



Manual de Perícia Oficial em Saúde do Servidor Público Federal

MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO,
ORÇAMENTO E GESTÃO
Brasília • 2014

2ª Edição

Presidente da República
Dilma Rousseff

Ministro do Planejamento, Orçamento e Gestão
Miriam Belchior

Secretária de Gestão Pública
Ana Lúcia Amorim de Brito

Diretora do Departamento de Políticas de Saúde, Previdência e Benefícios do Servidor
Cynthia Beltrão de Souza Guerra Curado

Edição e Publicação

Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão
Secretaria de Gestão Pública
Departamento de Política de Saúde, Previdência e Benefícios do Servidor - DESAP
Esplanada dos Ministérios, Bloco C – Sala 793
CEP: 70.046-900 – Brasília / Distrito Federal
Telefone: (61) 2020-1043

O presente Manual foi instituído pela Portaria nº 797 de 22 de março de 2010,
publicada no Diário Oficial da União em 23 de março de 2010.

Revisado pela Portaria nº 235, de 05 de dezembro de 2014.

Publicação: Portal SIASS - <https://www2.siapenet.gov.br/saude>
É permitida a reprodução total ou parcial desta obra desde que citada a fonte

Manual de Perícia Oficial em Saúde do Servidor Público Federal – 2ª Edição

Comissão Técnica

Vera Regina Pasquali Peixoto – Coordenadora Técnica
Armando Augusto Peixoto
José Humberto Frazão de Menezes
Jussara Nogueira Terra Burnier
Marcelo Antonio Correia Peixoto
Márcia de Carvalho Cristóvão Silva
Samara Douets Vasconcelos Cunha Dias
Sérgio Antonio Martins Carneiro
Yandra Ribeiro Torres
Zouraide Guerra Antunes Costa

Comissão de Revisão Técnica

Carlos Cezar Soares Batista
Cláudia Maria Restum Correa de Sá
Cynthia Beltrão de Souza Guerra Curado
Giane Rodrigues Costa Ribeiro
Lorena Gonçalves Chaves Medeiros
Luis Guilherme de Souza Peçanha
Márcia de Carvalho Cristóvão Silva
Renata Vila Nova de Moura Holanda
Sônia Maria Silva Borges

Colaboração

Cantídio Lima Vieira
Carla Sene de Freitas
Carlos Eduardo Dias Álvaro Alves
Doris Terezinha Löff Ferreira Leite
Elga Eunides Alves de Araújo
Eugênio César Fonteles Cabral
Gabriella Nunes Neves
Larissa Gomes Tavares
Luciana da Silva Souza Azevedo
Márcia de Olinda Masson dos Reis
Marco Antonio Gomes Pérez
Nathalia Ferreira Borba
Valeria Cristina da Silva Aguiar
José Emídio Albuquerque e Silva
Sálvio Romero Pereira Botelho

Para a elaboração desta 2ª edição foram avaliadas todas as contribuições enviadas para o Portal SIASS, bem como as sugestões recebidas por *e-mail* de todo o Brasil, reafirmando assim, o compromisso com a construção coletiva.

Diagramação

Manual de Perícia Oficial em Saúde do Servidor Público Federal

MP – Brasília – Edição 2010

Coordenação Técnica de Elaboração do Manual

Vera Regina Pasquali Peixoto

Comissão de Elaboração:

Armando Augusto Peixoto
José Humberto Frazão de Menezes
Jussara Nogueira Terra Burnier
Luis Guilherme de Souza Peçanha
Márcia de Carvalho Cristóvão Silva
Samara Douets Vasconcelos Cunha Dias

Colaboradores:

Cantídio Lima Vieira
Carla Maria Manzi Pereira Baracat
Frederico José Machado Porto
Regina Lúcia de Campos Vieira
Regina Lucy de Moraes Salemi
Sebastião Alves Pereira

282 colaborações enviadas de todo o
Brasil por e-mail, quando da construção
coletiva do Manual

Coordenação de Revisão Técnica

Eugênio Cesar Fonteles Cabral

Revisores Técnicos

Ana Maria Botelho Alkimim Cunha
Carlos Cezar Soares Batista
Íris Paula de Santana Ramos Moraes
Jaqueline Gomes de Jesus
José Emídio Albuquerque e Silva
Márcia de Olinda Masson dos Reis
Mariângela Davis
Maria Raquel Stacciarini
Otávio Correa Paes
Renata Vila Nova de Moura Holanda
Yandra Ribeiro Torres

Supervisão de Editoração e Projeto Gráfico

Rosilã Jacques Pereira

Revisão e diagramação

Njobs Comunicação

Impressão

Gráfica Premier

Apoio Técnico-Operacional

Claudia Coura Moreira Campos
Edilce Jane Lima Cassiano
Estanislau Nascimento de Couto Silva
Gleysson George Alves Mendes
Karine Vinagre de Brito
Sálvio Romero Pereira Botelho
Sônia Maria Silva Borges

Agradecimentos

À equipe do DESAP/SRH/MP
À equipe do DENOP/SRH/MP
À equipe da Ascom/MP
À equipe da CAS/CGRH/MS
A todas e todos que contribuíram na
construção coletiva no portal do SIASS

