referentes aos atestados de até três dias que observarem o intervalo mínimo de 60 dias.

- 15 O servidor deverá comparecer ou comunicar ao Grupo Médico de Pessoal até três dias após o início das faltas. Após esse prazo, o servidor será submetido à perícia a seu próprio risco, podendo ter seus dias descontados caso não seja comprovada a incapacidade laborativa.

“Configura abandono de cargo a ausência intencional do servidor ao serviço por mais de 30 (trinta) dias consecutivos”. (art. 138 da Lei n.º 8.112/90).

“Entende-se por inassiduidade habitual a falta ao serviço, sem causa justificada, por 60 (sessenta) dias, interpoladamente, durante o período de 12 (doze) meses.” (art. 139 da Lei n.º 8 112/90).

16 Os dias de licença de servidores que trabalham em regime de plantão, independentemente do tipo de regime (12 horas de plantão por 36 horas de descanso, 24/144, etc.), deverão corresponder à data do início da incapacidade, independentemente do período de descanso.

17 Utilizar-se-á para fins de licença o formulário Requerimento de Licença (Reli – Anexo I), que será o documento hábil para que o servidor compareça ao exame médico pericial. Sem a apresentação do referido formulário com as informações devidamente preenchidas, inclusive pela sua chefia imediata, o servidor não terá o seu laudo médico liberado, ficando pendente até a apresentação do mesmo ao Grupo Médico de Pessoal.

17.1 Munido desse formulário e do respectivo documento de identidade, o servidor, de imediato, deverá:

a) dirigir-se ao local em que deve submeter-se a exame médico-pericial; ou

b) notificará ao Grupo Médico de Pessoal de sua impossibilidade de locomoção, quando for o caso.

Obs.: em casos excepcionais, o coordenador do Grupo Médico de Pessoal poderá liberar o Laudo de Exame Médico-Pericial (Lemp – Anexo II), mesmo na falta do Requerimento de Licença.

18 Os dados do exame do servidor serão registrados de forma completa e precisa no formulário Laudo de Exame Médico-Pericial.

19 A data do início da licença será a do início da incapacidade constatada pelo exame médico-pericial e devidamente registrada no Laudo de Exame.

20 É vedado ao perito singular propor licença para tratamento de saúde por período superior a 30 dias, contínuo ou não, em um mesmo exercício (artigo 203, parágrafo 4.º da Lei n.º 9.527/97).

- 21 A conclusão do exame médico-pericial, após homologada pelo coordenador do Grupo Médico de Pessoal, ou profissional por ele previamente designado, será comunicada por meio do formulário Resultado de Exame Médico-Pericial (Remp – Anexo IV), a ser preenchido pelo médico-perito em três vias:
- a) a primeira via a ser arquivada no prontuário do servidor;
 - b) a terceira via é o comprovante do servidor.
 - c) a segunda via destina-se à chefia imediata e deverá ser anexada à folha de frequência do servidor;
- 22 Se a conclusão médico-pericial exigir reavaliação da capacidade de trabalho, o servidor deverá voltar à perícia médica três dias antes do término da licença concedida, portando a segunda via do Remp e o respectivo documento de identidade.
- 22.1 O servidor impossibilitado de comparecer à reavaliação médico-pericial, deverá comunicar sua condição, diretamente ou por meio de pessoa de sua família, ao Grupo Médico de Pessoal que optará por uma das seguintes alternativas:
- a) o servidor, não havendo contra-indicação, poderá ser transportado de sua residência até o local do exame, onde será submetido à junta médica;
 - b) o Grupo Médico de Pessoal providenciará o deslocamento da junta médica até a residência do servidor, ou entidade hospitalar em que se encontre internado.
- 23 A prorrogação da licença para tratamento de saúde implicará emissão do formulário Prorrogação de Licença (Proli – Anexo V), e de novo Resultado de Exame Médico-Pericial (Remp).
- 24 O servidor que, no curso da licença, se julgar apto a retornar à atividade, será submetido a exame médico-pericial.

LICENÇA À GESTANTE

- 25 A licença à gestante destina-se à proteção da gravidez, a partir do primeiro dia do nono mês, à recuperação pós-parto e à amamentação. A duração do afastamento prevista é de 120 dias consecutivos, devendo ser observados os seguintes aspectos:

- 25.1 No caso de qualquer intercorrência clínica, proveniente do estado gestacional, verificada no transcurso do nono mês de gestação, deverá ser concedida, de imediato, a licença-gestante, conforme artigo 207 da Lei n.º 8.112/90;
- 25.2 No caso de nascimento prematuro, a licença, se ainda não concedida, terá início na data do evento (artigo 207, parágrafo 2.º da Lei n.º 8.112/90);
- 25.3 Nos casos de natimorto, a servidora, 30 dias após o parto, será submetida à exame médico e, se julgada apta, reassumirá o exercício de seu cargo. Para esse fim, o médico-perito deverá emitir novo Remp (artigo 207, parágrafo 3.º da Lei n.º 8.112/90).
- 26 O parto, para os fins previstos no item anterior, é a expulsão, a partir do quinto mês de gestação, de feto vivo ou morto.
- 27 No caso de aborto comprovado por atestado médico, após homologação, a servidora fará jus a 30 dias de repouso remunerado improrrogáveis (artigo 207, parágrafo 4.º da Lei n.º 8.112/90).
- 27.1 Decorrido esse período de afastamento, a servidora que se julgar incapaz de reassumir suas funções deverá requerer licença para tratamento de saúde.
- 28 Na hipótese de surgirem casos patológicos durante ou depois da gestação, ainda que dela decorrente e geradores de incapacidade, o afastamento será processado como licença para tratamento de saúde, o qual poderá ser antecedente ou subsequente à licença-gestante, observado o que, *in fine*, dispõe o item sobre licença para tratamento de saúde do servidor.
- 28.1 A licença-gestante e a licença para tratamento de saúde são consideradas de espécies diferentes, não podendo ser concedidas concomitantemente.
- 29 As servidoras ocupantes de cargos comissionados, sem vínculo com o órgão público ou contratadas por tempo determinado, serão periciadas pelo órgão contratante e a licença-gestante concedida, com posterior compensação pela Previdência Social.

REMOÇÃO DE SERVIDOR POR MOTIVO DE SAÚDE

- 30 O exame para concessão de remoção de servidor, por motivo de saúde do mesmo ou de pessoa de sua família, será realizado a pedido do interessado, devendo ser indicado no Laudo de Exame Médico-Pericial:
- a) as razões objetivas para a remoção;
 - b) benefícios do ponto de vista médico, que advirão dessa remoção, com justificativas detalhadas;
 - c) localidades recomendadas;
 - d) que o servidor seja o único parente do paciente com condições de lhe dar assistência.
- 31 O servidor munido de parecer do médico-assistente que indique necessidade de remoção por motivo de saúde deverá requerer a sua remoção ao titular da unidade de recursos humanos. O requerimento e o parecer devem ser arquivados no prontuário médico do servidor.
- 32 À vista do Laudo de Exame Médico-Pericial, o coordenador do Grupo Médico de Pessoal, ou profissional por ele designado, emitirá no laudo e no respectivo processo o parecer conclusivo.
- 33 Considera-se pessoa da família, para efeito de remoção por motivo de acompanhamento (artigo 36, inciso III, parágrafo b da Lei n.º 9.527/97):
- a) cônjuge;
 - b) companheiro;
 - c) dependente que viva às suas expensas e conste de seu assentamento funcional, condicionada à comprovação por Junta Médica Oficial.

Os servidores com contrato temporário não fazem jus à remoção por motivo de saúde.

APOSENTADORIA POR INVALIDEZ

- 34 A aposentadoria por invalidez será precedida de licença para tratamento de saúde, por período não excedente a 24 meses (art. 188, § 1.º da Lei n.º 8.112/90).

Expirado o período de licença e não estando em condições de reassumir o cargo ou de ser readaptado, o servidor será aposentado (art. 188, § 2.º da Lei n.º 8.112/90). O lapso de tempo compreendido entre o término da licença e a publicação do ato da aposentadoria será considerado como prorrogação da licença (art. 188, § 3.º).

O médico-perito, para os fins ora previstos, emitirá a Proposta de Aposentadoria por Invalidez (PAI – Anexo VI) e o Laudo Médico-Pericial que deverá ser corretamente preenchido, assinado pelos três participantes da junta médica submetendo-o à homologação do coordenador do Grupo Médico de Pessoal. Nos casos de doença enquadrada no parágrafo 1.º do art. 186 da Lei n.º 8.112/90 e nos acidentes de trabalho e/ou doença profissional, deverá constar o nome da doença por extenso. O laudo tramitará em envelope lacrado, escrito confidencial, dentro do processo de aposentadoria (artigo 205 da Lei n.º 8.112/90).

LICENÇA POR MOTIVO DE DOENÇA EM PESSOA DA FAMÍLIA

- 35 Para efeito de concessão da licença prevista neste item, considera-se pessoa da família: (art. 83, da Lei n.º 8 112/90 e Lei n.º 9 527/97).
- 35.1 cônjuge ou companheiro;
 - 35.2 padrasto ou madrasta;
 - 35.3 pais;
 - 35.4 filhos;
 - 35.5 enteado;
 - 35.6 dependente que viva a suas expensas e conste de seu assentamento funcional.

Observado o disposto nos itens 2 e 4, a licença será concedida por período de, no máximo, 30 dias. Os primeiros 30 dias poderão ser concedidos por perito singular (art. 81, parágrafo 1.º da Lei n.º 8.112/90).

Caso seja necessário, a licença poderá ser prorrogada por igual período quando a assistência pessoal do servidor for indispensável e não puder ser prestada, simultaneamente, com o exercício do cargo

(artigo 83, parágrafo 1.º da Lei n.º 9.527/97). Findos os 60 dias de afastamento para acompanhamento de pessoa da família, o servidor poderá fazer jus a novo período de licença da mesma espécie após tê-la interrompido (trabalhado, gozado férias, etc.) por no mínimo 60 dias, caracterizando início de novo afastamento (art. 81, § 1.º e art. 82 da Lei n.º 8.112/90 e da Lei n.º 9.527/97).

35.7 A partir de 60 dias de afastamento, a licença por motivo de doença em pessoa da família não será remunerada por um período de até 90 dias, concedido pela junta médica (art. 83, parágrafo 2.º, da Lei n.º 9.527/97). Nesse caso, o servidor, após a avaliação pela junta, deverá obrigatória e formalmente declarar estar ciente dessa condição.

Os servidores ocupantes de cargos comissionados sem vínculo com o órgão público ou contratados por tempo determinado não farão jus à licença para acompanhamento de pessoa da família uma vez que são segurados do INSS.

READAPTAÇÃO FUNCIONAL (ART. 24 DA LEI N.º 8.112/90)

36 Readaptação é a investidura do servidor em cargo de atribuições e responsabilidades compatíveis com a limitação – verificada ao exame médico-pericial – que tenha sofrido em sua capacidade física ou mental (art. 24).

Após constatação pela junta médica da incapacidade relativa do servidor com relação às limitações impostas pela sua patologia, as atribuições do seu cargo deverão ser solicitadas pelo Grupo Médico de Pessoal à área de recursos humanos, para fins de avaliação dos itens que podem ou não ser realizados pelo servidor.

A junta médica, de posse da listagem das atribuições do cargo, sugerirá quais os itens que podem ser realizados pelo servidor e quais os que o servidor, pela limitação de sua doença, não pode realizar.

Caso o servidor seja capaz de executar mais de 70% das atribuições de seu cargo, deverá retornar ao trabalho, na sua própria função, mesmo que seja necessário evitar algumas das atribuições de seu cargo, devendo a junta médica orientar a chefia imediata

deste, quanto às atribuições que deverão ser evitadas devido à incapacidade relativa do servidor.

Caso o servidor não consiga atender a um mínimo de 70 % das atribuições de seu cargo, deverá ser sugerida a sua readaptação, nos termos da legislação vigente (Ofício Circular n.º 37, de 16 de agosto de 1996), para um cargo afim.

O processo será encaminhado à área de recursos humanos para indicação dos cargos afins e suas atribuições, respeitadas as habilitações exigidas para o ingresso no serviço público federal, retornando à junta médica, que indicará em qual das opções de cargos deverá o servidor ser readaptado.

Caso não haja um cargo para o qual o servidor possa ser readaptado, a junta médica deverá sugerir a aposentadoria do servidor por invalidez.

Caso o servidor seja capaz de atender a mais de 70% das atribuições de seu novo cargo, a junta médica deverá indicar a sua readaptação, ficando a cargo dos recursos humanos as providências necessárias para a publicação do Ato de Readaptação do servidor.

PEDIDO DE RECONSIDERAÇÃO

- 37 O pedido de reconsideração do Resultado do Exame Médico-Pericial solicitado pelo servidor será dirigido à autoridade que houver proferido a primeira decisão (coordenador do Grupo Médico de Pessoal), devendo ser deferido no menor prazo possível, nunca superior a cinco dias, submetendo-se, ou não, o requerente a novo exame médico-pericial.
 - a) O servidor, para fins previstos neste item, utilizar-se-á do formulário Pedido de Reconsideração (PR – Anexo V).
- 38 Na hipótese de indeferimento do pedido de reconsideração, poderá o servidor, como última instância, recorrer à autoridade imediatamente superior.
- 39 O prazo para entrada do pedido de reconsideração, improrrogável, é de cinco dias, contados da data de ciência da decisão contra a qual se insurja o servidor.

- 40 Em caso de deferimento do pedido de reconsideração, os efeitos da decisão retroagirão à data do ato impugnado.
- a) Em caso contrário, os dias em que o servidor não comparecer ao trabalho serão considerados como faltas não-justificadas.

SERVIDORES EM TRÂNSITO

- 41 Os servidores em trânsito que necessitarem de licença médica deverão se apresentar ao Grupo Médico de Pessoal do Ministério da Saúde na localidade em que se encontrarem, obedecendo-se às disposições da presente norma.
- a) Os prazos de afastamento deverão restringir-se ao tempo mínimo necessário à apresentação do servidor ao Grupo Médico de Pessoal responsável pela sua unidade de lotação.
- b) O Grupo Médico de Pessoal responsável pela unidade de lotação do servidor deverá ser notificado, imediatamente, da ocorrência, por meio de fac-símile, a ser arquivado no prontuário médico do servidor.
- c) Os laudos de exames médico-periciais dos servidores em trânsito serão remetidos aos Grupos Médicos de Pessoal referidos no subitem anterior, acompanhados da primeira via do Remp, para fins de homologação.

DISPOSIÇÕES GERAIS

- 42 Por seu caráter confidencial, os documentos médicos tramitarão em envelope lacrado.
- 43 A realização de exame médico-pericial dependerá de prévia manifestação do titular da unidade Órgão Regional de Recursos Humanos, nas hipóteses previstas nos itens 1, letra "a", "c", "d", "e", "g", "k", "l" e "n".
- 44 Observada a orientação contida no Anexo V, as ocorrências médicas do servidor serão registradas na ficha Registro de Ocorrências Médicas (ROM – Anexo V), a ser arquivada de forma que permita fácil consulta, seja para fins médico-periciais, seja para fins estatísticos.

- 45 É proibido ao médico atuar como perito de próprios clientes, inclusive na condição de integrante de Junta Médico-Pericial.
- 46 A chefia imediata do servidor licenciado para tratamento de saúde não permitirá que ele reassuma o exercício de seu cargo ou entre em gozo de férias ou licença-prêmio, antes de provar, por meio do Remp, a cessação da incapacidade para o trabalho.
- 47 As decisões sobre as licenças de que trata esse ato, indicadas expressamente em seus fundamentos legais, serão listadas e entregues ao Recursos Humanos, para as devidas providências dos setores de controle de frequência.
- 48 Os Grupos Médicos de Pessoal manterão arquivados em pastas individuais os documentos relativos aos antecedentes médicos dos servidores (prontuário médico-pericial).
 - 48.1 Na hipótese de remoção de servidor, o respectivo prontuário-médico será remetido, em envelope lacrado, ao Grupo Médico de Pessoal a que se encontre vinculado no novo órgão de lotação.
- 49 Os exames médico-periciais serão registrados diariamente no formulário Boletim Diário do Médico-Perito (BDP – Anexo V), e apurados mensalmente no Boletim Mensal do Grupo de Perícia Médica (BMP – Anexo V). Ao final do mês, os BMP deverão ser analisados pela coordenação do GPM e resumidos no Boletim Estatístico Mensal do Grupo de Perícia Médica (Bemp – Anexo V), conforme orientação constante no próprio Bemp.
 - 49.1 Os Bemp deverão ser encaminhados mensalmente para a Coordenação-Geral de Recursos Humanos do Ministério da Saúde, em Brasília – DF.
- 50 Os Grupos Médicos de Pessoal deverão observar o que consta nas orientações sobre “doenças enquadradas no § 1.º do art. 186 da Lei n.º 8.112/90”, anexas a este Manual, quando do exame dos servidores e da documentação dos seus processos de aposentadoria.
- 51 Os Grupos Médicos de Pessoal deverão promover o treinamento dos seus profissionais em todas as áreas de sua atuação.