Coordenação – Geral do Manual

Sérgio Antonio Martins Carneiro
Samara Douets Vasconcelos Cunha Dias

Apresentação Introdução

Conteúdo

Índice

Definições

Acidente em Serviço/ Acidente de Trabalho

Atividades da Vida Diária

Capacidade Laborativa

Incapacidade Laborativa

1. Quanto ao grau

2. Quanto à duração

3. Quanto ao comprometimento do desempenho das atividades do cargo:

Comunicação de Acidente e Doença do Trabalho no Serviço Público - CAT/SP

Deficiência

Doença Incapacitante

Doença / Moléstia Profissional

Doença Relacionada ao Trabalho

Equipe Administrativa

Invalidez

Profissional de Saúde Assistente

Prontuário Eletrônico de Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal

Prontuário em Suporte de Papel

Siape Saúde

Capítulo I

Princípios e Diretrizes da Perícia Oficial em Saúde

Conhecimento Técnico-Científico

Ética Profissional

Integralidade

Integração

Sigilo Profissional e Documentos Oficiais

Relação do Perito Oficial em Saúde com a Instituição

Relação do Perito Oficial em Saúde com o Servidor ou seu Dependente Legal

Relação do Perito Oficial em Saúde com o Profissional de Saúde Assistente

Relação do Perito Oficial em Saúde com a Equipe Multiprofissional de Suporte à Perícia

Capítulo II

Da Perícia Oficial em Saúde

Do Perito

Designação do Perito Oficial em Saúde

Exercício no Âmbito do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal – SIASS

Perícia Oficial em Saúde

1. Junta Oficial em Saúde

2. Perícia Oficial Singular em Saúde

Fundamentos legais e Procedimentos a serem observados na atividade pericial

a) Licença para tratamento da própria saúde

b) Licença por motivo de doença em pessoa da família

c) Licença à gestante

d) Licença por motivo de acidente em serviço;

e) Aposentadoria por invalidez;

- f) Constatação de deficiência de dependente e constatação de invalidez de filho, enteado, dependente ou pessoa designada;
- g) Remoção por motivo de saúde do servidor ou de pessoa de sua família e Movimentação do Prontuário de Saúde de Servidor Removido;
- h) Horário especial para servidor com deficiência e para o servidor com familiar com deficiência;
- i) Constatação de deficiência dos candidatos aprovados em concurso público em vaga pessoa com deficiência;
- j) Avaliação de sanidade mental do servidor para fins de Processo Administrativo Disciplinar;
- k) Recomendação para tratamento de acidentados em serviço em instituição privada à conta de recursos públicos;
- l) Readaptação funcional de servidor por redução de capacidade laboral;
- m) Avaliação de servidor aposentado por invalidez para fins de reversão;
- n) Avaliação de servidor aposentado para constatação de invalidez por doença especificada no §1º do art. 186, para fins de integralização de proventos;
- o) Avaliação da capacidade laborativa de servidor em disponibilidade;
- p) Exame para investidura em cargo público;
- q) Pedido de reconsideração e recurso;
- r) Avaliação para isenção de imposto de renda;
- s) Avaliação de idade mental de dependente para concessão de auxílio pré-escolar ;
- t) Avaliação de servidor portador de deficiência para comprovação da necessidade de acompanhamento de viagem a serviço;
- u) Avaliação da capacidade laborativa por recomendação superior;
- v) Comunicação de doença de notificação compulsória;

Capítulo III

Procedimentos da Perícia Oficial em Saúde

Avaliação Pericial Oficial em Saúde
 Atestados e Relatórios Médico e Odontológico
 A Perícia Odontológica Oficial
 Dados Periciais, Perfil Epidemiológico e Promoção da Saúde

Capítulo IV

Equipe Multiprofissional de Suporte à Perícia Oficial em Saúde

Equipe Multiprofissional
 Suporte à Perícia Oficial em Saúde
 Atenção à Saúde do Servidor e Segurança no Trabalho
 Avaliação dos Candidatos Portadores de Deficiência Aprovados em Concurso Público

Capítulo V

Laudo Oficial Pericial

Laudo Oficial Pericial
 Conclusão Pericial
 Tipos de Laudos da Perícia Oficial em Saúde

Capítulo VI

Doenças Especificadas em Lei

a) Doenças Especificadas no § 1º do art. 186 da Lei nº 8.112, de 1990:

- a-1) Alienação Mental-2) Cardiopatia Grave
- a-3) Cegueira Posterior ao Ingresso no Serviço Público
- a-4) Doença de Parkinson
- a-5) Esclerose Múltipla
- a-6) Espondiloartrose Anquilosante
- a-7) Estados Avançados do Mal de Paget
- a-8) Hanseníase
- a-9) Nefropatia Grave
- a-10) Neoplasia Maligna
- a-11) Paralisia Irreversível e Incapacitante

a-12) Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (Sida/Aids)

a-13) Tuberculose Ativa

b) Doenças Especificadas no art. 1º da Lei nº 11.052, de 2004 e no Ato Declaratório Interpretativo SRF nº 11, de 2006:

b-1) Hepatopatia Grave

b-2) Contaminação por Radiação

b-3) Fibrose cística

Capítulo VII

Outras Disposições

Licenças por Motivo de Saúde - Situações Especiais

Possibilidade de recepção administrativa nos casos de impossibilidade de realização de perícia oficial

Perícia em Trânsito: Servidor, Familiar ou Dependente que Necessita de Avaliação Pericial Fora do Local de Lotação ou Exercício

Periciado Fora do País

Avaliação Pericial por Solicitação de Autoridade Superior

Interdição e Curatela

Referências Bibliográficas

Anexo I

Parâmetros de Afastamentos por Motivos de Doença

Parâmetros de Afastamento por Motivos Médicos

Parâmetros de Afastamento por Motivos Odontológicos

Anexo II

Modelos de Laudos, Registros de Licenças e Pedidos de Reconsideração e Recurso da Perícia Oficial em Saúde

Modelos de Laudos de Perícia Oficial em Saúde

Modelos de Registros de Licenças Inferiores a 15 Dias

Modelos de Pedidos de Reconsideração e Recurso

Anexo III

Modelos de Comunicação de Acidentes em Serviço

Comunicação de Acidente em Serviço – Serviço Público Federal - CAT/SP

Comunicação de Acidente no Trabalho – Regime Geral de Previdência Social - RGPS

Anexo IV

Orientações Legais e Outras Referências

Glossário

Agravo

Assistente técnico

Atestado Médico ou Odontológico

Cargo Comissionado

Cargo Efetivo

Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID

Declaração de Comparecimento

Doença

Laudo Pericial

Licença de Ofício

Parecer Técnico

Perícia Judicial ou Forense

Readaptação
Reabilitação Funcional
Relatório de Profissional Assistente
Restrição de Atividade Laboral
Servidor

Índice

Definições

Acidente em Serviço/ Acidente de Trabalho

Acidente em serviço é aquele ocorrido com o servidor no exercício do cargo ou função, que se relacione direta ou indiretamente com as atribuições a ele inerentes, que possa causar a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho.

São considerados acidentes de trabalho os que ocorrem com os empregados públicos, os ocupantes de cargo comissionado sem vínculo efetivo e os contratados temporariamente, ou seja, os segurados do Regime Geral de Previdência Social - RGPS.

Atividades da Vida Diária

Atividades da Vida Diária - AVDs são as tarefas pessoais, concernentes aos autocuidados, e também às outras habilidades pertinentes ao cotidiano de qualquer pessoa. São consideradas AVDs:

1. Autocuidados: escovar os dentes, pentear os cabelos, vestir-se, tomar banho, calçar sapatos, alimentar-se, beber água, fazer uso do vaso sanitário, dentre outros;
2. Tarefas diárias: cozinhar, lavar louça, lavar roupa, arrumar a cama, deslocar-se de um lugar ao outro, varrer a casa, passar roupas, usar o telefone, escrever, manipular livros, sentar-se, dentre outras.

Capacidade Laborativa

É o estado físico e mental que define se o servidor está em condições para exercer as atividades inerentes ao cargo. Ter capacidade laborativa significa que o examinado reúne as condições morfofisiológicas compatíveis com o desempenho dessas atividades. Importante ressaltar que a capacidade laborativa não implica obrigatoriamente na ausência de doença ou lesão. Na avaliação da capacidade laborativa do examinado deve ser considerada a repercussão da sua doença ou lesão no desempenho das atividades laborais.

Incapacidade Laborativa

É a impossibilidade de desempenhar as atribuições definidas para os cargos, funções ou empregos, provocada por alterações patológicas decorrentes de doenças ou acidentes. A avaliação da incapacidade deve considerar o agravamento da doença, bem como o risco à vida do servidor ou de terceiros, que a continuação do trabalho possa acarretar.

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

1. Quanto ao grau, a incapacidade laborativa pode ser **parcial ou total**:

- a. Considera-se como **parcial** o grau de incapacidade que limita o desempenho das atribuições do cargo, sem risco de morte ou de agravamento, embora não permita atingir a média de rendimento alcançada em condições normais;
- b. Considera-se como incapacidade **total** a que gera impossibilidade de desempenhar as atribuições do cargo, função ou emprego.

2. Quanto à duração, a incapacidade laborativa pode ser **temporária ou permanente**:

- a. Considera-se **temporária** a incapacidade para a qual se pode esperar recuperação dentro de prazo previsível;
- b. Considera-se **permanente** a incapacidade insuscetível de recuperação com os recursos da terapêutica, readaptação e reabilitação disponíveis à época da avaliação pericial.

3. Quanto ao comprometimento do desempenho das atividades do cargo, a incapacidade laborativa pode ser classificada como:

- a. Restrita - permite ao servidor desempenhar acima de 70% das suas atividades. Indicação: restrição de atividade. o impedimento alcança apenas uma atividade;
- b. Moderada permite ao servidor o impedimento abrange diversas atividades profissionais;
- c. Total: - implica na impossibilidade do desempenho de toda e qualquer atividade laborativa.

Ressalta-se que a presença de uma doença, por si só, não significa a existência de incapacidade laborativa. O que importa na análise do perito oficial em saúde é a repercussão dessa doença no desempenho das atribuições do cargo.

Comunicação de Acidente e Doença do Trabalho no Serviço Público - CAT/SP

Comunicação de Acidente de Trabalho do Servidor Público – CAT/SP é um documento padronizado utilizado pelos órgãos da APF, para informar o acidente em serviço ocorrido com o servidor regido pela Lei 8.112, de 1990. Trata-se de um importante instrumento notificador que associa informações estatísticas, epidemiológicas, trabalhistas e sociais.

Deficiência

É a perda parcial ou total, bem como ausência ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, que gere limitação ou incapacidade parcial para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano. A deficiência pode ser enquadrada nas seguintes categorias: física, auditiva, visual, mental e múltipla.