- 52 O servidor acometido de doença incapacitante durante o período de férias não terá suas férias suspensas (art. 80 da Lei n.º 8.112/90). Após o término das mesmas, deverá comparecer ao GMP para avaliação da capacidade laborativa (art. 80 da Lei n.º 9.527/97).
- 53 A iniciativa das revisões das aposentadorias por invalidez será determinada pelo Coordenador-Geral de Recursos Humanos. Só poderão ser convocados pelo Recursos Humanos, os servidores que, na ocasião da convocação, estiverem com menos de 70 anos de idade e menos de 30 anos de serviço, se mulher, e 35 anos, se homem.
- 54 Os servidores ocupantes de DAS sem vínculo efetivo com a Administração Pública Federal deverão ser encaminhados ao INSS a partir do 16.º dia de afastamento do trabalho conforme parecer normativo Colep n.º 003/97 (Lei n.º 8.647, de 13/4/93), não tendo direito à licença para acompanhar pessoa da família.
- 55 O servidor que solicitar isenção do imposto de renda deverá ser encaminhado ao serviço de perícia médica para ser submetido à avaliação, visando à constatação de invalidez e/ou enquadramento legal da moléstia. O parecer técnico da junta médica deve se restringir apenas à condição médico-pericial do servidor, abstendo-se de emitir opinião sobre a concessão ou não da isenção do ato, este puramente administrativo (Anexo V).

DOENÇAS ENQUADRADAS NO PARÁGRAFO I.º DO ARTIGO 186 DA LEI N.º 8.112/90

ALIENAÇÃO MENTAL

Considera-se alienação mental o estado mental conseqüente a uma doença psíquica em que ocorre uma deterioração dos processos cognitivos, de caráter transitório ou permanente, de tal forma que o indivíduo acometido torna-se incapaz de gerir sua vida social. Assim, um indivíduo alienado mental é incapaz de responder legalmente por seus atos na vida social, 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, devendo ser obrigatoriamente interditado judicialmente. Em alguns casos, torna-se necessária a sua internação em hospitais especializados visando, com o tratamento, à sua proteção e à da sociedade.

É importante que se faça algumas ponderações. A convivência social exige regras e regulamentos necessários para disciplinar as relações entre os indivíduos de uma sociedade. A ética, de um modo geral, padroniza o comportamento das pessoas inseridas num determinado contexto social. Considerar um indivíduo como alienado mental é decretar sua morte social, já que a interdição ou curatela é uma sentença de morte social. Se pensarmos que o que caracteriza o homem como ser social é sua inserção na sociedade na condição de participante de um pacto social, no qual os indivíduos se obrigam (por força da lei) ao respeito mútuo, à

observância de direitos e deveres para com a sociedade, um alienado mental será excluído de tal definição de homem. É a força da lei que intima os indivíduos a uma postura de respeito aos seus pares na vida social. Aplicar a lei, quando diante de um ato ilícito, significa reconvocar o indivíduo infrator ao mundo dos homens; significa não permitir a “lei da selva”, em que tudo pode; significa não permitir um retorno à animalidade. A aplicação da lei é uma exigência e uma necessidade que o homem se impõe se quer pensar-se homem. Aqui, trata-se de necessidade como conceito de lógica, isto é, aquilo que não pode ser de outra forma. O alienado mental, ou seja, o indivíduo destacado e estranho à sua própria mente, é também um indivíduo estranho e destacado da sociedade, isto é, deixa de fazer parte dela ao ser impedido de submeter-se aos desígnios da lei. Deixa de ser sujeito de suas ações para tornar-se objeto das ações de outros.

A definição de alguém como alienado mental exige uma enorme responsabilidade do médico-perito. Para além das benesses pecuniárias que o enquadramento no artigo 186 da Lei n.º 8.112/90 possa acenar, deve, antes de tudo, o perito examinar e refletir sobre a sentença que estará aplicando: a exclusão de um indivíduo do mundo dos homens e sua alienação num mundo à parte.

Nunca é demais lembrar a possibilidade de se recorrer a uma simples procuração quando um indivíduo se encontra impossibilitado de gerir sua vida econômica (nas fases críticas de um quadro psicótico, por exemplo). A curatela deve deixar-se exclusivamente para os casos em que não há possibilidades de recuperação da faculdade de juízo por parte do doente, ou a crise se mostra tão intensa que indica a necessidade de interdição.

Mesmo diante de quadros psicóticos graves (esquizofrenia, PMD, paranóia, por exemplo) ou quadros confusionais com grandes alterações da consciência (infecciosos, vasculares, tóxicos, degenerativos ou mistos), o perito deve examinar e avaliar com bastante rigor se é conveniente e apropriado o enquadramento do indivíduo como alienado mental. O simples diagnóstico de tais quadros não é indicativo de enquadramento.

A alienação mental poderá ser identificada no curso de qualquer enfermidade psiquiátrica desde que, em seu estágio evolutivo, estejam atendidas todas as condições abaixo discriminadas:

- a) seja enfermidade mental ou neuromental;

- b) seja grave e persistente;
- c) seja refratária aos meios habituais de tratamento;
- d) provoque alteração completa ou considerável da personalidade;
- e) comprometa gravemente os juízos de valor e realidade, com destruição da autodeterminação e do pragmatismo;
- f) torne o paciente total e permanentemente inválido para qualquer trabalho;
- g) haja um nexo sintomático entre o quadro psíquico e a personalidade do paciente.

Quadros passíveis de enquadramento

Além dos mencionados, são passíveis de enquadramento:

- a) os casos graves de epilepsia (onde predominem sintomas de demência);
- b) as demências de uma maneira geral (arteriosclerótica, Alzheimer, Pick, senil, pré-senil, luética, coréica, doença de Parkinson, etc.);
- c) psicoses esquizofrênicas nos estados crônicos;
- d) paranóia e a parafrenia nos estados crônicos;
- e) oligofrenias graves.

São excepcionalmente considerados casos de alienação mental:

- a) psicoses afetivas, mono ou bipolar, quando comprovadamente cronicadas e refratárias ao tratamento, ou quando exibirem elevada freqüência de repetição fásica, ou ainda quando configuram comprometimento grave e irreversível de personalidade;
- b) psicoses epiléticas, quando caracterizadamente cronicadas e resistentes à terapêutica, ou quando apresentam elevada freqüência de surtos psicóticos;
- c) psicoses pós-traumáticas e outras psicoses orgânicas, quando caracterizadamente cronicadas e refratárias ao tratamento, ou quando configurarem um quadro irreversível de demência.

Quadros não-passíveis de enquadramento

- a) Os déficits qualitativos da personalidade (personalidades sociopáticas) ou transtornos constitucionais da personalidade (esquizóides, paranóides, etc.).
- b) Desvios de orientação sexual.
- c) Alcoolismo, dependência de drogas e outros tipos de dependência orgânica.
- d) Oligofrenias leves e moderadas.
- e) Psicoses do tipo reativo (reação de ajustamento, reação ao estresse).
- f) Psicoses orgânicas transitórias (estados confusionais reversíveis).

Os casos neuróticos (mesmo os mais graves) não devem ser enquadrados. Nesses casos, deve-se preferir a “procuração” quando os indivíduos se mostrarem incapazes para a prática dos atos da vida civil – evidentemente para as situações que tal expediente se aplica.

CONCLUSÃO

Os profissionais que lidam com a doença mental sabem o quanto é difícil se estabelecer critérios rígidos e objetivos na avaliação dos casos psiquiátricos que chegam para exame médico-pericial, seja na hora de estabelecer um prazo de licença, seja para definir uma aposentadoria, as dificuldades são enormes. Porém, é importante aprimorarmos cada vez mais esses critérios, de tal forma que nossas decisões sejam embasadas em limites técnico-científicos evitando o “subjetivismo” nas decisões médico-periciais.

Nos casos das neuroses, devem ser evitadas as licenças prolongadas, que não trazem qualquer benefício clínico para o paciente. Ao indivíduo acometido com um quadro neurótico, deve ser sugerido um tratamento psicoterápico e/ou medicamentoso, sem que abandone suas atividades laborativas. Nunca é demais lembrar que a neurose só tende a cristalizar-se quando o indivíduo aufere ganhos com sua doença. Se a licença é para tratamento da saúde, nos casos de neuroses, o comportamento paternalista, ou melhor, “materna-

lista”, por parte do perito, ao invés de ajudar, prejudica a saúde do servidor. Trabalho não é causa de doença neurótica e nem aumenta a neurose de ninguém. Por outro lado, os sintomas neuróticos tendem a aumentar quando o servidor é contemplado com licenças longas e desnecessárias, beneficiando-se, assim, da sua doença.

As juntas médicas deverão “preservar-se contra uma exagerada admissão de irresponsabilidade” (prof. Nelson Hungria) e identificar nos quadros clínicos de alienação mental os seguintes elementos:

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

Proposta de Laudo para alienação mental:

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

- a) diagnóstico da enfermidade básica, inclusive o diagnóstico numérico, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças;
- b) modalidade fenomênica;
- c) estágio evolutivo;
- d) expressão “alienação mental”.

CARDIOPATIA GRAVE

Conceitua-se como cardiopatia grave no sistema médico-pericial do sistema público federal toda aquela que, em caráter permanente, reduz a capacidade funcional do coração e consequen-

temente as capacidades físicas e profissionais do servidor, a ponto de acarretar alto risco de morte prematura ou impedir o mesmo de exercer definitivamente suas funções, não obstante tratamento médico e/ou cirúrgico em curso.

O critério adotado pelo GMP para avaliação funcional do coração baseia-se no consenso nacional sobre cardiopatia grave, promulgado pela Sociedade Brasileira de Cardiologia¹, em consonância com a classificação funcional cardíaca adotada pela NYHA².

Dessa forma, a limitação funcional cardíaca de que trata esta Instrução Normativa será definida pela análise criteriosa do conjunto de métodos propedêuticos, a saber:

- 1 anamnese e exame físico do aparelho cardiovascular detalhados minuciosamente;
- 2 exames laboratoriais de sangue – hematologia, bioquímica, hormônios séricos, reações sorológicas –, exames de urina e fezes;
- 3 radiografias do tórax em AP e perfil;
- 4 eletrocardiograma de repouso;
- 5 eletrocardiograma de esforço;
- 6 eletrocardiografia dinâmica – Holter;
- 7 mapeamento ambulatorial da pressão arterial;
- 8 ecocardiografia bidimensional com doppler de fluxos valvulares;
- 9 cintigrafia miocárdica;
- 10 estudo hemodinâmico por cateterismo cardíaco;
- 11 estudo cineangiocoronariográfico por cateterismo cardíaco.

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

- 1 síndrome de insuficiência cardíaca congestiva;
- 2 síndrome de insuficiência coronariana;

¹ Consenso Nacional sobre Cardiopatia Grave da Sociedade Brasileira de Cardiologia, abril de 1993.

² New York Heart Association (NYHA).

- 3 síndromes de hipoxemia e/ou baixo débito sistêmico/cerebral secundários a uma cardiopatia;
- 4 arritmias complexas e graves.

Dentro do perfil sindrômico exposto, avaliar-se-á como cardiopatia grave as seguintes entidades nosológicas:

- 1 cardiopatias isquêmicas;
- 2 cardiopatias hipertensivas;
- 3 cardiomiopatias primárias ou secundárias;
- 4 cardiopatias valvulares;
- 5 cardiopatias congênitas;
- 6 cor pulmonale crônico;
- 7 arritmias complexas e graves;
- 8 hipertensão arterial sistêmica com cifras altas e complicadas, com lesões irreversíveis em órgãos-alvo: cérebro, rins, olhos e vasos arteriais.

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 patologias e da incapacidade de reabilitação, apesar de tratamento médico em curso.

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

De modo geral, podemos considerar como cardiopatia grave:

- 1 síndrome de insuficiência cardíaca de qualquer etiologia que curse com importante disfunção ventricular (classes III e IV da NYHA);
- 2 síndrome de insuficiência coronariana crônica refratária à terapêutica sem indicação cirúrgica (classes II a IV da NYHA);

- 3 arritmias por bloqueios atrioventriculares de 2.º e 3.º graus, extra-sístolias e/ou taquicardias ventriculares, síndromes braditaquicárdicas;
- 4 cardiopatias congênitas nas classes III e IV da NYHA, ou com importantes manifestações sistêmicas de hipoxemia;
- 5 cardiopatias várias, tratadas cirurgicamente (revascularização do miocárdio, próteses valvulares, implante de marca-passo, 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.

CLASSIFICAÇÃO DAS CARDIOPATIAS DE ACORDO COM A CAPACIDADE FUNCIONAL DO CORAÇÃO – NYHA³	
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, dispnéia ou angina de peito.
CLASSE IV	Paciente com doença cardíaca que acarreta incapacidade para exercer qualquer atividade física. Os sintomas de fadiga, palpitação, dispnéia ou angina de peito existem mesmo em repouso e se acentuam com qualquer atividade.

³ Circularion 64: 1227-1981, American Heart Association.

CEGUEIRA POSTERIOR AO INGRESSO NO SERVIÇO PÚBLICO

1 Conceituação

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

2 São equivalentes à cegueira e como tais considerados:

- a) os casos de perda parcial de visão, nos limites previstos nas normas, não susceptíveis de correção óptica, nem capazes de serem beneficiados por tratamento médico-cirúrgico;
- b) os casos de redução acentuada e irreversível do campo visual (visão tubular), comprovados por campimetria, independente de grau de acuidade visual central, que motivem dificuldade de locomoção e de orientação espacial do paciente, exigindo a ajuda de terceiros.

3 Graus de perda parcial da visão:

- a) 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 20/70 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;
- b) GRAU II – quando a acuidade visual máxima, em ambos os olhos e com a melhor correção óptica possível, for inferior a 20/200 SNELLEN e a mínima for igual ou superior a 20/400 SNELLEN;
- c) 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 for igual ou superior a 20/1.200 SNELLEN;
- d) GRAU IV – quando a acuidade visual máxima, em ambos os olhos e com a melhor correção óptica possível, for inferior a 20/20.000 SNELLEN ou apresentar, como índice máximo, a capacidade de contar dedos à distância de um metro e a mínima limitar-se à percepção luminosa.

- 3.1 Serão consideradas perdas parciais de visão equivalentes, a cegueira e, portanto, enquadrados em lei, os graus II, III e IV e 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.

4. Avaliação da acuidade visual – escalas adotadas.

- 4.1 Para uniformidade de linguagem e facilidade de julgamento dos graus de perda da acuidade visual, as juntas médicas adotarão as escalas de SNELLEN e DECIMAL na avaliação de acuidade visual para longe, e a escala JAEQUER na avaliação da acuidade visual para perto.
- 4.2 Equivalência das escalas usadas na avaliação da acuidade visual para longe.

SNELLEN	DECIMAL	% DE VISÃO
20/20	1,0	100
20/22	0,9	98,0
20/25	0,8	95,5
20/29	0,7	92,5
20/33	0,6	88,5
20/40	0,5	84,5
20/50	0,4	76,5
20/67	0,3	67,5
20/100	0,2	49,0
20/200	0,1	20,0
20/400	0,05	10,0

- 4.3 Equivalência das escalas usadas na avaliação da acuidade para perto.