Doença Incapacitante

É a enfermidade que produz incapacidade para desempenhar as tarefas da vida diária e as atividades laborais do ser humano.

A doença incapacitante pode ser passível de tratamento e controle com recuperação total ou parcial da capacidade laborativa, não resultando, obrigatoriamente, em invalidez.

Doença / Moléstia Profissional

São as doenças decorrentes, desencadeadas ou agravadas pelo exercício de trabalho peculiar a determinada atividade profissional ou adquirida em função de condições ambientais específicas em que se realiza o trabalho. A causa da ocorrência é, necessariamente, a atividade laboral.

Doença Relacionada ao Trabalho

Consiste na doença em que a atividade laboral é fator de risco desencadeante, contributivo ou agravante de um distúrbio latente ou de uma doença preestabelecida. A doença relacionada ao trabalho estará caracterizada quando, diagnosticado o agravo, for possível estabelecer uma relação com a atividade laboral. As doenças endêmicas contraídas no exercício do trabalho também serão caracterizadas como doenças relacionadas ao trabalho.

Equipe Administrativa

É composta por servidores com competência para apoiar o desenvolvimento de ações de atenção à saúde, segurança do trabalho e perícia oficial em saúde.

Invalidez

No âmbito da APF, entende-se por invalidez do servidor a **incapacidade permanente e total** para o desempenho das atribuições do cargo, função ou emprego.

Considera-se também invalidez quando o desempenho das atividades acarreta risco à vida do servidor ou de terceiros, o agravamento da sua doença, ou quando a produtividade do servidor não atender ao mínimo exigido para as atribuições do cargo, função ou emprego.

Para fins dos benefícios previstos na Lei nº 8112/90, considera-se inválido o familiar, o dependente ou a pessoa designada quando for constatada, por perícia oficial, a incapacidade destes em prover seu próprio sustento, em consequência de doença ou lesão.

Profissional de Saúde Assistente

Profissional de saúde que assiste o servidor e é capaz de estabelecer um diagnóstico clínico, propor tratamentos, prognósticos, necessidade de afastamento do trabalho para a sua recuperação, prestar as informações necessárias para subsidiar a avaliação pericial, bem como emitir declaração de comparecimento para servir como justificativa de ausência do servidor ao trabalho.

Prontuário Eletrônico de Saúde e Segurança no Trabalho do Servidor Público Federal

Documento constituído de informações referentes à saúde e segurança no trabalho dos servidores públicos federais de órgãos e entidades do SIPEC, registradas em meio eletrônico. Trata-se de um documento de caráter legal e sigiloso que permite, conforme níveis diferenciados de acesso, a comunicação entre membros da equipe multiprofissional de atenção à saúde do servidor e segurança no trabalho e a continuidade do monitoramento e da atenção prestados ao servidor público federal.

Prontuários em Suporte de Papel

Os prontuários de saúde dos servidores públicos federais de órgãos e entidades do SIPEC, existentes atualmente em formato de papel, serão preservados e mantidos em arquivos apropriados, sob os cuidados e guarda das instituições nas quais os servidores estão lotados, de acordo com prazo legal estipulado pelo CFM/CFO.

Siape Saúde

O Siape Saúde, módulo do SIAPE, de uso obrigatório, contempla informações sobre a saúde do servidor público do Poder Executivo Federal, incluindo os aspectos relativos às perícias em saúde, exames médicos periódicos, promoção à saúde, vigilância dos ambientes e processos de trabalho, concessões de adicionais ocupacionais, exames de saúde para investidura em cargo público, além de informações gerenciais. Foi concebido para a gestão e controle das ações da saúde e segurança no trabalho dos servidores, na forma de prontuário eletrônico de saúde, tendo como especificidade o acompanhamento da Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor – PASS, abrangidos pelo Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor – SIASS.

Foi desenvolvido para acesso via internet, e permite diferentes níveis de acesso, definidos de acordo com os perfis envolvidos em cada submódulo.

A coleta, a sistematização e a análise de informações coletivas do sistema constituirão a base para a formação do perfil epidemiológico dos servidores, para a gestão qualificada das questões relativas à saúde do servidor.

Glossário

Definições Utilizadas Neste Manual

Agravo

É qualquer dano à integridade física, mental e social dos indivíduos provocado por circunstâncias nocivas, como acidentes, intoxicações, abuso de drogas, e lesões auto ou heteroinfligidas.

Assistente Técnico

Assistente técnico é um profissional de confiança da parte que o indicou e exercerá o seu mister com vistas a assegurar que a prova pericial seja realizada dentro dos limites da legalidade e da ética. A sua função é de acompanhar o ato pericial e emitir o seu parecer, contribuindo para a busca da verdade, indicando situações que possam não ter sido observadas pelo perito judicial.

A indicação é de livre escolha da parte e o assistente não estará sujeito às causas de impedimento e suspeição, ainda que tenha parentesco com a parte ou amizade íntima com ela.

Atestado Médico ou Odontológico

Documento emitido por médico ou cirurgião-dentista para atestar a condição de saúde.

Cargo Comissionado

Cargo público criado por lei, com denominação própria e vencimento pago pelos cofres públicos, que compreende o conjunto de atribuições e responsabilidades previstas na estrutura organizacional atribuídas a um servidor, cuja investidura não depende de aprovação em concurso público para provimento em comissão, sendo de livre nomeação e exoneração. O cargo pode ser ocupado por servidor detentor de cargo efetivo ou não. O servidor que ocupa apenas cargo comissionado é segurado do Regime Geral de Previdência Social – RGPS.

Cargo Efetivo

Cargo público criado por lei, com denominação própria e vencimento pago pelos cofres públicos, que compreende o conjunto de atribuições e responsabilidades previstas na estrutura organizacional atribuídas a um servidor, cuja investidura depende de aprovação em concurso público para provimento efetivo.

Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID

Publicação realizada pela Organização Mundial de Saúde com vistas a padronizar a codificação de doenças e outros problemas relacionados à saúde, incluindo grande variedade de sinais, sintomas, aspectos anormais, queixas, circunstâncias sociais e causas externas para ferimentos ou doenças. Trata-se de uma publicação de revisão periódica que se encontra em sua décima versão (CID 10/2008).

Declaração de Comparecimento

Documento emitido pelo profissional assistente para justificar o comparecimento a consulta com profissional de saúde, tratamento, procedimento ou exame, por uma fração do dia, não gerando licença, ficando a critério da chefia imediata do servidor autorizar a compensação do horário, nos termos do art. 44 da Lei nº 8.112, de 1990.

Doença

É a alteração do estado clínico do indivíduo, independentemente de origem ou fonte, que represente ou possa representar dano físico ou mental significativo para o ser humano.

Laudo Pericial

Documento técnico formulado por peritos oficiais em saúde com o objetivo de comunicar a conclusão pericial.

Licença de Ofício

A perícia de ofício é aquela onde o afastamento é concedido sem a anuência do servidor, mas não sem que ele seja visto e avaliado, e seu quadro médico/odontológico de incapacidade muito bem documentado. Se ele não reconhece a incapacidade e não concorda com o afastamento cabe a licença por ofício.

À equipe multiprofissional cabe o acompanhamento do servidor e orientação à família.

Parecer Técnico

É o resultado de avaliação específica fundamentada em legislações, conhecimentos e protocolos que subsidiam as conclusões e laudos periciais.

Perícia Judicial ou Forense

Trata-se de ato praticado por profissional que possui formação em determinada área, como por exemplo, médico, cirurgião-dentista, engenheiro de segurança do trabalho, assistente social, psicólogo. Este profissional é designado especificamente por juiz para atuar em processos judiciais a fim de auxiliar a atividade julgadora do magistrado. Nestas perícias poderão atuar os profissionais designados peritos e assistentes técnicos das partes.

Readaptação

É a investidura do servidor em cargo de atribuições e responsabilidades compatíveis com a limitação que tenha sofrido em sua capacidade laborativa física ou mental, constatada por avaliação pericial.

Reabilitação Funcional

É o processo de duração limitada, com objetivo definido, destinado a recuperar pessoa com incapacidade adquirida para alcançar níveis físicos, mentais e funcionais que possibilitem o seu retorno ao trabalho.

Relatório de Profissional Assistente

Documento emitido por profissional de saúde que assiste o periciado para subsidiar as decisões periciais.

Restrição de Atividade Laboral

É a recomendação para a não realização de uma ou mais atribuições do cargo, função ou emprego, cuja continuidade do exercício possa acarretar o agravamento da doença do servidor ou risco a terceiro.

Servidor

Pessoa legalmente investida em cargo público, seja efetivo ou comissionado, nos termos da Lei nº 8.112, de 1990.

Capítulo I

Princípios e Diretrizes da Perícia Oficial em Saúde

Conhecimento Técnico-Científico

A análise da capacidade laborativa do servidor frente a uma doença ou agravo requer competência técnica, habilidade para avaliar o estado de saúde do servidor e conhecimentos da relação saúde e trabalho. Ao elaborar o laudo, o perito oficial em saúde deve se valer de conhecimento técnico de sua área de atuação e fundamentos legais para dirimir questões relacionadas ao direito.

O perito deve conhecer o tipo de trabalho do avaliado e, sobretudo, investigar em quais condições são desenvolvidas as atividades laborais, envolvendo o ambiente e a organização do trabalho, bem como suas relações sócio-familiares, podendo inclusive realizar visitas ou inspeções ao posto de trabalho.

Cabe ao perito, depois de confirmada a existência de enfermidade ou agravo, identificar a atividade exercida pelo servidor e emitir a conclusão sobre a limitação laborativa. O pleito poderá ser deferido ou negado, independentemente de apresentação de atestado do assistente.

Ética Profissional

Ética é um conjunto de valores e atitudes que orientam o comportamento dos indivíduos em relação aos seus pares na sociedade, garantindo o bem estar social. Não deve ser reduzida a um código único de preceitos e obrigações aplicados segundo procedimentos burocráticos e respaldados pela moral vigente.

A ética profissional tem a função de fortalecer o exercício da consciência, da liberdade e da responsabilidade do perito oficial e de todos que compõem a equipe de atenção à saúde do servidor e segurança do trabalho.

O processo de avaliação da capacidade laborativa, está pautado nas argumentações, no respeito às diferenças e no diálogo com o outro, evitando preconceitos e atos discriminatórios.

A perícia oficial em saúde está a serviço de interesses sociais, seja para assegurar o exercício dos direitos do servidor, seja para defender a APF, além de dar respaldo às decisões administrativas. O perito deve ter senso de justiça, realizando os procedimentos necessários para o exercício do direito, assim como fidelidade à coisa pública de forma a não permitir favorecimentos indevidos ou negação de direitos legítimos.