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

- 5 Proposta de procedimentos para as juntas médicas:
- 5.1 As juntas médicas concluirão pela incapacidade definitiva dos portadores de perda total de visão (cegueira), sem percepção luminosa, determinada por afecção crônica, progressiva e irreversível, à luz de parecer especializado.
 - 5.2 As juntas médicas, de acordo com a amplitude de conceito legal, também concluirão pela invalidez permanente, por cegueira, dos inspecionados que apresentarem diminuição acentuada da acuidade visual, nos graus II, III e IV descritos nos itens 2 e 3, em decorrência de afecção crônica, progressiva, não susceptível de correção óptica, nem removível por tratamento médico-cirúrgico, à luz de parecer especializado.
 - 5.3 As juntas médicas, ao emitirem laudos de invalidez de portadores de afecção, que os incluam nos graus de diminuição da acuidade visual descritos no item 3, deverão escrever entre parênteses ao lado do diagnóstico, a expressão “equivalente à cegueira”.
 - 5.4 Somente a cegueira adquirida posterior ao ingresso do servidor no cargo constitui motivo para aposentadoria por invalidez permanente. É necessário ter atenção para servidores que entram no serviço público com graves deficiências visuais ou mesmo 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.

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

DOENÇA DE PARKINSON

Doença decorrente de um comprometimento do sistema nervoso extrapiramidal, identificável por uma tríade de manifestações:

tremor, rigidez muscular e perda dos reflexos posturais, não sendo possível, todavia, na maioria dos casos, 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 por 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, verificada com o impedimento do desempenho das atividades inerentes ao cargo 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.

ESCLEROSE MÚLTIPLA

1 Conceituação

Enquadra-se no capítulo das doenças desmielinizantes do sistema nervoso central lentamente progressiva, caracterizada por placas disseminadas de desmielinização do cérebro e medula espinhal, resultando em múltiplos e variados sinais e sintomas, geralmente com remissões e exacerbações.

2 Etiologia

A causa é desconhecida, mas há suspeitas de uma anormalidade imunológica, com poucas pistas indicando atualmente um mecanismo específico.

3 Patologia

Placas ou ilhas de desmielinização com destruição de células e prolongamento celulares então disseminados pelo sistema nervoso central, inicialmente na substância branca, podendo atingir os nervos óticos, associando-se a áreas de inflamação perivascular.

4 Sinais e Sintomas

De início insidioso, a doença se caracteriza por queixas e achados de disfunção do sistema nervoso central com remissões e exacer-

bações freqüentes. Os sintomas geralmente se iniciam com dormências e fraquezas nas pernas, mãos, face, distúrbios visuais (cegueira parcial ou dor nos olhos), distúrbio na marcha, dificuldade de controle vesical, vertigens, dentre outros.

Ocorrem 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, tremores nas mãos e na cabeça, fraqueza muscular. As lesões cerebrais podem resultar em hemiplegia. Ocorrem tardiamente atrofia muscular e espasmos musculares dolorosos.

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

5 Curso

Variado e imprevisível com remissões e exacerbações intercalados 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 freqüentes, o curso é decadente e fatal em até um ano.

6 Diagnóstico

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

Exames para avaliar o diagnóstico

- a) Exame do líquido cefalorraquidiano (anormal até 55% dos casos).
- b) Avaliação por ressonância magnética (é técnica mais sensível, podendo mostrar as placas).
- c) Potencial evocado (são análises das respostas elétricas repetidas pela estimulação de um sistema sensorial, geralmente alterados).

7 Tratamento

Não há terapia específica. As remissões espontâneas tornam qualquer tratamento difícil de avaliar. A terapia com corticosteróides tem pouco valor: o uso de agentes imunossupressores está sob investigação. Grande parte do tratamento está centrada em medidas fisioterápicas e de apoio psicológico.

ESPONDILOARTROSE ANQUILOSANTE

1 Conceituação

Espandilite 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 esses e os ligamentos da coluna. O processo geralmente se inicia pelas sacroilíacas e, ascensionalmente, atinge a coluna vertebral. Há grande tendência para a ossificação dos tecidos inflamados e desta resultar rigidez progressiva da coluna. As articulações periféricas também podem ser comprometidas, principalmente as das raízes dos membros (ombros e coxofemorais), daí a designação rizomélica.

2 Entende-se por anquilose ou ancilose a rigidez ou a 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.

3 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, apesar de a Escola Francesa utilizar a designação de pelviespondilite reumática.

4 As artropatias degenerativas da coluna vertebral, também conhecidas como artroses, osteoartrites ou artrites hipertróficas,

acarretam maior ou menor limitações dos movimentos da coluna pelo comprometimento das formações extra-articulares e não determinam anquilose.

5 Proposta de procedimentos para a junta médica:

- 5.1 As Juntas Médicas procederão ao enquadramento legal dos portadores de espondilite anquilosante, pela invalidez permanente acarretada por essa doença.
- 5.2 Ao firmarem seus laudos, as juntas médicas deverão fazer contar:
 - a) o diagnóstico nosológico;
 - b) a citação expressa da existência da anquilose da coluna vertebral;
 - c) a citação dos segmentos da coluna atingidos.
- 5.3 As juntas médicas farão o enquadramento legal equiparado ao da espondiloartrose anquilosante aos portadores de artropatias degenerativas da coluna vertebral em estado grave, com extenso comprometimento e acentuado prejuízo à mobilidade da coluna vertebral.
- 5.4 As juntas médicas acrescentarão, entre parênteses, a expressão “equivalente à espondilite anquilosante”, ao concluírem os laudos dos portadores de extensa imobilidade que se tornaram total e permanentemente incapacitados para qualquer trabalho.
- 5.5 As juntas médicas, além dos elementos clínicos de que disponham e dos pareceres da medicina especializada, deverão ter os seguintes exames subsidiários elucidativos:
 - a) comprovação radiológica de anquilose ou do comprometimento da coluna vertebral e bacia (articulações sacroilíacas);
 - b) cintilografia óssea;
 - c) teste sorológico específico HLA – B 27;
 - d) tomografia computadorizada de articulações sacroilíacas e coluna.

ESTADOS AVANÇADOS DA DOENÇA DE PAGET (OSTEÍTE DEFORMANTE)

1 Conceituação

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

2 A evolução da doença, que pode acompanhar-se de sintomatologia dolorosa e fraturas espontâneas, 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.

2.1 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.

Do mesmo modo que essas formas avançadas, beneficiam-se também das vantagens da lei as formas complicadas de transformações sarcomatosas.

As formas localizadas e assintomáticas não se incluem entre aquelas amparadas em lei devido a não serem invalidantes.

HANSENÍASE

1 Conceituação

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa de notificação compulsória, causada pelo *Mycobacterium leprae* (bacilo de Han-

sen), de curso crônico, podendo apresentar surtos reacionais intercorrentes. São consideradas quatro formas clínicas: indeterminada, tuberculóide, dimorfa e virchowiana.

Atualmente, o diagnóstico de hanseníase baseia-se fundamentalmente no exame clínico e na baciloscopia, que nos fornece o Índice Baciloscópico (IB), levando a classificar os pacientes em paucibacilares e multibacilares. De acordo com esse critério, será instituído o seguinte tratamento: seis meses para os paucibacilares e 24 meses para os multibacilares.

Paucibacilares

Critérios clínicos: pacientes classificados como indeterminados e tuberculóides, segundo a Classificação de Madri.

Critérios baciloscópicos: pacientes com todos os esfregaços negativos (Índice Baciloscópico igual a zero – IB = 0) ou baciloscopia negativa.

Multibacilares

Critérios clínicos: pacientes classificados como virchowianos, dimorfos ou não-classificados.

Critérios baciloscópicos: paciente com baciloscopia positiva (+, ++, +++), em qualquer esfregaço examinado, ou seja, qualquer resultado diferente do negativo.

A doença, por si só, não leva a pessoa a ser afastada de suas atividades laborativas, uma vez que ao iniciar a terapia específica (poliquimioterapia), o portador bacilífero torna-se não-contagante logo na terceira semana de tratamento. Em algumas avaliações por especialistas, os casos multibacilares poderão ser afastados de suas atividades por período de três semanas.

O que pode levar ao afastamento das atividades laborativas são os casos de episódios reacionais (reação tipo I e II), com sintomas gerais como: febre, mal-estar geral, neurites agudas ou subagudas, levando à dor, alteração da sensibilidade (parestesias e hipoestésias) e diminuição da força muscular e/ou da precisão de movimentos, o que leva à incapacidade temporária ou definitiva, podendo ser avaliadas por especialistas como dermatologista, neurologista, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta e outros.

Avaliação dos Graus de Incapacidade

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

Graus	MÃO	E	D	PÉ	E	D	Olho	E	D
	Sinais e/ou sintomas			Sinais e/ou sintomas			Sinais e/ou sintomas		
0	Nenhum problema com as mãos devido à hanseníase			Nenhum problema com os pés devido à hanseníase			Nenhum problema com os olhos devido à hanseníase		
1	Anestesia			Anestesia			Sensibilidade corneana diminuída ou ausente		
2	Úlceras e lesões traumáticas, garra móvel da mão, reabsorção discreta			Úlceras tróficas, garra dos artemhos, pé caído, reabsorção discreta			Lagofalmo e/ou ectrópio, triquíase, opacidade corneana		
3	Mão caída, articulação anquilosada, reabsorção intensa			Contratura, reabsorção intensa			Acuidade visual menor que 0,1, ou não conta dedos a 6 metros		
Soma									
	Maior grau atribuído								

	Sim	Não
Comprometimento da laringe		
Desabamento do nariz		
Paralisia facial		
	OD	OE
Acuidade visual		

2. As juntas médicas farão o enquadramento da invalidez permanente por hanseníase dos inspecionados que:
- permanecerem com sinais de atividade clínica após completarem o tratamento;
 - tiverem a ocorrência de atividade clínica após a alta por cura, isto é, recidiva;
 - manifestarem surtos reacionais freqüentes durante o tratamento ou após a cura;
 - apresentarem seqüelas invalidantes.

NEFROPATIA GRAVE

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

- sintomas clínicos;
- alterações bioquímicas.

Em decorrência, será considerada nefropatia grave a enfermidade de evolução aguda ou crônica, que, em caráter transitório ou permanente, acomete de tal forma o rim, a ponto de ocasionar grave insuficiência renal e/ou acarretar risco de vida. Para a avaliação da insuficiência renal pelas alterações bioquímicas, pode ser adotada a Classificação da American Heart Association (1971), baseada na gravidade da perturbação funcional do rim, medida pelo *clearance* de creatinina ou pela dosagem de creatinina no soro. O critério primário da medida de taxa de filtração glomerular por meio do *clearance* é o mais preciso, mas na impossibilidade deve-se usar o critério secundário da creatinina sérica.

CLASSIFICAÇÃO DAS NEFROPATIAS PELA AHA (1971)			
Classe		Taxa de filtração glomerular	Creatinina sérica
A	Primário Secundário	Normal	Normal
B	Primário Secundário	Reduzida a 50%	Normal a 2,4 mg%
C	Primário Secundário	Reduzida entre 20 e 50%	Entre 2,5 mg e 4,9 mg%
D	Primário Secundário	Reduzida entre 10 e 20%	Entre 5,0 mg e 7,9 mg%
E	Primário Secundário	Menor que 10%	Entre 8 mg e 12 mg%
F	Primário Secundário	Inferior a 5%	Superior a 12 mg%

São consideradas nefropatias graves:

- as nefropatias incluídas nas classes de C a F da Classificação da AHA, independentemente dos sintomas clínicos;
- as nefropatias incluídas na classe B, sempre que acompanhadas de sintomas considerados graves.

NEOPLASIAS MALIGNAS

1 Conceituação

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

O exame médico-pericial tem por objetivo a verificação:

- do diagnóstico da neoplasia por meio de exame histopatológico ou citológico;
- da extensão da doença e a presença de metástases;
- do tratamento cirúrgico, quimioterápico ou radioterápico;
- do prognóstico da evolução da doença;
- do grau de incapacidade parcial ou total, temporária ou permanente;
- da correlação da incapacidade com a função do servidor.

Proposta de procedimento para as juntas médicas

As juntas médicas farão o enquadramento da incapacidade definitiva (invalidez) por neoplasia maligna dos periciados que satisfizerem uma das condições abaixo citadas:

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

Serão considerados portadores de neoplasia maligna, durante os cinco primeiros anos de acompanhamento clínico, os servidores cuja doença for susceptível de tratamento cirúrgico, radioterápico e/ou quimioterápico, mesmo que o seu estadiamento clínico indicar bom prognóstico.

Não serão considerados portadores de neoplasia maligna os servidores submetidos a tratamento cirúrgico, radioterápico e/ou quimioterápico, e, após cinco anos de acompanhamento clínico e laboratorial, não apresentarem evidência de atividade da neoplasia.

As juntas médicas deverão, ao firmar o diagnóstico, citar o tipo anatomopatológico da neoplasia, sua localização, presença ou não de metástases, estadiamento clínico e acrescentar a expressão neoplasia maligna, para fim de enquadramento legal.

PARALISIA IRREVERSÍVEL E INCAPACITANTE

1 Conceituação

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

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

3 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 motilidade, a sensibilidade e a troficidade e que tornem o inspecionando total e permanentemente impossibilitado para qualquer trabalho.

4 São equiparadas às paralisias as lesões osteomusculoarticulares, exceto as da coluna vertebral, e vasculares graves e crônicas, 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.

4.1 Não se equiparam às paralisias, as lesões osteomusculoarticulares envolvendo a coluna vertebral.

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

6 Classificação das paralisias

6.1. 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.

7 Proposta de procedimento para as juntas médicas

- 7.1 Os portadores de paralisias irreversíveis e incapacitantes de um dos tipos descritos nas alíneas de “a” a “f”, satisfeitas as condições conceituais especificadas no item 3 desta proposta, serão considerados total e permanentemente impossibilitados para qualquer trabalho.
- 7.2 As juntas médicas deverão especificar em seus laudos os diagnósticos etiológicos e o caráter definitivo e permanente de lei.
- 7.3 As juntas médicas deverão declarar entre parênteses, após enunciar o diagnóstico, a expressão “equivalente à paralisia irreversível e incapacitante”, quando concluírem pela invalidez dos inspecionados portadores das lesões citadas nos itens 4 e 5 desta proposta, satisfeitas todas as condições constantes desses itens.

A paralisia de um músculo ou grupo de músculos não apresenta por si só motivo para concessão das vantagens da lei e muitas vezes não leva nem à incapacidade. É preciso que, diagnosticada, seja considerada irreversível, após esgotadas todas as medidas terapêuticas disponíveis e esteja localizada de modo a impedir o exercício da atividade inerente ao cargo.

SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA (SIDA/AIDS)

1 Conceito

A sida/aids é uma Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, causada pelo vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), podendo

acometer qualquer indivíduo, mormente os que apresentam um comportamento considerado de risco, resultando em infecções oportunistas, doenças malignas e lesões neurológicas.

Classificação e manifestações clínicas

A infecção pelo HIV pode ser classificada de acordo com as manifestações clínicas e pela contagem de linfócitos T-CD4+.

Quanto às manifestações clínicas, os pacientes podem ser classificados nas categorias a seguir.