A isenção é uma obrigação ética do perito, também referendada nos Códigos de Ética em vigor. Não pode haver suspeição no ato pericial, por isso é vedado qualquer tipo de vínculo entre o perito oficial em saúde e o servidor ou seu dependente legal, pois se presume prejudicada a imparcialidade. Também é vedado qualquer tipo de ingerência administrativa no ato técnico pericial.

O perito oficial em saúde, atuando na perícia singular ou em junta, fica impedido de participar de ato pericial quando:

1. For parte interessada;
2. Tenha tido participação como mandatário da parte, ou sido designado como assistente técnico de órgão do Ministério Público, ou tenha prestado depoimento como testemunha;
3. For cônjuge ou parente da parte interessada (consanguíneo ou afim, em linha reta ou colateral, até o segundo grau);
4. A parte for paciente, ex-paciente ou qualquer pessoa que tenha ou teve relações sociais, afetivas, comerciais ou administrativas, capazes de comprometer o caráter de imparcialidade do ato pericial.

Integralidade

Avaliação do indivíduo como um todo, considerando-o em seus aspectos biopsicossociais, não se restringindo à doença, agravo ou transtorno.

Integração

Articulação entre todos os setores envolvidos com a perícia, reunindo saberes e práticas, devendo respeitar as autonomias, experiências e culturas. Para que haja a integração na perícia oficial em saúde é necessário que se estimule co-responsabilidades, onde não só o servidor, mas sua família, sua instituição e a equipe multiprofissional de atenção à saúde do servidor e segurança do trabalho possam atuar no processo de afastamento e de recuperação da capacidade laborativa.

Sigilo Profissional e Documentos Oficiais

Todos os profissionais que trabalham nas unidades de atenção à saúde do servidor devem, quando do manuseio dos documentos oficiais, guardar sigilo sobre os assuntos de que têm ciência em razão do cargo, emprego ou função.

Sobre o sigilo, o Código Penal em seu art. 325, prevê punição para violação de sigilo funcional, quando “Revelar fato de que tem ciência em razão do cargo e que deva permanecer em segredo, ou facilitar-lhe a revelação”, *in verbis*.

É vedado ao perito assinar laudos periciais se não tiver realizado ou participado do exame.

Cabe ressaltar que assinar laudos falsos constitui crime previsto no Código Penal (arts. 299; 302), além de infração ética grave.

As informações produzidas pelo sistema informatizado Siape Saúde poderão ser objeto de estudo e divulgação pela APF, observadas as restrições referentes aos dados de caráter sigiloso e/ou pessoal.

Para realização de pesquisas e posterior publicação na forma de textos científicos, devem ser respeitadas as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, conforme Resolução nº 466, de 2012, do Conselho Nacional de Saúde.

Relação do Perito Oficial em Saúde com a Instituição

Os Peritos Oficiais em Saúde cumprem importante atribuição de defesa dos interesses do Estado e dos servidores no âmbito da APF. O perito, gozando de plena autonomia, tem o dever de informar aos setores próprios da APF sobre os resultados da perícia oficial em saúde e instruí-la no que for necessário. Sua atuação deve ser pautada pelo Código de Ética e pelas leis que regem a Administração Pública, sendo vedado sujeitar-se a demandas que possam influenciar o seu parecer.

O perito deve ainda satisfação ao preceito jurídico da autotutela, ou seja, é um servidor com autoridade constituída para chamar a si a responsabilidade de corrigir ato sob a sua alçada que gerou privação de direito ou lesão à coisa pública.

No caso de haver suspeita de privação de direito ou lesão à coisa pública praticado por outro perito, o fato deverá ser comunicado à autoridade competente e ser objeto de apuração nos moldes previstos na Lei nº 8.112, de 1990.

Relação do Perito Oficial em Saúde com o Servidor ou seu Dependente Legal

É preciso distinguir a atuação do profissional que examina a pessoa com o objetivo de tratá-la, daquele que a examina na qualidade de perito.

Na assistência, o paciente escolhe o profissional livre e espontaneamente e confia-lhe o tratamento da sua enfermidade.

Na perícia, o servidor ou seu dependente legal é solicitado por uma autoridade a comparecer diante de um perito ou de uma junta, designados por essa autoridade, para verificar seu estado de saúde, com fins de decisão de direitos ou aplicação de leis.

Na relação assistencial, o paciente tem todo o interesse de informar ao profissional que o assiste seus sintomas e as condições de seu adoecimento, tendo a convicção de que somente assim o profissional poderá chegar a um diagnóstico correto e subsequente tratamento. Há um clima de mútua confiança e empatia. Na assistência, a confiança é uma necessidade imperiosa para a eficácia do tratamento. O sigilo é construído em uma relação particular de confiança, quase que compulsória. A violação desse sigilo é uma ofensa ao direito do paciente.

Na relação pericial, pode haver mútua desconfiança. O periciado tem o interesse de obter um benefício, o que pode levá-lo a prestar, distorcer ou omitir informações que levem ao resultado pretendido e o perito pode entender que existe simulação.

Na relação pericial não existe a figura de paciente, o periciado não está sob os cuidados do perito. O periciado não deve esperar do perito oficial em saúde um envolvimento de assistente, o que não significa ausência de cortesia, atenção e educação.