- 1 Categoria A: indivíduos com sorologia positiva para o HIV, sem apresentar sintomas clínicos:
 - 1.1 infecção assintomática pelo HIV;
 - 1.2 linfadenopatia generalizada persistente – linfadenomegalia, envolvendo duas ou mais regiões extra-inguinais, com duração de pelo menos três meses, associada à sorologia positiva para o HIV;
 - 1.3 infecção aguda (primária) pelo HIV – síndrome de mononucleose, caracterizada por febre, linfadenomegalia e esplenomegalia. A sorologia para o HIV é negativa, tornando-se positiva geralmente duas a três semanas após o início do quadro clínico.
- 2 Categoria B: indivíduos com sorologia positiva para o HIV, sintomáticos, com as seguintes condições clínicas:
 - 2.1 angiomatose bacilar;
 - 2.2 candidíase vulvovaginal persistente de mais de um mês, que não responde ao tratamento específico;
 - 2.3 candidíase orofaríngea;
 - 2.4 sintomas constitucionais (febre acima de 38,5°C ou diarreia com mais de um mês de duração);
 - 2.5 displasia cervical (moderada ou grave)/carcinoma cervical *in situ*;
 - 2.6 leucoplaquia pilosa oral;

- 2.7 herpes zóster envolvendo pelo menos dois episódios independentes ou mais de um dermatomo;
 - 2.8 púrpura trombocitopênica idiopática;
 - 2.9 listeriose;
 - 2.10 doença inflamatória pélvica, principalmente se for complicada por abscesso tubovariano;
 - 2.11 neuropatia periférica.
- 3 Categoria C (sida/aids): pacientes soropositivos e sintomáticos, que apresentem infecções oportunistas ou neoplasias (doenças que definem a sida/aids):
- 3.1 candidíase esofágica, traqueal ou brônquica;
 - 3.2 criptococose extrapulmonar;
 - 3.3 câncer cervical uterino;
 - 3.4 rinite, esplenite ou hepatite por citomegalovírus;
 - 3.5 herpes simples mucocutâneo com mais de um mês de evolução;
 - 3.6 histoplasmose disseminada;
 - 3.7 isosporíase crônica;
 - 3.8 micobacteriose atípica;
 - 3.9 tuberculose pulmonar ou extrapulmonar;
 - 3.10 pneumonia por *Pneumocystis carinii*;
 - 3.11 pneumonia recorrente com mais de dois episódios em um ano;
 - 3.12 bacteremia recorrente por salmonela;
 - 3.13 toxoplasmose cerebral;
 - 3.14 leucoencefalopatia multifocal progressiva;
 - 3.15 criptosporidiose intestinal crônica;
 - 3.16 sarcoma de Kaposi;
 - 3.17 linfoma de Burkitt imunoblástico ou primário de cérebro;
 - 3.18 encefalopatia pelo HIV;

3.19 síndrome consumptiva pelo HIV.

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

- a) Grupo 1: indivíduos com número absoluto de linfócitos T auxiliares (CD4) igual ao acima de 500/ mm³.
- b) Grupo 2: indivíduos com número absoluto de linfócitos T auxiliares (CD4) entre 200 e 499/ mm³.
- c) Grupo 3: indivíduos com número absoluto de linfócitos T auxiliares (CD4) menor que 200/ mm³.

Quadro de Classificação Clínica e Laboratorial

Grupos	T-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

Obs.: A3, B3, C1, C2 e C3 são considerados sida/aids. Os demais são considerados portadores do vírus HIV.

Crítérios para Enquadramentos*

- 1 Serão considerados incapazes definitivamente para o serviço os examinados classificados nas categorias A3, B3 e C (todos).
- 2 Serão considerados incapazes temporariamente para o serviço os examinados 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 junta médica. Após os dois anos de licença médica, caso permaneçam com sorologia positiva e incapacitados para retorno ao trabalho, serão aposentados.

* Vide Lei n.º 8.112/90, art. 186, §1.º e Lei n.º 9.527/97, art. 186 § 3.º.

- 3 A revisão da aposentadoria, em qualquer situação, será feita por meio de nova inspeção médica pela Junta Oficial.
- 4 Deverá constar, obrigatoriamente, nos laudos de aposentadoria se o examinado é portador do vírus HIV ou de sida/aids, mencionando, ainda, a sua classificação de acordo com o quadro acima (por exemplo: A1).

TUBERCULOSE ATIVA

Considerando, na atualidade, a grande possibilidade de cura dos processos tuberculosos quando diagnosticados em fase precoce e, habitualmente, o bom potencial evolutivo de suas lesões, se corretamente tratadas, torna-se fundamental a avaliação da fase evolutiva da doença ou condição de “atividade” dessas lesões, pois saber sobre tais fatos vai nos permitir estabelecer a noção de cura ou se há boa resposta ao tratamento.

O reconhecimento do acima exposto é absolutamente necessário para os objetivos sociais, administrativos, humanos e particularmente periciais que envolvem essa doença, já que a incapacidade por ela causada pode ser temporária ou permanente, e esses também servirão de base para a admissão, o afastamento do trabalho ou a aposentadoria em condições especiais.

A presença da doença, por si só, não significa a existência de incapacidade laborativa, o que importa é a sua repercussão geral no indivíduo e na sua capacidade de desempenho das atividades a que se destina.

Ficam abrangidos nessa particularidade legal aqueles indivíduos que por infortúnio tenham adquirido ou venham a desenvolver formas resistentes de bacilos da tuberculose, assim refratários aos esquemas terapêuticos existentes, ou aqueles que, na cura, por consequência da resolução cicatricial do processo, possam ter desenvolvido grande limitação funcional que comprometeria sua capacidade para o trabalho ou fragilizando seu organismo pela doença.

As lesões tuberculosas podem ser classificadas da seguinte maneira:

- ativas: progressivas, regressivas ou crônicas;
- inativas;

- com atividade indeterminada ou de potencial evolutivo incerto;
- curadas.

a) Tuberculose pulmonar

A expressão “tuberculose pulmonar ativa” não traduz, necessariamente, uma evolução desfavorável da doença; significa, antes de tudo, o estado dinâmico ou instável do processo, com possibilidade de progredir, regredir ou permanecer estacionário (cronificado) num certo período de tempo.

Para a avaliação do potencial de atividade das lesões tuberculosas, consideraremos como lesões ativas aquelas que preencherem, principalmente do ponto de vista bacteriológico e radiológico, as exigências a seguir

Bacteriológico: presença no exame direto ou na cultura, de qualquer secreção ou material de biópsia, do *M. tuberculosis*. O diagnóstico bacteriológico é realizado na rotina médica por meio de baciloscopia e cultura. Para resultados mais fidedignos, é recomendada a execução de pelo menos três exames em amostras diferentes ou o exame de material colhido durante 24 horas. Caso não haja expectoração, outras técnicas devem ser empregadas – exame direto e cultura do material da biópsia ou do lavado bronquíolo-alveolar. A inoculação em cobaias fica reservada para casos muito especiais, onde possam haver dúvidas na identificação do bacilo.

Radiológico: deverá ser valorizado o caráter infiltrativo – inflamatório das lesões, traduzido pela presença de reação perifocal, instabilidade dessas demonstradas nas radiografias em série, presença de cavidades com paredes espessas com ou sem líquido no seu interior, importante reação inflamatória perifocal, presença de derrame pleural associado ou não a complexo gânglio-pulmonar recente.

Clínico: em algumas situações podemos considerar uma lesão como ativa mesmo na ausência de comprovação bacteriológica, isso se dá nos casos das “lesões mínimas” ou nas formas miliares, geralmente paucibacilares. Aqui, devemos valorizar mais os sinais e sintomas sindrômicos, o aspecto e a localização radiológica das lesões, o conhecimento do contágio conhecido e a prova tuberculínica com viragem recente (PPD reator-forte). Mesmo considerando a inespecificidade dos sintomas da doença.

Cabe chamar a atenção para que em certos pacientes incorretamente tratados, apresentando lesões suspeitas de atividade e prova tuberculínica positiva, pode ser muito difícil o achado do bacilo no exame direto das secreções pleuropulmonares.

Assim, exceto nos casos em que tenha ocorrido ao final de vários testes terapêuticos, comprovada resistência bacilar aos esquemas usados ou nos casos em que, por consequência da resolução fibrocicatrizial de cura, tenha ocorrido importante limitação funcional respiratória (superior a 55% do volume corrente ou da capacidade pulmonar total) que, portanto, imponham importante limitação física ou profilática/sanitária ao indivíduo, se cogitará sobre a aposentadoria por tuberculose pulmonar (TP).

b) Tuberculose ganglionar

As localizações mais freqüentes são as mediastínicas e nos gânglios periféricos cervicais.

Os gânglios cervicais que aumentam de volume, inicialmente apresentam-se duros, posteriormente, tendenciam ao amolecimento, caseificando-se e geralmente drenam para o exterior; o seu diagnóstico é feito pela biópsia complementada por exame histopatológico e bacteriológico desse material. Essa forma de apresentação da doença é relativamente rara e dificilmente causará incapacidade permanente.

c) Tuberculose renal

O diagnóstico etiológico da atividade e da cura do comprometimento renal pela tuberculose é realizado pelos exames a seguir.

Bacteriológico: comprovando, por meio de baciloscopia direta, cultura ou inoculação em animais sensíveis, da urina ou de material colhido por endoscopia ou punção, a presença do *M. tuberculosis*. A urina deve ser a primeira da manhã e os exames repetidos em seis amostras independentes. "A comprovação bacteriológica é a única que pode afirmar o diagnóstico e a atividade das lesões, mas, nesses casos, só é positiva em 50% dos examinados".

Radiológico: quando revela alterações renais, com lesão dos cálices (que podem chegar até a destruição total desses), dos bacinetes e/ou ureteres.

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

d) Tuberculose óssea

As localizações mais freqüentes são vertebral e depois coxo-femoral.

No mal de Pott, além dos sinais clínicos de dor e infecção geral, há, na radiologia, o aparecimento de lesões destrutivas de aspecto cuneiforme, estreitamento do espaço discal e fusão dos corpos vertebrais. Para a confirmação do diagnóstico de atividade, devemos usar como auxiliares radiografias, biópsias ganglionares e punção de abscessos, sempre tentando a confirmação bacteriológica das lesões.

Nos exames para verificação de saúde e aptidão para ingresso no serviço público, a constatação de tuberculose ativa leva, na ocasião, à inabilitação do candidato. Já, ao contrário, a comprovação de lesão inativa ou residual, em si só, não inabilita o candidato. Nesses casos, entretanto, se faz necessário uma criteriosa avaliação das seqüelas porventura presentes e sua repercussão sobre a capacidade laborativa atual e futura do indivíduo.

Os inspecionados portadores de tuberculose ativa permanecerão em licença para tratamento de saúde até que a baciloscopia no escarro seja negativa e que ocorra recuperação clínica do paciente, quando poderão ser julgados aptos, a despeito da necessidade de continuarem a quimioterapia pelo tempo previsto e sob vigilância médica.

De modo a comprovar com segurança a atividade da doença, as juntas médicas deverão reavaliar o paciente ao término do tratamento, que tem duração de seis meses, e basear suas conclusões, obrigatoriamente, em observações clínicas e exames subsidiários.

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

Os inspecionados considerados curados em um período inferior a dois anos de afastamento do serviço para tratamento de saúde retornarão ao serviço ativo.

Os servidores que apresentarem lesões em atividade após dois anos de afastamento do serviço, para efetivo tratamento de saúde, e naqueles que ainda restarem dúvidas quanto ao estado evolutivo de suas lesões tuberculosas, após o mesmo período de tratamento, serão julgados incapazes definitivamente para o serviço ativo como portadores de tuberculose ativa.

As seqüelas das lesões tuberculosas, quando irreversíveis, graves e determinantes de invalidez definitiva do inspecionando, terão enquadramento legal análogo ao dispensado à tuberculose ativa, pois que dela diretamente decorrem.

ORIENTAÇÕES LEGAIS

Extrato da Lei n.º 8.112, de 11/12/90 e da lei n.º 9.527/97

(Estatuto do servidor Público Civil da União)

1) Licença para tratamento de saúde do servidor _ art. 185, inciso I, alínea “d”

Licença inicial _____ art. 203

Prorrogação de licença _____ art. 204

2) Licença por doença em pessoa da família: _____ art. 83

Licença até dois períodos de 30 dias _____ art. 83

Licença após os 60 dias (sem remuneração)_ art. 83, § 2.º

Obs.: serão realizadas perícias singulares às licenças concedidas nos itens 1 e 2, até 30 dias, e às concedidas por maior prazo serão avaliadas por junta médica. Serão também objeto de junta médica as licenças do item 1 que atingirem 30 dias consecutivos ou não, em um mesmo exercício.

3) Licença à gestante: (perícia simples)

Licença por 120 dias _____ art. 207

Licença por natimorto (30 dias) _____ art. 207, § 3.º

Licença em caso de aborto (30 dias) _____ art. 207, § 4.º

4) Licença por acidente em serviço: (sempre com memorando da chefia imediata)

Licença para tratamento _____ art. 211

Licença por acidente no percurso:

Residência/trabalho, trabalho/residência _____
_____ art. 212, parágrafo único

Prova de acidente em serviço (prazo de dez dias para
comunicação) _____ art. 214

Avaliação de tratamento especializado (junta médica) ___ art. 213,
parágrafo único

5) Aposentadoria por invalidez permanente:-_____ art. 186

Aposentadoria proporcional ao tempo de serviço _art. 186, inciso I

Aposentadoria integral:

Por acidente em serviço ou moléstia profissional ___art. 186, inciso I

Por doença especificada em lei _____ art. 186, § 1.º

6) Revisão de proventos de aposentadoria: inativo acometido de
doença especificada em lei

Avaliação por junta médica _____ art. 190

7) Doenças especificadas em lei: doença grave, contagiosa ou incu-
rável.

Tuberculose ativa, alienação mental, esclerose múltipla, neo-
plasia maligna, cegueira posterior ao ingresso no serviço público,
hanseníase, cardiopatia grave, doença de Parkinson, paralisia irre-
versível e incapacitante, espondilartrose anquilosante, nefropatia
grave, estados avançados do mal de Paget (osteíte deformante),
Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (Aids), e outras que a lei
indicar, com base na medicina especializada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Lei n. 8.112, de 11 de novembro de 1990. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais.

_____. Lei n. 9.527, de 10 de dezembro de 1997. Altera dispositivos das Leis n. 8.112, de 11 dez 1990, 8.460, de 17 set 1992, e 2.180, de 5 fev 1954, e dá outras providências.

_____. Ministério da Saúde. *Boletim de Serviço*, Brasília: v. 2, n. 33, v. II, de 15 de agosto de 1997.

_____. Ofício-Circular n. 37, de 16 de agosto de 1996, publicado no DOU n. 172, de 4 de setembro de 1996.

_____. Ministério da Previdência Social. *Perito de pessoal*. [S.l.: s.n.], 1981.

_____. Ministério da Previdência Social. *Manual do médico-perito da previdência social*. [S.l.], 3. ed. 1993.

_____. Portaria Normativa n. 328, de 17 maio 2001. Aprova as normas para avaliação da incapacidade pelas Juntas de Inspeção de saúde. Publicado no DOU n. 98-E, de 22 maio 2001.

_____. Resolução n. 37 do Tribunal de Contas da União. Disciplina a concessão de aposentadoria por invalidez permanentemente prevista no artigo 186, inciso I, c/c o artigo 188 da Lei n. 8.112, de 11 nov 1990 e dá outras providências.

_____. Resolução INANPS n. 291, de 3 fev 1992; BSL/DG n. 27, de 7 fev 1992.

_____. Kamath PS, Wiesner RH, Malinchoc M, Kremers W, Therneau TM, Kosberg CL, et al. A model to predict survival in patients with end-stage liver disease. *Hepatology* 2001; v. 33, n. 2, p. 464-470.

_____. Robert M. Merion - When Is a Patient Too Well and When Is a Patient Too Sick For a Liver Transplant - Liver Transplantation, 10 (10), Suppl2 (October), 2004: ppS69–S73

_____. Pugh RNH, Murray-Lyon IM, Dawson JL, et al. Transection of the esophagus for bleeding oesophageal varices. *Br J Surg* 1973;60:646-9

_____. T. R. Harrison, W. R. Resnick, M. M. Winhobe, E. Braunwald, A.S. Fauci et al. Abordagem ao paciente com doença hepática. *Medicina Interna*; 15ª edição –2002; 1808-1823.

Classificação das Cardiopatias New York Heart Association.

Centers for Disease Control (CDC), Atlanta-USA, 1993.

FILOMENO, A. P.; DINIZ, P. M. F.; DINIZ, V. M. Manual sobre a saúde física e mental do servidor público civil da União. [S.l.]: Editora Brasília Jurídica Ltda, 1998.

CARDIOPATIA GRAVE – CONSENSO NACIONAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC)

A importância da expressão cardiopatia grave, na área médica, resultou de sua utilização na área jurídica, com implicações em múltiplos campos do Direito, particularmente o trabalhista, o previdenciário e o tributário. O tema, complexo e de difícil conceituação, foi objeto de debates durante a reunião de consenso organizada pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC)⁴, com a participação de 40 cardiologistas, em Angra dos Reis, de 2 a 4 de abril de 1993, da qual resultou este documento pioneiro, já que não existe na literatura especializada qualquer referência ao assunto. A dificuldade, sob o ponto de vista estritamente médico, advém da necessidade de se englobarem, no conceito, todas as doenças relacionadas ao coração, tanto crônicas quanto agudas.

As cardiopatias agudas, habitualmente rápidas em sua evolução, podem tornar-se crônicas, passando ou não a caracterizar uma cardiopatia crônica grave, ou evoluir para o óbito, situação que, desde logo, deve ser considerada como cardiopatia grave, com todas as injunções legais.

Ficou estabelecido que a cardiopatia crônica é grave quando limita, progressivamente, a capacidade funcional e profissional, não obstante o tratamento clínico e/ou cirúrgi-

⁴ Consenso Nacional sobre Cardiopatia Grave da Sociedade Brasileira de Cardiologia – abril de 1993.

co adequado, ou quando pode induzir à morte prematura. A limitação de que trata o conceito é definida habitualmente pela presença de uma ou mais das seguintes síndromes: insuficiência cardíaca, insuficiência coronária, arritmias complexas, bem como hipoxemia e manifestações de baixo débito cerebral, secundárias a uma cardiopatia. Para insuficiência cardíaca e/ou coronária, classificam-se como graves as enquadradas nas classes III e IV da classificação da NYHA e, eventualmente, as da classe II, na dependência da idade, da atividade profissional e da incapacidade de reabilitação. Sob o aspecto estritamente médico, cardiopatia grave implica tão-somente em prognóstico reservado em relação à morbidade, à história natural da cardiopatia, à qualidade de vida e à mortalidade. Do ponto de vista socioeconômico e legal, implica impossibilidade de o paciente desempenhar uma atividade profissional em sua plenitude, comprometendo o seu padrão de vida e o de sua família, podendo levá-la ao desamparo, na eventualidade de morte prematura.

Este documento visa, em especial, a oferecer aos cardiologistas subsídios para melhor avaliação e padronização do prognóstico dos cardiopatas, caracterizando com maior precisão sua gravidade. Por sua condição pioneira, é um documento aberto, dinâmico, que não pretende ser definitivo, porém, sujeito a reformulações, aperfeiçoamentos e atualizações, na medida em que sua aplicação prática assim o indicar, e a ciência médica evoluir, alterando a história natural e o prognóstico de determinadas cardiopatias.

Dadas as dificuldades inerentes ao problema, a SBC julga que o diagnóstico de cardiopatia grave seja da responsabilidade de uma junta, composta por três cardiologistas titulados. O quadro clínico, bem como os recursos complementares, com os sinais e sintomas que permitem estabelecer o diagnóstico de cardiopatia grave, como acima definido, está relacionado para as seguintes cardiopatias: cardiopatia isquêmica, cardiopatia hipertensiva, miocardiopatias, valvopatias, cardiopatias congênitas, arritmias e cor pulmonale crônico.

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

1 Cardiopatia Isquêmica

1.1 Quadro Clínico

- Angina, classes III e IV da NYHA e da Canadian Cardiovascular Society, apesar da terapêutica.
- Manifestações clínicas de insuficiência cardíaca.
- Arritmias (associar com dados de ECG e Holter).

1.2 Eletrocardiograma (repouso)

- Zona elétrica inativa (localização e magnitude).
- Alterações isquêmicas de ST-T.
- Distúrbios da condução atrioventricular e intraventricular.
- Hipertrofia ventricular esquerda.
- Fibrilação atrial crônica.
- Arritmias ventriculares complexas (associar com dados do Holter).

1.3 Radiografia do Tórax

- Cardiomegalia.
- Congestão venocapilar pulmonar.

1.4 Teste Ergométrico

- Limitação da capacidade funcional (< 5 MET).
- Angina em carga baixa (< 5 MET).
- Infradesnível do segmento ST:
 - precoce (carga baixa);
 - acentuado (> ou = 3 mm);
 - morfologia horizontal ou descendente;
 - múltiplas derivações;
 - duração prolongada (> 6 min no período de recuperação).
- Supradesnível de ST, sobretudo em área não relacionada a infarto prévio:

- comportamento anormal da pressão arterial diastólica (variação de PD $>$ ou $=$ 30 mmHg);
 - insuficiência cronotrópica (elevação inadequada da frequência cardíaca);
 - sinais de disfunção ventricular esquerda associada ao esforço;
 - arritmias ventriculares, desde que associadas a outros sinais de resposta isquêmica.
- 1.5 Cintigrafia miocárdica Associada a Teste Ergométrico (Tálio, MIBI, Tecnécio)
- Defeitos de perfusão múltiplos ou áreas extensas (áreas hipocaptantes definitivas ou transitórias).
 - Dilatação da cavidade ventricular esquerda ao esforço.
 - Hiper captação pulmonar.
 - Fração de ejeção (FE) em repouso $<$ ou $=$ 0,35 (valor específico para o método).
 - Comportamento anormal da FE ao exercício (variação da FE $<$ 5%).
 - Motilidade parietal regional ou global anormal.
- 1.6 Cintigrafia Miocárdica Associada a Dipiridamol e outros fármacos
- Interpretação semelhante e definida para a cintigrafia com teste ergométrico.
- 1.7 Ecocardiograma (em repouso)
- Fração de ejeção $<$ ou $=$ 0,40 (valor específico para o método).
 - Alterações segmentares da contratilidade ventricular.
 - Dilatação das câmaras esquerdas, especialmente se associadas à hipertrofia ventricular esquerda.
 - Complicações associadas: disfunção dos músculos papilares, insuficiência mitral, comunicação interventricular, pseudo-aneurismas, aneurismas, trombos intracavitários.

- 1.8 Associado a esforço ou procedimentos farmacológicos
- Aparecimento de alterações da contratilidade segmentar inexistentes no ECO em repouso.
 - Acentuação das alterações de contratilidade preexistentes.
 - Comportamento anormal da FE ao exercício (variação da FE < 5%).
- 1.9 Eletrocardiografia Dinâmica (Holter)
- Alterações isquêmicas (ST-T) associadas à dor anginosa ou sintomas de disfunção ventricular esquerda.
 - Isquemia miocárdica silenciosa (magnitude e duração).
 - Arritmias ventriculares complexas.
 - Fibrilação atrial associada à isquemia.
 - Distúrbios de condução atrioventricular e intraventricular relacionados à isquemia.
- 1.10 Cinecoronarioventriculografia
- Lesão de tronco de coronária esquerda > ou = 50%.
 - Lesões triarteriais moderadas a importantes (> ou = 70% do terço proximal ou médio), e “eventualmente do leito distal, dependendo da massa miocárdica envolvida”.
 - Lesões bi ou uniarteriais > ou = 70%, com grande massa miocárdica em risco.
 - Lesões ateromatosas extensas e difusas.
 - Fração de ejeção < ou = 0,40.
 - Hipertrofia e dilatação ventricular esquerdas.
 - Áreas significantes de acinesia, hipocinesia e discinesia.
 - Aneurisma de ventrículo esquerdo.
 - Complicações mecânicas: insuficiência mitral, comunicação interventricular.

1.11 Fatores de risco e condições associadas

- Idade >70 anos, hipertensão, diabetes, hipercolesterolemia familiar.
- Vasculopatia aterosclerótica importante em outros territórios (central, periférica).

1.12 Pós-infarto do miocárdio

- Disfunção ventricular esquerda (áreas de acinesia, hipocinesia e discinesia).
- Isquemia a distância (em outra área que não a do infarto).
- Arritmias ventriculares complexas.
- Idade avançada.
- Condições associadas.

Quando o tratamento adequado – clínico, intervencionista ou cirúrgico – melhorar ou abolir as alterações acima descritas, o conceito de gravidade deve ser reconsiderado e reavaliado.

2 Cardiopatia Hipertensiva

Do ponto de vista exclusivamente de cifras, é considerada grave a hipertensão arterial $>$ ou $=$ 200/115 mmHg, não obstante o tratamento adequado. Se a pressão diastólica for menor do que 110 mmHg e acompanhada de danos a órgãos-alvo, é definida como cifra baixa complicada. Se a pressão diastólica for $>$ ou $=$ 110 mmHg e acompanhada de dano a órgãos-alvo, é definida como cifra alta complicada. Os órgãos-alvo que podem ser comprometidos por uma cifra baixa durante longo tempo, ou por cifras altas durante curto tempo, são o coração, o cérebro, os rins, as artérias periféricas e a retina.

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

Na cardiopatia hipertensiva, a gravidade é caracterizada pela presença das seguintes condições:

- hipertrofia ventricular esquerda detectada pelo ECG ou ecocardiograma, que não regride com o tratamento;
- disfunção ventricular esquerda sistólica, com fração de ejeção $<$ ou = 0,40;
- arritmias supraventriculares e ventriculares relacionadas à hipertensão arterial;
- cardiopatia isquêmica associada.

A cardiopatia hipertensiva é agravada, ainda, pelo comprometimento de outros órgãos-alvo, como abaixo discriminado:

- em relação ao cérebro: isquemia cerebral transitória, acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico;
- em relação aos rins: creatinina $>$ 3,0 mg/dl;
- em relação às artérias periféricas: aneurisma e/ou dissecção da aorta, trombose arterial periférica, estenose de carótida $>$ ou = 70%;
- em relação à retina: hemorragias, exsudato e papiledema, especialmente quando não regridem com tratamento adequado.

3 Miocardiopatias

3.1 Miocardiopatias Hipertroóficas

- História familiar de morte súbita.
- Paciente sintomático, especialmente história de síncope, angina, insuficiência cardíaca e embolia sistêmica.
- Diagnóstico na infância (baixa idade).
- Hipertrofia moderada ou severa, com alterações isquêmicas de ST-T.
- Cardiomegalia.
- Disfunção ventricular esquerda sistólica.
- Fibrilação atrial.
- Síndrome de Wolff Parkinson-White.

- Arritmias ventriculares complexas.
- Regurgitação mitral importante.
- Doença arterial coronária associada.
- Forma obstrutiva com gradiente de via de saída $>$ ou $= 50$ mm Hg.

3.2 Miocardiopatias Dilatadas

- História de fenômenos tromboembólicos.
- Cardiomegalia importante.
- Ritmo de galope (B3).
- Insuficiência cardíaca, classe funcional III e IV.
- Fração de ejeção $<$ ou $= 0,30$.
- Fibrilação atrial.
- Arritmias ventriculares complexas.
- Distúrbios da condução intraventricular.

3.3 Miocardiopatia Restritiva (endomiocardiofibrose, fibroelastose)

- História de fenômenos tromboembólicos.
- Cardiomegalia.
- Insuficiência cardíaca, classe funcional II e IV.
- Envolvimento do ventrículo direito ou biventricular.
- Fibrose acentuada.
- Regurgitação mitral e/ou tricúspide importante.

3.4 Cardiopatia Chagásica Crônica

- História de síncope e/ou fenômenos tromboembólicos.
- Cardiomegalia acentuada.
- Insuficiência cardíaca, classe funcional III e IV.
- Fibrilação atrial.
- Arritmias ventriculares complexas.

- Bloqueio bi ou trifascicular sintomático.
- Bloqueio atrioventricular de grau avançado.

4 Valvopatias

4.1 Insuficiência Mitral

4.1.1 Quadro clínico

- Insuficiência cardíaca, classe funcional III e IV.
- Frêmito sistólico palpável na região da ponta.
- Primeira bulha inaudível ou acentuadamente hipofonética no foco mitral.
- Sopro holossistólico no foco mitral, de intensidade $>3/6$, com irradiação em faixa ou círculo.
- Segunda bulha hiperfonética no foco pulmonar.
- Desdobramento amplo e constante da segunda bulha no foco pulmonar.

4.1.2 Eletrocardiograma

- Sinais progressivos de sobrecarga atrial e ventricular esquerdas.
- Fibrilação atrial.

4.1.3 Estudo radiológico

- Aumento acentuado da área cardíaca, com predominância das cavidades esquerdas.
- Sinais de congestão venocapilar pulmonar.
- Sinais de hipertensão pulmonar.

4.1.4 Ecocardiograma

- Presença de jato regurgitante de grande magnitude.
- Comprometimento progressivo da função ventricular sistólica.
- Aumento significativo do diâmetro sistólico do ventrículo esquerdo.

- Inversão do fluxo sistólico em veia pulmonar.
- Sinais de hipertensão pulmonar.

4.1.5 Hemodinâmica e Angiografia

- Onda "V" com valor $>$ ou $= 3$ vezes, em relação à média do capilar pulmonar.
- Opacificação do átrio esquerdo, igual ou maior que a do ventrículo esquerdo: graus III e IV da classificação de Sellers.
- Fração de regurgitação $>$ ou $= 60\%$ (FR = volume de regurgitação/volume sistólico total).

4.2 Estenose Mitral

4.2.1 Quadro Clínico

- História de comissurotomia mitral prévia.
- Fenômenos tromboembólicos.
- Insuficiência cardíaca, classe funcional III e IV.
- Episódios de edema pulmonar agudo.
- Escarros hemoptóicos.
- Fibrilação atrial.
- Estalido precoce de abertura da valva mitral.
- Impulsão sistólica de ventrículo direito.
- Segunda bulha hiperfonética no foco pulmonar.
- Sinais de insuficiência tricúspide.

4.2.2 Eletrocardiograma

- Fibrilação atrial.
- Sinais de sobrecarga de câmaras direitas.

4.2.3 Estudo radiográfico

- Inversão do padrão vascular pulmonar.
- Sinais de hipertensão venocapilar pulmonar.
- Sinais de hipertensão arteriolar pulmonar.

4.2.4 Ecocardiograma

- Área valvar < 1,0 cm².
- Tempo de 1/2 pressão > 200 ms.
- Gradiente transvalvar mitral médio > 15 mmHg.
- Sinais de hipertensão pulmonar (pressão sistólica da artéria pulmonar > 50 mmHg).
- Presença de trombo no átrio esquerdo.

4.2.5 Hemodinâmica

- Área valvar < 1,0 cm².
- Gradiente diastólico mitral médio > 15 mmHg.
- Pressão média de capilar pulmonar ou de átrio esquerdo > 20 mmHg.
- Pressão sistólica da artéria pulmonar > 50 mmHg.

4.3 Insuficiência Aórtica

4.3.1 Quadro Clínico

- Insuficiência cardíaca, classe funcional III e IV.
- Manifestações de baixo débito cerebral (tontura, lipotímia, síncope).
- Síndrome de Marfan associada.
- Presença de galope ventricular (B3).
- Sopro de Austin-Flint na ponta.
- Ictus hipercinético, deslocado externamente.
- Pressão diastólica próxima a zero.
- Queda progressiva da pressão arterial sistólica.

4.3.2 Eletrocardiograma

- Sinais de sobrecarga ventricular esquerda com onda T negativa em precordiais esquerdas.
- Sinais de sobrecarga atrial esquerda.
- Fibrilação atrial.

4.3.3 Estudo radiográfico

- Aumento importante da área cardíaca com franco predomínio de ventrículo esquerdo (aspecto em “bota”).
- Dilatação da aorta ascendente, da croça e do segmento descendente.
- Dilatação do átrio esquerdo.

4.3.4 Ecocardiograma

- Jato regurgitante AO/VE largo e extenso.
- Fluxo reverso holodiastólico da aorta descendente.
- Abertura valvar mitral ocorrendo somente com a sístole atrial.
- Piora progressiva dos parâmetros da função sistólica ventricular esquerda.
- Queda da fração de ejeção ao ecocardiograma de esforço.

4.3.5 Medicina nuclear associada a teste ergométrico

- Comportamento anormal da fração de ejeção.

4.3.6 Hemodinâmica e Angiografia

- Baixa pressão diastólica da aorta, tendendo à equalização das pressões diastólicas aortoven-triculares.
- Pressão diastólica final do Ventrículo Esquerdo (Pd_2VE) elevada ($>$ ou $=$ 20 mmHg).
- Opacificação igual ou mais densa do ventrícu-lo esquerdo em comparação com a aorta, du-rante aortografia (graus III e IV de Sellers).
- Fração de regurgitação $>$ ou $=$ 60 mmHg.