O perito não deve se referir ao periciado pelo termo “paciente”, mas sim como examinado, periciado ou servidor. O profissional deve estar preparado para exercer sua função pericial observando sempre o rigor técnico e ético para que não parem dúvidas em seus pareceres.

Ao perito caberá uma escuta que deve ir além do que verbaliza o periciado na tentativa de desvendar o que não foi revelado e avaliar as informações fornecidas. Deve ter em mente que a avançada tecnologia atual não pode se sobrepor à abordagem humanizada.

O perito deve realizar uma boa avaliação clínica e estar atento para identificar simulações. O senso crítico apurado deve ser fator determinante na atuação do perito para questionar sempre o que for necessário.

Fica a critério do perito a presença de acompanhante durante a perícia, desde que este não interfira nem seja motivo de constrangimento, pressão ou ameaça ao perito ou ao periciado.

Importante destacar que é vedada a filmagem ou a gravação da avaliação pericial (processo consulta CFM nº 1.829, de 2006, Parecer CFM Nº 9, de 2006, Capítulo IV do Código de Ética Odontológica e art. 6º da Resolução CFO nº 87, de 2009).

Relação do Perito Oficial em Saúde com o Profissional de Saúde Assistente

É tecnicamente recomendável que a avaliação pericial se inicie pela informação prestada pelo periciado, utilizando a observação do profissional de saúde assistente para subsidiar sua conclusão.

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

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

Relação do Perito Oficial em Saúde com a Equipe Multiprofissional de Suporte à Perícia

O processo de atenção à saúde deve estar fundamentado na participação de profissionais de diferentes áreas do conhecimento, formação e experiência profissional, a fim de qualificar a intervenção, uma vez que saúde não se restringe apenas à ausência de doença.

A necessidade do olhar de especialistas de diversas categorias profissionais justifica-se em função da complexidade da relação saúde-trabalho. O trabalho em equipe é fundamental para melhor compreender o estado de saúde do servidor e as decorrentes implicações nos diversos contextos em que o servidor está inserido.

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

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

É com base nesse entendimento que se destaca a atuação da equipe de suporte à perícia em saúde. Para tanto, é imperativo preservar as competências e as atribuições privativas das categorias profissionais envolvidas, bem como seus limites legais, técnicos e normativos, assegurando, contudo, a abordagem interdisciplinar.

Os peritos oficiais em saúde podem solicitar aos profissionais que compõem a equipe de suporte à perícia oficial em saúde avaliações complementares com a finalidade de melhor compreender o processo de adoecimento ou agravamento que acometa o periciado. Para fins desse Manual, denominaremos tais avaliações complementares de pareceres técnicos especializados.

Capítulo II

Da Perícia Oficial em Saúde

Do Perito

Designação do Perito Oficial em Saúde

Exercício no Âmbito do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal – SIASS

Perícia Oficial em Saúde

1. Junta Oficial em Saúde
2. Perícia Oficial Singular em Saúde

Fundamentos Legais e Procedimentos a serem observados na atividade pericial

Perito Oficial em Saúde

É o médico ou o cirurgião-dentista que realiza ato pericial com o objetivo de subsidiar a APF na fundamentação de decisão a que está obrigada. É responsável pelo estabelecimento da correlação entre o estado mórbido e a capacidade laborativa do servidor, assim como do nexo entre o estado mórbido e o trabalho, bem como pela avaliação de pensionistas e dependentes nos dispositivos previstos na legislação

Designação do Perito Oficial em Saúde

Os peritos oficiais em saúde devem ser obrigatoriamente designados em documento legal (Portaria), ficando assim habilitados a realizar perícia singular e junta oficial em saúde, nas áreas periciais médica ou odontológica. As publicações devem acontecer em boletim de pessoal, providenciado pelo órgão de origem do servidor designado Perito Oficial em Saúde. A designação deverá ser feita pelo órgão sede da Unidade SIASS nos casos do art. 93 da Lei 8112/90, e outras formas de exercícios previstos em Lei.

Exercício no Âmbito do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal – SIASS

Os peritos oficiais em saúde, os demais membros que igualmente compõem a equipe multiprofissional de atenção à saúde e segurança do trabalho e os servidores da área administrativa terão seus exercícios no âmbito do SIASS, mediante publicação de Portaria em Boletim de Pessoal. As publicações devem ser providenciadas pelos órgãos e entidades da Administração Pública Federal - APF nos quais estão lotados os respectivos profissionais titulares de cargos de provimento efetivo que compõem as equipes do SIASS, conforme dispõe a Lei nº 12.269, de 21 de junho de 2010

Perícia Oficial em Saúde

É o ato administrativo que consiste na avaliação técnica de questões relacionadas à saúde e à capacidade laboral, realizada na presença do periciado por médico ou cirurgião-dentista formalmente designado.

A perícia oficial em saúde produz informações para fundamentar as decisões da administração no tocante ao disposto na Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990 e suas alterações posteriores. De acordo com o Decreto nº 7.003, de 9 de novembro de 2009, a perícia oficial em saúde compreende duas modalidades:

1. **Junta Oficial em Saúde:** perícia oficial em saúde realizada por grupo de três médicos ou de três cirurgiões-dentistas; e

2. **Perícia Oficial Singular em Saúde:** perícia oficial em saúde realizada por apenas um médico ou um cirurgião-dentista.