4.4 Estenose aórtica

4.4.1 Quadro Clínico

- Sintomas de baixo débito cerebral (tontura, li-potimia, síncope).

- Angina de peito.
- Presença de terceira bulha.
- Insuficiência cardíaca.
- Pressão arterial diferencial reduzida.
- Pico tardio de intensidade máxima do sopro.
- Desdobramento paradoxal da segunda bulha.
- Fibrilação atrial.

4.4.2 Eletrocardiograma

- Sinais de sobrecarga ventricular esquerda importante, com infradesnivelamento de ST e onda T negativa em precordiais esquerdas.
- Sobrecarga atrial esquerda.
- Fibrilação atrial.
- Arritmias ventriculares.
- Bloqueio atrioventricular total.

4.4.3 Ecocardiograma

- Área valvar $<$ ou $= 0,75 \text{ cm}^2$.
- Gradiente médio de pressão transvalvar aórtica $>$ ou $= 50 \text{ mmHg}$.
- Gradiente máximo $>$ ou $= 70 \text{ mmHg}$.
- Sinais de hipocinesia ventricular esquerda.

4.4.4 Hemodinâmica

- Área valvar $<$ ou $= 0,75 \text{ cm}^2$.
- Hipocinesia ventricular esquerda.
- Coronariopatia associada.

4.4.5 Prolapso Valvar Mitral

- História familiar de morte súbita.
- História de síncope.
- Fenômenos tromboembólicos.

- Síndrome de Marfan associada.
- Arritmias ventriculares complexas.
- Fibrilação atrial.
- Disfunção ventricular esquerda.
- Regurgitação mitral importante.
- Prolapso valvar tricúspide associado.
- Cardiomegalia (aumento de câmaras esquerdas).
- Rotura de cordoalhas tendíneas.

5 Cardiopatias Congênicas

Caracterizam-se como graves as cardiopatias congênicas que apresentam:

5.1 Do ponto de visto clínico

- Crises hipoxêmicas.
- Insuficiência cardíaca (classe III e IV).
- Hemoptises, pela presença de circulação colateral brônquica.
- Arritmias de difícil controle e potencialmente malignas.

5.2 Do ponto de vista anatômico

- Doença arterial pulmonar.
- Necrose miocárdica por doença coronária ou origem anômala das artérias coronárias.
- Drenagem anômala total infracardiaca ou com obstruções severas da conexão das veias pulmonares com as sistêmicas.
- Hipotrofia ventricular direita.
- Agenesias valvares (pulmonar e aórtica).
- Hipoplasia ou atresia de valvas pulmonares, aórtica e mitral.
- Hipoplasia ou atresia do coração esquerdo.

- Estenose mitral.
- Transposição das grandes artérias com hiper-resistência pulmonar ou ausência de comunicações.
- Ventrículos únicos com atresias valvares.
- Ectopias cardíacas com alterações múltiplas.
- Cardiopatias complexas.

5.3. Do ponto de vista anatomofuncional

- Sobrecargas diastólicas ventriculares associadas à hipoccontratibilidade ventricular acentuada, com manifestações clínicas.
- Sobrecargas sistólicas ventriculares com hipertrofia importante e desproporcionada ou com miocardioclerose e manifestações clínicas.
- Cardiopatias hipertróficas acentuadas, com manifestações clínicas.

6 Arritmias Cardíacas

Constituem-se características de maior gravidade:

- Disfunção do nó sinusal sintomático, com comprovada correlação sintomas/arritmia, e especialmente em presença de síndrome braditaquiarritmia.

6.1 Bradiarritmias

- Bloqueio atrioventricular (BAV) do 2.º grau, tipo II, ou BAV avançado.
- Bloqueio atrioventricular total:
Sintomático:
 - com resposta cronotrópica inadequada ao esforço;
 - com cardiomegalia progressiva;
 - com insuficiência cardíaca.
- Fibrilação atrial com resposta ventricular baixa.
- Bloqueios de ramo (direito ou esquerdo), permanentes ou alternantes, sintomáticos (claudicação cerebral ou insuficiência cardíaca).

6.2 Taquiarritmias

- Taquicardias ventriculares sintomáticas (claudicação cerebral e/ou comprometimento hemodinâmico) de qualquer etiologia.
- Taquicardias supraventriculares sintomáticas (claudicação cerebral, comprometimento hemodinâmico) de qualquer etiologia.
- Taquicardias supraventriculares sintomáticas (claudicação cerebral, comprometimento hemodinâmico, taquicardiomiopatia, fenômenos tromboembólicos) desencadeadas por qualquer mecanismo.

Síndrome de preexcitação, com alto risco de morte súbita, determinado por estudos invasivos.

Portadores de marcapasso cardíaco definitivo (antibradi ou antitaquicardia), cuja capacidade funcional se mantém limitada pela cardiopatia subjacente.

7 Cor pulmonale Crônico

7.1 Quadro clínico

- Manifestações de hipoxia cerebral e periférica (dedos em baqueta de tambor).
- Insuficiência cardíaca direita.
- Dores anginosas.
- Crises sincopais.
- Hiperfonese clangorosa da segunda bulha no foco pulmonar.
- Galope ventricular direito (B3).
- $PO_2 < 60$ mmHg; $PCO_2 > 50$ mmHg.

7.2 Eletrocardiograma

- Sinais de sobrecarga importante de câmaras direitas.

7.3 Ecocardiografia

- Hipertrofia ventricular direita com disfunção diastólica e/ou sistólica.

- Grande dilatação do átrio direito.
- Pressão sistólica em artéria pulmonar, calculada a partir das pressões do VD e AD, $>$ ou $=$ 60 mmHg.
- Insuficiência tricúspide importante.
- Inversão do fluxo venoso na sístole atrial.

7.4 Estudo Hemodinâmico

- Dilatação do tronco da artéria pulmonar.
- Dilatação do ventrículo direito.
- Dilatação do átrio direito.
- Pressão na artéria pulmonar $>$ ou $=$ 60 mmHg.
- Pressão no átrio direito $>$ 15 mmHg.
- Insuficiência pulmonar.
- Insuficiência tricúspide.

ANEXO 2

INTERDIÇÃO DE SERVIDORES ACOMETIDOS DE ALIENAÇÃO MENTAL

- 1 Ao servidor acometido de alienação mental e, nessa condição, incapacitado para os atos da vida civil, será dispensado tratamento peculiar, conforme a legislação específica vigente e as seguintes recomendações.
- 2 Os responsáveis de pessoal regional solicitarão às pessoas indicadas no item abaixo que promovam a interdição e a consequente nomeação de curador para o servidor nas circunstâncias tratadas no item anterior.
 - 2.1 Os responsáveis pelas medidas previstas neste item serão assistidos juridicamente pelas consultorias jurídicas gerais, quando se tratar de servidor da direção-geral, ou pelas consultorias regionais se o servidor for lotado no âmbito dos escritórios regionais.
- 3 O setor de pessoal informará a família do servidor da necessidade legal de interdição e da nomeação de curador, para fins de percepção de vencimentos ou proventos de aposentadoria, proporcionando-lhe a assistência necessária.
- 4 A interdição deverá ser promovida por pessoa da família do servidor, a saber:
 - a) pelo cônjuge não-divorciado, não-desquitado ou não-separado judicialmente;

- b) pelo pai, mãe ou tutor;
 - c) por algum parente próximo.
- 5 Na hipótese de não existir ou de não ser localizada qualquer das pessoas enunciadas no item anterior, ou, ainda, no caso de omissão dessas e após decorridos 60 dias da data da comunicação, o setor de pessoal, com a assistência do órgão jurídico, solicitará, de imediato, providências ao Ministério Público para promover a interdição.
- 6 A interdição será requerida à autoridade judiciária competente, devendo constar da petição os seguintes elementos:
- a) qualificação do interditante (nome, filiação, naturalidade, estado civil e residência);
 - b) condição do interditado aposentado e o ato de aposentadoria (número e data); ou
 - c) condição de licenciado, indicando o número do BS em que foi publicada a concessão da licença para tratamento de saúde;
 - d) informações sobre o cônjuge, se existir, ou pais, ou, ainda descendentes maiores.
- 6.1 A petição será acompanhada de Certidão de Casamento ou de Nascimento do interditado, conforme o caso, e de laudo médico-pericial do GPM, em envelope fechado.
- 6.2 O laudo médico-pericial deverá ser preenchido integralmente, de modo legível e deverá conter, obrigatoriamente, os seguintes elementos:
- a) diagnóstico por extenso;
 - b) menção de que o examinado é incapaz para os atos da vida civil;
 - c) assinatura dos peritos e homologação da chefia do GPM.
- 7 O setor de pessoal manterá dossiê com todos os documentos referentes ao processamento da interdição.
- 7.1 A certidão de sentença declaratória da interdição e nomeação de curador será juntada ao dossiê.

- 8 Mediante requerimento de pessoa da família do interditado, em que se comprometa a promover a interdição dentro do prazo de 60 dias, e de parecer favorável do setor de pessoal, o pagamento dos vencimentos ou proventos poderá ser autorizado a essa pessoa da família, até que seja nomeado curador.
- 9 Findo esse prazo e constatada a inexistência de pedido de interdição, ou, ainda, no caso de não haver solicitação de um dos familiares do interditado, os vencimentos ou proventos serão depositados na conta bancária do servidor até que haja a nomeação do curador, por intercessão do setor de pessoal junto ao Ministério Público.

ANEXO 3

CRITÉRIOS PARA COMPROVAÇÃO DE DEFICIÊNCIA FÍSICA

DECRETO N.º 3.298, DE 20 DE DEZEMBRO DE 1999.

Regulamenta a Lei n.º 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso das atribuições que lhe confere o art. 84, incisos IV e VI, da Constituição, e tendo em vista o disposto na Lei n.º 7.853, de 24 de outubro de 1989,

DECRETA:

CAPÍTULO I

Das Disposições Gerais

Art. 1.º A Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência compreende o conjunto de orientações normativas que objetivam assegurar o pleno exercício dos direitos individuais e sociais das pessoas portadoras de deficiência.

Art. 2.º Cabe aos órgãos e às entidades do Poder Público assegurar à pessoa portadora de deficiência o pleno exercício de seus direitos básicos, inclusive dos direitos à

educação, à saúde, ao trabalho, ao desporto, ao turismo, ao lazer, à previdência social, à assistência social, ao transporte, à edificação pública, à habitação, à cultura, ao amparo à infância e à maternidade, e de outros que, decorrentes da Constituição e das leis, propiciem seu bem-estar pessoal, social e econômico.

Art 3.º Para os efeitos deste Decreto, considera-se:

Art. 1.º Deficiência – toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano;

Art. 2.º Deficiência permanente – aquela que ocorreu ou se estabilizou durante um período de tempo suficiente para não permitir recuperação ou ter probabilidade de que se altere, apesar de novos tratamentos; e

Art. 3.º Incapacidade – uma redução efetiva e acentuada da capacidade de integração social, com necessidade de equipamentos, adaptações, meios ou recursos especiais para que a pessoa portadora de deficiência possa receber ou transmitir informações necessárias ao seu bem-estar pessoal e ao desempenho de função ou atividade a ser exercida.

Art. 4.º É considerada pessoa portadora de deficiência a que se enquadra nas seguintes categorias:

- I - Deficiência física – alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzem dificuldades para o desempenho de funções;
- II - Deficiência auditiva – perda parcial ou total das possibilidades auditivas sonoras, variando de graus e níveis na forma seguinte:
 - a) de 25 a 40 decibéis (db) – surdez leve;
 - b) de 41 a 55 db – surdez moderada;

- c) de 56 a 70 db – surdez acentuada;
 - d) de 71 a 90 db – surdez severa;
 - e) acima de 91 db – surdez profunda; e
 - f) anacusia.
- III - Deficiência visual – acuidade visual igual ou menor que 20/200 no melhor olho, após a melhor correção, ou campo visual inferior a 20° (tabela de Snellen), ou ocorrência simultânea de ambas as situações;
- IV - 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:
- a) comunicação;
 - b) cuidado pessoal;
 - c) habilidades sociais;
 - d) utilização da comunidade;
 - e) saúde e segurança;
 - f) habilidades acadêmicas;
 - g) lazer; e
 - h) trabalho;
- V - Deficiência múltipla – associação de duas ou mais deficiências.

SECRETARIA ESPECIAL DOS DIREITOS HUMANOS

CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA

RESOLUÇÃO N.º 17, DE 8 DE OUTUBRO DE 2003.

Nova redação da caracterização das deficiências auditiva e visual para o art. 4.º, do

Decreto n.º 3.298/99.

O CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA (Conade), no uso de suas atribuições legais, respaldado na deliberação da XXVII Reunião Ordinária, realizada em 7 e 8 de outubro,

Considerando a conclusão dos trabalhos da Comissão Provisória instituída para a análise e atualização dos conceitos de caracterização das deficiências, na forma da Resolução n.º 011/02,

Considerando a aprovação da conclusão, de forma unânime, do Conade na XXVII Reunião Ordinária, realizada em 8 de outubro de 2003,

Considerando a necessidade de alteração do art. 4.º, do Decreto n.º 3.298/99, em vista do inadequado dimensionamento das deficiências auditiva e visual, resolve;

Art. 1.º Aprovar o conteúdo das conclusões aferidas pelo grupo de trabalho.

Art. 2.º Aprovar a necessidade de alteração do art. 4.º, do Decreto 3.298/99, quanto às deficiências visual e auditiva.

Art. 3.º Considera-se “11 – deficiência auditiva – perda parcial ou total bilateral, de 25 (vinte e cinco) decibéis (db) ou mais, resultante da média aritmética do audiograma, aferida nas frequências 500HZ, 1.000HZ, 2.000Hz e 3.000Hz; 111– deficiência visual – compreende a cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; a baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 a 0,05 no melhor olho e com a melhor correção óptica, a situação na qual a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°, ou a ocorrência simultânea de qualquer uma das condições anteriores.”

Art. 4.º Esta Resolução entre em vigor na data de sua publicação.

ADILSON VENTURA

ANEXO 4

LEGISLAÇÃO SOBRE ISENÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA

LEI N.º 8.541, DE 23 DE DEZEMBRO DE 1992.

Altera a legislação do Imposto de Renda e dá outras providências.

O VICE-PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no exercício do cargo de **PRESIDENTE DA REPÚBLICA**, Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

TÍTULO I

Art. 47. No art. 6.º da Lei n.º 7.713, de 22 de dezembro de 1988, dê-se ao inciso XIV nova redação e acrescente-se um novo inciso de número XXI, tudo nos seguintes termos:

“Art. 6.º Ficam isentos do Imposto sobre a Renda os seguintes rendimentos percebidos por pessoas físicas:

XIV - os proventos de aposentadoria ou reforma, desde que motivadas por acidente em serviço, e os percebidos pelos portadores de moléstia profissional, tuberculose ativa, alienação mental, esclerose múltipla, neoplasia maligna, cegueira, hanseníase, paralisia irreversível e incapacitante, cardiopatia grave, doença de Parkinson, espondiloartrose anquilosante, nefropatia grave, estados avançados da doença de Paget (osteíte deformante), contaminação por radiação, síndrome da imunodeficiência adquirida, com base

em conclusão da medicina especializada, mesmo que a doença tenha sido contraída depois da aposentadoria ou reforma;

XXI - os valores recebidos a título de pensão quando o beneficiário desse rendimento for portador das doenças relacionadas no inciso XIV deste artigo, exceto as decorrentes de moléstia profissional, com base em conclusão da medicina especializada, mesmo que a doença tenha sido contraída após a concessão da pensão.”

Art. 48. Ficam isentos do Imposto de Renda os vencimentos percebidos pelas pessoas físicas decorrentes de seguro-desemprego, auxílio-natalidade, auxílio-doença, auxílio-funeral e auxílio-acidente, quando pagos pela previdência oficial da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

LEI N.º 9.250, DE 26 DE DEZEMBRO DE 1995.

Altera a legislação do imposto de renda das pessoas físicas e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

CAPÍTULO I

Art. 30. A partir de 1.º de janeiro de 1996, para efeito do reconhecimento de novas isenções de que tratam os incisos XIV e XXI do art. 6.º da Lei nº 7.713, de 22 de dezembro de 1988, com a redação dada pelo art. 47 da Lei nº 8.541, de 23 de dezembro de 1992, a moléstia deverá ser comprovada mediante laudo pericial emitido por serviço médico oficial, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

§ 1.º O serviço médico oficial fixará o prazo de validade do laudo pericial, no caso de moléstias passíveis de controle.

§ 2.º Na relação das moléstias a que se refere o inciso XIV do art. 6.º da Lei n.º 7.713, de 22 de dezembro de 1988, com a redação dada pelo art. 47 da Lei n.º 8.541, de 23 de dezembro de 1992, fica incluída a **fibrose cística (mucoviscidose)**.

LEI N.º 11.052

Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos

LEI N.º 11.052, DE 29 DE DEZEMBRO DE 2004.

Altera o inciso XIV da Lei n.º 7.713, de 22 de dezembro de 1988, com a redação dada pela Lei n.º 8.541, de 23 de dezembro de 1992, para incluir entre os rendimentos isentos do imposto de renda os proventos percebidos pelos portadores de hepatopatia grave.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1.º O inciso XIV do art. 6.º da Lei n.º 7.713, de 22 de dezembro de 1988, com a redação dada pela Lei n.º 8.541, de 23 de dezembro de 1992, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 6.º

XIV – os proventos de aposentadoria ou reforma motivada por acidente em serviço e os percebidos pelos portadores de moléstia profissional, tuberculose ativa, alienação mental, esclerose múltipla, neoplasia maligna, cegueira, hanseníase, paralisia irreversível e incapacitante, cardiopatia grave, doença de Parkinson, espondiloartrose anquilosante, nefropatia grave, hepatopatia grave, estados avançados da doença de Paget (osteíte deformante), contaminação por radiação, síndrome da imunodeficiência adquirida, com base em conclusão da medicina especializada, mesmo que a doença tenha sido contraída depois da aposentadoria ou reforma;” (NR)

Art. 2.º Esta Lei entra em vigor em 1.º de janeiro do ano subsequente à data de sua publicação.

Brasília, 29 de dezembro de 2004; 183.º da Independência e 116.º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA
Antonio Palocci Filho
Humberto Sérgio Costa Lima
Amir Lando

Este texto não substitui o publicado no DOU de 30/12/2004.

HEPATOPATIA GRAVE

ABORDAGEM PERICIAL

ISENÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA

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

Doenças Hepáticas

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

Os sintomas típicos da doença hepática incluem icterícia, fadiga, prurido, dor no quadrante superior direito, distensão abdominal e hemorragia digestiva. Frequentemente, porém, muitos pacientes que têm diagnóstico de doença hepática crônica não possuem sintomas. As anormalidades aparecem nos exames bioquímicos hepáticos como parte de um exame de rotina ou na triagem para doação de sangue, para seguro de vida ou admissão no emprego. Os múltiplos exames disponíveis facilitam a identificação de hepatopatia.

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

Biopsia Hepática

Permanece como padrão na avaliação de pacientes com doença hepática, particularmente naqueles com hepatopatias crôni-

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

Diagnóstico de doença hepática

As causas mais comuns de doença hepática aguda são:

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

Manifestação agudizada:

- doença hepática alcoólica;
- hepatite auto-imune.

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

- hepatite C crônica;
- doença hepática alcoólica;
- esteato-hepatite não alcoólica;
- hepatite B crônica;
- doença auto-imune;
- colangite esclerosante;
- cirrose biliar primária;
- hemocromatose;
- doença de Wilson.

Classificação e estadiamento das doenças hepáticas

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

A biopsia hepática é também o meio mais preciso para avaliar o estágio da doença como precoce ou avançada, pré-cirrótica e cirrótica. O estadiamento da doença está ligado amplamente a moléstias hepáticas crônicas, nas quais pode ocorrer progressão para cirrose e doença hepática terminal, mas cujo desenvolvimento pode demorar anos ou décadas. As manifestações clínicas, os testes bioquímicos e os estudos de imagem hepática são úteis na avaliação do estágio, mas em geral se tornam anormais somente nas etapas intermediárias a tardias da cirrose. As fases iniciais da cirrose são geralmente detectáveis somente pela biopsia hepática, contudo alterações em métodos de imagem associados à hipertensão portal podem fortemente sugerir esse diagnóstico. Na avaliação do estágio, o grau de fibrose é geralmente usado como medida quantitativa. No caso da hepatite viral, a quantidade de fibrose portal é geralmente classificada de 0 a 4+ (índice de atividade histológica) ou escala de 0 a 6+ (escala de Ishak). As doenças metabólicas e tóxicas (drogas e álcool) tendem a ter agressão controlobular com fibrose neste, na zona III do ácino hepático e fibrose perisinusoidal.

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

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

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

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

Cirrose – classificação de Child-Pugh

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

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

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

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

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

1) Modelo Matemático MELD, o qual utiliza três parâmetros laboratoriais, que se obtêm facilmente na rotina de qualquer hepatopatia crônica. A equação para calcular o escore MELD = $\{9,57 \times \log_e \text{ creatinina mg/dL} + 3,78 \times \log_e \text{ bilirrubina (total) mg/dL} + 11,20 \times \log_e \text{ INR} + 6,42\}$, arredondando-se o resultado para o próximo número inteiro. O valor máximo de creatinina vai até 4 (ref. 1). A fórmula do MELD pode ser calculada, rapidamente, na internet, no *site* a seguir: www.mayoclinic.org/gi-rst/models.html

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

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

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

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

Os portadores de hepatopatia grave serão isentos do desconto de imposto de renda na fonte, em conformidade com o inciso XIV, do art. 6.º da Lei n.º 7.713, de 23 de dezembro de 1988, art. 47 da Lei n.º 8.541, de 23 de dezembro de 1992, art. 30 da Lei n.º 9.250, de 26 de dezembro de 1995, e art. 1.º da Lei n.º.11.052, de 29 de dezembro de 2004.

ANEXO 5

FORMULÁRIOS

 MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria-Executiva Subsecretaria de Assuntos Administrativos Coordenação-Geral de Recursos Humanos	REQUERIMENTO DE LICENÇA	U.F.
--	------------------------------------	------

Campos a serem preenchidos pelo Servidor

Nome		Matrícula SIApe
Setor de lotação	Categoria funcional	Sexo
Endereço Residencial		Telefone

Requerer ou lhe seja concedida licença para:

- Tratamento da própria saúde
 Acompanhar pessoa da família, a seguir identificada.

Nome	
Residencial	Telefone
<input type="checkbox"/> Gestação/aborto/parto	
Local e data	Assinatura do Servidor

Campos a serem preenchidos obrigatoriamente pela Chefia imediata do servidor

Relatório da chefia para a perícia médica (preenchimento obrigatório, mesmo que seja com "nada a declarar".)	Último dia de trabalho do servidor: ____/____/____ Carimbo e assinatura da chefia imediata.
--	---

Campos a serem preenchidos pelo Grupo de Perícia Médica (GPM)

Homologo o Laudo Médico-Pericial propondo:	
<input type="checkbox"/> Indeferir a petição do servidor	
<input type="checkbox"/> Conceder a licença pelo artigo _____ da Lei N.º 8.112/90	
<input type="checkbox"/> Tratamento de saúde: _____ (____) dias, de ____/____/____ a ____/____/____	
<input type="checkbox"/> Licença por doença em pessoa da família: _____ (____) dias, a partir de ____/____/____ a ____/____/____	
<input type="checkbox"/> Licença à gestante por 120 dias, a partir de ____/____/____ a ____/____/____	
<input type="checkbox"/> Licença à gestante por 30 dias, a partir de ____/____/____ a ____/____/____	
Local e data	Assinatura e carimbo da chefia médica

Campos a serem preenchidos pelo Setor de Pessoal

<input type="checkbox"/> Defiro, nos termos propostos pelo GPM, a petição do servidor	
<input type="checkbox"/> Indefero	
<input type="checkbox"/> Publique-se em Boletim de Serviço (BS)	
Local e data	Assinatura e carimbo da chefia imediata de pessoal
Licença publicada no Boletim de Serviço n.º _____, de ____/____/____.	



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria-Executiva
Subsecretaria de Assuntos Administrativos
Coordenação-Geral de Recursos Humanos

BOLETIM ESTATÍSTICO MENSAL DO GRUPO DE PERÍCIA MÉDICA

UF

ANO	MÊS	N.º DE DIAS ÚTEIS
-----	-----	-------------------

OCORRÊNCIAS	QUANT.	DIAS DE LICENÇA POR CID	
		CID	SOMA DIAS
N.º DE SERVIDORES ATIVOS (NA)			
N.º DE MÉDICOS PERITOS			
TOTAL DE ATENDIMENTOS/MÊS(AM)		1.º	
N.º DE EXAMES ADMISSIONAL/DEMISSIONAL		2.º	
N.º DE VISITAS HOSPITALARES/DOMICILIARES		3.º	
N.º DE PROCESSOS DE INSALUBRIDADE		4.º	
N.º DE OUTROS PROCESSOS		5.º	
N.º DE RECURSOS EXAMINADOS		6.º	
N.º DE RECURSOS MANTIDOS		7.º	
N.º DE RECURSOS REFORMADOS		8.º	
N.º DE RECURSOS SEM CONCLUSÃO		9.º	
N.º DE EXAMES DAS JUNTAS MÉDICAS		10º	
N.º DE LICENÇAS À GESTANTE		OUTROS	
TOTAL DE DIAS DE LICENÇA À GESTANTE		TOTAL (DA)	

N.º mero Total de Licença por:

Faixa Etária					Sexo		Classificação						Conclusão			
A	B	C	D	E	M	F	A	B	C	D	E	F	1	2	3	4

Resumo dos afastamentos por licença médica:

Licenças	Concedidas	Negadas	Sem Conclusão	Total
Iniciais	AI=	IN=		SI=
Prorrogações	AP=	PN=		SP=
Soma	SC=	SN=		ST=

Índices de Afastamento por licença médica:

IA – Índice de Afastamentos	(SC x 100) ÷ NA
IAI – Índice de Afastamentos Iniciais	(AI x 100) ÷ NA
IAP – Índice de Afastamentos de Prorrogações	(AP x 100) ÷ NA
MDA – Média de Dias de Afastamentos	DA ÷ AM
IAN – Índice de Afastamentos Negados	(SN x 100) ÷ ST
IAIN – Índice de Afastamentos Iniciais Negados	(IN x 100) ÷ SI
IAPN – Índice de Prorrogações Negadas	(PN x 100) ÷ SP

Encaminhe-se à Coordenação de Assistência ao Servidor/Coordenação-Geral de Recursos Humanos	
Local e data	Assinatura e carimbo do chefe do Grupo de Perícia Médica

Vide observações no verso

Observações

Para os cálculos dos índices de afastamentos, não serão consideradas as licenças às gestantes e os respectivos dias concedidos.

As licenças sem conclusão deverão ser consideradas no somatório final.

OCORRÊNCIAS
NA – Número de Servidores Ativos
AM – Total De Atendimentos no Mês

DIAS DE LICENÇA POR CID
DA – Total De Dias de Afastamento

TOTAL DE LICENÇA POR:		
FAIXA ETÁRIA	CLASSIFICAÇÃO DA LICENÇA	CONCLUSÃO
A ATÉ 30 ANOS B - DE 31 A 40 ANOS C DE 41 A 50 ANOS D - DE 51 A 60 ANOS E - ACIMA DE 60 ANOS	A - GESTANTE B - TRATAMENTO DO SERVIDOR C – ACOMPANHAMENTO . DE PESSOA DA FAMÍLIA D - ACIDENTE DE SERVIÇO E - DOENÇA PROFISSIONAL F - OUTRAS	1 - LICENÇA NEGADA 2 - LICENÇA CONCEDIDA COM ALTA SUBSEQÜENTE 3 - LICENÇA À GESTANTE 4 - LICENÇA CONCEDIDA COM EXAME AO FINAL DO PERÍODO

ÍNDICES DE AFASTAMENTOS POR LICENÇA MÉDICA		
CONCEDIDAS	NEGADAS	TOTAL
AI – AFASTAMENTOS INICIAIS AP – AFASTAMENTOS POR PRORROGAÇÃO SC – SOMA DOS AFASTAMENTOS CONCEDIDOS	IN – AFASTAMENTOS INICIAIS NEGADOS PN – AFASTAMENTOS POR PRORROGAÇÃO NEGADOS SN – SOMA DOS AFASTAMENTOS NEGADOS	SI – SOMATÓRIO FINAL DAS LICENÇAS INICIAIS SP – SOMATÓRIO FINAL DAS LICENÇAS PRORROGADAS ST – SOMATÓRIO TOTAL



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria-Executiva
Subsecretaria de Assuntos Administrativos
Coordenação-Geral de Recursos Humanos

LAUDO DE EXAME MÉDICO-PERICIAL

UF

IDENTIFICAÇÃO

Nome do Servidor				Matrícula	
Lotação		Endereço		Telefone	Categoria Funcional
Nascimento		Idade	Estado civil	Data de admissão	Sexo
Nome do examinado				Parentesco	
Nascimento		Idade	Estado civil	Sexo	
Último dia de Trabalho		Data do início da doença		Data do início da incapacidade	
/ /		/ /		/ /	

HISTÓRICO

História da doença atual
Antecedentes pessoais

EXAME FÍSICO

Peso	Altura	Temperatura	Pulso radial	Pressão arterial
Dados objetivos do exame				
Requisições/resultados de exame				
Diagnóstico provável			CID	

QUESITOS

1. Diante do resultado do exame, está o servidor incapaz temporariamente para o exercício do cargo? Sim Não Prejudicado
 Em caso afirmativo, necessita o servidor de licença? Inicial Prorrogação
 2. Por quanto tempo? (_____) _____ dias, a partir de: ____/____/____ até ____/____/____
 3. Está o examinado inválido para o exercício de suas funções ou outras correlatas? _____
 4. A doença se enquadra no parágrafo 1.º do artigo 186, da Lei n.º 8.112/90? Sim Não
 A doença está especificada no parágrafo 1.º do artigo 186, da Lei n.º 8.112/90? Sim Não
 Em caso afirmativo, a partir de ____/____/____ Qual a hipótese diagnóstica? (por extenso) _____
 5. A moléstia é decorrente de: acidente do trabalho doença profissional? Não Prejudicado
 6. Deverá ser comunicado ao Órgão Habilitador da profissão? Sim Não

CURATELA

7. Deverá ser exigida nomeação de curador? Sim Não

ADMISSÃO

8. O candidato tem condições de saúde para o exercício do cargo ou emprego? Sim Não Prejudicado

DOENÇA DE PESSOA DA FAMÍLIA

9. É indispensável a assistência pessoal e constante do servidor à pessoa da família examinada? Sim Não Prejudicado
 Em caso afirmativo, deve ser concedida licença por (_____) _____ dias, a partir de ____/____/____

REMOÇÃO


10. O pedido de remoção justifica-se, sob o ponto de vista médico? Sim Não Prejudicado

PENS O ESPECIAL

11. Está o examinado inválido?
 Totalmente Parcialmente Permanentemente Temporariamente Prejudicado Não
 11.1 Marcado reexame para ____/____/____

Local e data	Assinatura e carimbo do 1.º Perito
Assinatura e carimbo do 2.º Perito	Assinatura e carimbo do 3.º Perito


Conclusão _____ _____ _____ _____	
HOMOLOGAÇÃO: () Mantido o prazo () Alterado o prazo para _____ dias	Assinatura e carimbo do perito revisor
Local e data	Assinatura do médico-

 MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria-Executiva Subsecretaria de Assuntos Administrativos Coordenação-Geral de Recursos Humanos	EDITAL DE EXAME MÉDICO-PERICIAL	UF
--	--	----

Servidor	Matrícula
Lotação	Local e data
O resultado da perícia médica a que o servidor/familiar se submeteu, nesta data, para fins de licença, está indicado na conclusão abaixo	
<input type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> Prorrogação	

<input type="checkbox"/> TIPO 1: não existe incapacidade para o trabalho, sendo considerado apto. Negada a solicitação de licença ao servidor.	<input type="checkbox"/> TIPO 2: incapacidade até ____/____/____. Reassumir o trabalho no dia imediato a essa data. Este comunicado vale como atestado de alta.
<input type="checkbox"/> TIPO 3: licença por 120 (cento e vinte) dias para repouso à gestante, a partir de ____/____/____. Deve reassumir no dia imediato ao término desse período.	<input type="checkbox"/> TIPO 4: licença por ____ dias, a partir de ____/____/____. Deve voltar à perícia médica três dias antes do término desta licença.
Período de afastamento: De ____/____/____ a ____/____/____	Artigo ____ da Lei n.º 8.112/90
Declaro que recebi as 2 (duas) vias anexas (Assinatura do servidor)	Assinatura e carimbo do perito

1.ª via – Prontuário do servidor. – 2.ª via – Servidor. 3.ª via – Anexada à folha de frequência do servidor.

 MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria-Executiva Subsecretaria de Assuntos Administrativos Coordenação-Geral de Recursos Humanos	PRORROGAÇÃO DE LICENÇA		UF
	Nome do Servidor	Matrícula Siape	
Lotação	Telefone		

GRUPO DE PERÍCIA MÉDICA

De acordo com o Laudo do Exame Médico-Pericial, o servidor necessita de _____ (_____ / _____ / _____) dias de afastamento, no período de _____ / _____ / _____ a _____ / _____ / _____.

Proponho a concessão da prorrogação da licença, pelo artigo _____ da Lei n.º 8.112/90.


Local e Data	Assinatura da chefe do Grupo de Perícia Médica
--------------	--

CHEFIA DE PESSOAL

- Concedida a prorrogação da licença de _____ / _____ / _____ a _____ / _____ / _____
 Publique-se em Boletim de Serviço
 Encaminhe-se ao GPM para arquivamento

Local e Data	Assinatura da chefe de pessoal
--------------	--------------------------------

Publicado no Boletim de Serviço n.º _____ de _____ / _____ / _____

 <p>MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria-Executiva Subsecretaria de Assuntos Administrativos Coordenação-Geral de Recursos Humanos</p>	PROPOSTA DE APOSENTADORIA POR INVALIDEZ	UF
---	--	----

IDENTIFICAÇÃO

Nome do Servidor		Matrícula	
Categoria Funcional			
Lotação			
Nascimento	Idade	Estado civil	Sexo
Primeiro dia de Trabalho ____/____/____		Data do início da doença ____/____/____	Data do início da incapacidade ____/____/____

CONCLUSÃO DA JUNTA MÉDICA

1. Tendo em vista o resultado da avaliação médico-pericial, o servidor está inválido permanentemente para o exercício de qualquer atividade laborativa.

1.1 A doença não está prevista no § 1.º do art. 186 da Lei n.º 8.112/90.
1.2 A doença está prevista no § 1.º do art. 186 da Lei n.º 8.112/90.
1.3 A moléstia não decorre de acidente de trabalho ou doença profissional.
1.4 A moléstia decorre de acidente de trabalho ou doença profissional.
1.5 O servidor não necessita de curador para receber os proventos de aposentadoria.
1.6 O servidor necessita de curador para receber os proventos de aposentadoria.

Data do exame: ____/____/____

Junta Médica

PARECER DA CHEFIA DO GRUPO DE PERÍCIA MÉDICA-GPM

1. O servidor deverá ser aposentado por invalidez permanente
2. Para efeito do art. 204 da Lei n.º 8.112/90, o servidor está licenciado desde ____/____/____

Data ____/____/____ Assinatura da chefia do GPM _____

DOCUMENTAÇÃO

Documentos indispensáveis ao processo de aposentadoria que deverão ser anexados a este formulário, no ato do protocolo:


1. Cópia da identidade ou equivalente;
2. Declaração de bens do requerente;
3. Cópia do CPF do requerente;
4. Cópia do último contra-cheque.

Encaminhe-se ao Recursos Humanos para providenciar a abertura do processo.

Local e data ____/____/____ Assinatura da chefia do GPM _____

Estou ciente que deverei anexar a este formulário, os documentos acima relacionados.

Local e data ____/____/____ Assinatura do Servidor _____

	MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria-Executiva Subsecretaria de Assuntos Administrativos Coordenação-Geral de Recursos Humanos	PEDIDO DE RECONSIDERAÇÃO	UF

Nome do Servidor	Matrícula
------------------	-----------

SOLICITAÇÃO

1. Tendo em vista o resultado da avaliação médico-pericial de ____/____/____, que me considerou apto(a) para retornar ao trabalho, solicito seja reconsiderada a conclusão do Laudo Médico e declaro que estou ciente de que este Grupo de Perícia Médica não se responsabilizará pela justificativa dos dias em que permanecer afastado do trabalho, aguardando o resultado deste pedido, caso a conclusão médica seja contrária.

Respeitosamente,

Data da solicitação: ____/____/____ | Assinatura do servidor:

PARECER DA CHEFIA DO NÚCLEO MÉDICO DE PESSOAL

Após o reexame do caso, e de acordo com o parecer da junta médica de ____/____/____:

- mantenho a decisão da junta médica.
- altero a decisão, considerando justificada (s) a (s) falta (s) para fins disciplinares, por ____ dias, a partir de ____/____/____ até ____/____/____.
- altero a decisão, considerando necessária a concessão de licença médica por ____ dias, a partir de ____/____/____ até ____/____/____, pelo art. ____ da Lei n.º 8.112/90.

Data: ____/____/____. Assinatura e carimbo:

PARECER DA CHEFIA DE PESSOAL

Por solicitação do servidor, e de acordo com o parecer da Chefia do Grupo de Perícia Médica de ____/____/____:

- mantenho a decisão da Chefia do Grupo de Perícia Médica, e encaminho para recurso administrativo.
- altero a decisão anterior, considerando justificada (s) a (s) falta (s) para fins disciplinares, por ____ dias, a partir de ____/____/____ até ____/____/____.
- altero a decisão anterior, considerando necessária a concessão de licença médica por ____ dias, a partir de ____/____/____ até ____/____/____, pelo art. ____ da Lei n.º 8.112/90.

Data: ____/____/____. Assinatura e carimbo:


DECISÃO

- Mantenho a decisão publicada no Boletim de Serviço n.º ____, de ____/____/____, publique-se, e encaminhe-se a (o) _____ em grau de recurso.
- Reformo a decisão publicada no Boletim de Serviço n.º ____, de ____/____/____.
- Conceda-se a justificativa de faltas no período de ____/____/____ até ____/____/____.
- Publique-se em Boletim de Serviço.
- Anote-se e arquite-se.

Data: ____/____/____. Assinatura e carimbo:

Publicado no Boletim de Serviço n.º ____, de ____/____/____. Assinatura do responsável: _____

O servidor tomou ciência desta decisão em ____/____/____. Assinatura do servidor _____

 MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria-Executiva Subsecretaria de Assuntos Administrativos Coordenação de Recursos Humanos		REGISTRO DE OCORRÊNCIAS MÉDICAS					UF:
		Nome do servidor		Categoria. Funcional	Data de Admissão	Lotação	Matrícula Siape
		Telefone residência		Data nascimento	Sexo	Estado civil	
Endereço		Telefone trabalho					

Enquadramento		Período		Licença Servidor		Licença Pessoa Família			Perícia			Dias Concedidos		C	CID	
Data	Artigo	Início	Término	I	P	I	P	R	AM	PS	JM	Atual	Total			

Legenda: **I** - Inicial **P** - Prorrogação **R** - Recurso **AM** - Atestado Médico **PS** - Perícia Singular
JM - Junta Médica **C** - Conclusão (REMP Tipo 1,2,3,4) **CID** - Código Internacional de Doenças

Vide verso
ROM

Telefone		Endereço		Período		Licença Servidor		Licença Pessoa Família		Perícia		Dias Concedidos		C	CID	
Data	Artigo	Início	Término	I	P	R	I	P	R	AM	PS	JM	Atual	Total		

Legenda: **I** - Inicial **P** - Prorrogação **R** - Recurso **AM** - Atestado Médico **PS** - Perícia Singular
JM - Junta Médica **C** - Conclusão (REMP Tipo 1,2,3,4) **CID** - Código Internacional de Doenças



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria-Executiva
Subsecretaria de Assuntos Administrativos
Coordenação-Geral de Recursos Humanos

BOLETIM DIÁRIO DO MÉDICO PERITO

UF

Nome do Perito	Local do exame	Data
		/ /

N.º	Matrícula	Cargo	Lotação	Faixa Etária	Sexo	Diagnóstico	Número de Dias	Tipo Atendimento	Classificação	Conclusão

Total de Perícias no dia: _____	Total de dias concedidos: _____
---------------------------------	---------------------------------

RESUMO DO DIA

Faixa Etária					Sexo		Tipo de Atendimento							Classificação						Conclusão/Tipo				
A	B	C	D	E	M	F	I	P	R	A	D	E	V	J	A	B	C	D	E	F	1	2	3	4

Observações

Realizar a soma do número de atendimentos realizados e preencher o campo – total de perícias/dias.
 Realizar a soma do número de dias concedidos e preencher o campo – total de dias concedidos.
 No campo do diagnóstico, utilizar o código do CID (com 4 dígitos) acrescido do dígito final.

LEGENDA


FAIXA ETÁRIA	TIPO DE ATENDIMENTO	CLASSIFICAÇÃO DA LICENÇA	CONCLUSÃO
A – até 30 anos B – de 31 a 40 anos C – de 41 a 50 anos D – de 51 a 60 anos E – acima de 60 anos	L – Licença inicial P – prorrogação R – recurso A – admissão D – demissional E – exame de parecer V – Visita domiciliar ou hospitalar J – Junta médica	A – Gestante B – Tratamento do servidor C – Acompanhamento de pessoa da família D – Acidente de serviço E – Doença profissional F - Outras	1 – licença negada 2 – licença concedida com alta subsequente 3 – licença à gestante 4 – licença concedida com exame ao final do período

OBSERVAÇÕES

1. Os resultados mensais deverão ser transcritos para o Boletim Estatístico Mensal (BEM) A que será enviado a DAMEDCCGRH em Brasília - DF.
2. Anotar em cada coluna o total apurado nos dias úteis por todos os médicos-pênisa do GPM.
3. No campo de diagnóstico utilizar o código do CID com 4 dígitos, acrescido do dígito final.

LEGENDA

FAIXA ETÁRIA	TIPO DE ATENDIMENTO	CLASSIFICAÇÃO DA LICENÇA	CONCLUSÃO
A - ATÉ 30 ANOS	1 - LICENÇA INICIAL	A - GESTANTE	1 - LICENÇA MEDADA
B - DE 31 A 45 ANOS	P - PRIORIDADE	B - TRATAMENTO DO SERVIDOR	2 - LICENÇA CONCEDIDA COM ALTA
C - DE 41 A 55 ANOS	R - RECURSO	C - ACCOMP. DE PESSOA DA FAMILIA	SUBSEQUENTE
D - DE 51 A 65 ANOS	A - ADMISSÃO	D - ACIDENTE DE SERVIÇO	3 - LICENÇA A GESTANTE
E - ACIMA DE 60 ANOS	D - DEMISSÃO	E - DOENÇA PROFISSIONAL	4 - LICENÇA CONCEDIDA COM EXAME AO
	E - EXAME DE PARECER	F - OUTRAS	FINAL DO PERÍODO
	V - VISITA DOMICILIAR OU HOSPITALAR		
	J - JANTA MÉDICA		

 MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria-Executiva Subsecretaria de Assuntos Administrativos Coordenação-Geral de Recursos Humanos	BOLETIM ESTATÍSTICO MENSAL DO GRUPO DE PERÍCIA MÉDICA	UF

ANO	MÊS	N.º DE DIAS ÚTEIS
-----	-----	-------------------

O	ORRÊNCIAS	QUANT.	DIAS DE LICENÇA POR CID	
N.º DE SERVIDORES ATIVOS (NA)				
N. DE MÉDICOS PERITOS			CID	SOMA DIAS
TOTAL DE ATENDIMENTOS/MÊS(AM)			1.	
N. DE EXAMES ADMISSIONAL/DEMISSIONAL			2.	
N. DE VISITAS HOSPITALARES/DOMICILIARES			3.	
N. DE PROCESSOS DE INSALUBRIDADE			º.	
N. DE OUTROS PROCESSOS			5.	
N. DE RECURSOS EXAMINADOS			6.	
N. DE RECURSOS MANTIDOS			7.	
N. DE RECURSOS REFORMADOS			8.	
N. DE RECURSOS SEM CONCLUSÃO			9.	
N. DE EXAMES DAS JUNTAS MÉDICAS			10	
N. DE LICENÇAS À GESTANTE			OUTROS	
TOTAL DE DIAS DE LICENÇA À GESTANTE			TOTAL (DA)	

Número Total de Licença por:

Faixa Etária					Sexo		Classificação						Conclusão			
A	B	C	D	E	M	F	A	B	C	D	E	F	1	2	3	4

Resumo dos afastamentos por licença médica:

Licenças	Concedidas	Negadas	Sem Conclusão	Total
Iniciais	AI=	IN=		SI=
Prorrogações	AP=	PN=		SP=
Soma	SC=	SN=		ST=

Índices de Afastamento por licença médica:

IA – Índice de Afastamentos	(SC x 100) ÷ NA	
IAI – Índice de Afastamentos Iniciais	(AI x 100) ÷ NA	
IAP – Índice de Afastamentos de Prorrogações	(AP x 100) ÷ NA	
MDA – Média de Dias de Afastamentos	DA ÷ AM	
IAN – Índice de Afastamentos Negados	(SN x 100) ÷ ST	
IAIN – Índice de Afastamentos Iniciais Negados	(IN x 100) ÷ SI	

Observações

Para os cálculos dos índices de afastamentos, não serão consideradas as licenças às gestantes e os respectivos dias concedidos.

As licenças sem conclusão deverão ser consideradas no somatório final.

OCORRÊNCIAS
NA – Número de Servidores Ativos
AM – Total De Atendimento no Mês

DIAS DE LICENÇA POR CID
DA – Total De Dias de Afastamento

FAIXA ETÁRIA	CLASSIFICAÇÃO DA LICENÇA	CONCLUSÃO
A - ATÉ 30 ANOS B - DE 31 A 40 ANOS C - DE 41 A 50 ANOS D - DE 51 A 60 ANOS E - ACIMA DE 60 ANOS	A - GESTANTE B - T ATAMENTO DO SE VIDO C - ACOMPANHAMENTO . DE PESSOA DA FAMÍLIA D - ACIDENTE DE SERVIÇO E - DOENÇA PROFISSIONAL F - OUTRAS	1 - LICENÇA NEGADA 2 - LICENÇA CONCEDIDA COM ALTA SUBSEQUENTE 3 - LICENÇA À GESTANTE 4 - LICENÇA CONCEDIDA COM EXAME AO FINAL DO PERÍODO

ÍNDICES DE AFASTAMENTOS POR LICENÇA MÉDICA		
CONCEDIDAS	NEGADAS	TOTAL
AI – AFASTAMENTOS INICIAIS AP – AFASTAMENTOS POR PRORROGAÇÃO SC – SOMA DOS AFASTAMENTOS CONCEDIDOS	IN – AFASTAMENTOS INICIAIS NEGADOS PN – AFASTAMENTOS POR PRORROGAÇÃO NEGADOS SN – SOMA DOS AFASTAMENTOS NEGADOS	SI – SOMATÓRIO FINAL DAS LICENÇAS INICIAIS SP – SOMATÓRIO FINAL DAS LICENÇAS PRORROGADAS ST – SOMATÓRIO TOTAL

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada gratuitamente na Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde:

<http://www.saude.gov.br/bvs>

O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado gratuitamente na página:

<http://www.saude.gov.br/editora>



EDITORA MS

Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SA/SE
MINISTÉRIO DA SAÚDE

(Normalização, revisão, edição, impressão, acabamento e expedição)
SIA, trecho 4, lotes 540/610 – CEP: 71200-040
Telefone: (61) 233-2020 Fax: (61) 233-9558

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Home page: <http://www.saude.gov.br/editora>

Brasília – DF, maio de 2005
OS 0084/2005