Fundamentos Legais e Procedimentos a serem observados na atividade pericial

A perícia oficial em saúde, após a realização dos exames periciais necessários, emitirá laudos ou pareceres que servirão de fundamentação nas decisões da APF, nos casos indicados a seguir, respeitadas as áreas de atuação médica ou odontológica, conforme a Lei nº 8.112, de 1990:

- a. Licença para tratamento da própria saúde
 - a 1. Do servidor (arts. 202, 203 e 204, da Lei nº 8.112, de 1990);
 - a 2. Do trabalhador (arts. 59 e 60 § 4º da Lei nº 8.213, de 1991).
- b. Licença por motivo de doença em pessoa da família (art. 81, inciso I, §1º, arts. 82 e 83 da Lei nº 8.112, de 1990, alterados pela Lei nº 11.269, de 2010);
- c. Licença à gestante
 - c1. Da servidora (art. 207 da Lei nº 8.112, de 1990):
 - c2. Da trabalhadora (art. 71 da Lei nº 8.213, de 1991).
- d. Licença por motivo de acidente
 - d1. Em serviço ou doença profissional (arts. 211 e 212 da Lei nº 8.112, de 1990);
 - d2. De trabalho (arts.19, 20 e 21 da Lei nº 8.213, de 1991).
- e. Aposentadoria por invalidez (art. 186, inciso I, da Lei nº 8.112, de 1990);
- f. Constatação de deficiência de dependente (art. 217, inciso I, alínea “e”, da Lei nº 8.112, de 1990) e constatação de invalidez de filho, enteado, dependente ou pessoa designada (art. 217, inciso II, alíneas “a” e “d”, da Lei nº 8.112, de 1990);
- g. Remoção por motivo de saúde do servidor ou de pessoa de sua família (art. 36, inciso III, alínea “b”, da Lei nº 8.112, de 1990);
- h. Horário especial para servidor portador de deficiência e para o servidor com familiar portador de deficiência (art. 98, §2º e 3º, da Lei nº 8.112, de 1990);
- i. Constatação de deficiência dos candidatos aprovados em concurso público nas vagas de portador de deficiência (arts. 3º e 4º, do Decreto nº 3.298, de 1999, alterado pelo Decreto nº 5.296, de 2004);
- j. Avaliação de sanidade mental do servidor para fins de Processo Administrativo Disciplinar (art. 160 da Lei nº 8.112, de 1990);
- k. Recomendação para tratamento de acidentados em serviço em instituição privada à conta de recursos públicos (art. 213 da Lei nº 8.112, de 1990);
- l. Readaptação funcional de servidor por redução de capacidade laboral (art. 24 da Lei nº 8.112, de 1990);
- m. Avaliação de servidor aposentado por invalidez para fins de reversão (art.25, inciso I, e art. 188, §5º, da Lei nº 8.112, de 1990);
- n. Avaliação de servidor aposentado para constatação de invalidez por doença especificada no §1º do art. 186, para fins de integralização de proventos (art.190 da Lei nº 8.112, de 1990);
- o. Avaliação da capacidade laborativa de servidor em disponibilidade (art.32 da Lei nº 8.112, de 1990);
- p. Inspeção para investidura em cargo público (art. 14 da Lei nº 8.112, de 1990);
- q. Pedido de reconsideração e recurso acerca de avaliações periciais (arts. 106, 107 e 108 da Lei nº 8.112, de 1990);

- r. Avaliação para isenção de imposto de renda (art. 6º, inciso XIV e XXI da Lei nº 7.713, de 1988, alterada pela Lei nº 11.052, de 2004);
- s. Avaliação de idade mental de dependente para concessão de auxílio pré-escolar (Decreto nº 977, de 1993);
- t. Avaliação de servidor portador de deficiência para comprovação da necessidade de acompanhamento de viagem a serviço (Decreto nº 7.613, de 2011);
- u. Avaliação da capacidade laborativa por recomendação superior (art. 206 da Lei nº 8.112, de 1990);
- v. Comunicação de doença de notificação compulsória ao órgão de saúde pública. (Lei nº 6.259 de 30 de outubro de 1975, Decreto nº 78.231, de 12 de agosto de 1976, e Portaria do Ministério da Saúde nº 104, de 25 de janeiro de 2011)

Define-se como licença por motivo de saúde o direito de o servidor ausentar-se, sem prejuízo da remuneração a que fizer jus, dentro dos prazos previstos, conforme a legislação vigente.

Espécies de licença por motivo de saúde (Lei nº 8.112, de 1990):

Licença para tratamento da própria saúde (arts. 202, 203, 204 da Lei nº 8.112, de 1990);

Licença por motivo de doença em pessoa da família (arts. 83, 204 da Lei nº 8.112, de 1990);

Licença à gestante (art. 207 da Lei nº 8.112, de 1990);

Licença por acidente em serviço (arts. 211 e 212 da Lei nº 8.112, de 1990).

Para efeito de contagem de total de dias de afastamento, de modo a verificar a possibilidade de dispensa de perícia, ou se é caso de perícia singular ou avaliação por junta oficial, o cômputo dos 12 meses a que se refere o art. 3º do Decreto nº 7.003, de 2009, terá início no primeiro dia da primeira licença concedida ao servidor, a partir da data de início fixada pelo citado Decreto, qual seja, 10 de novembro de 2009, quando se tratar da licença para tratamento de saúde do servidor. Já no caso de licença por motivo de doença em pessoa da família, a data de início foi 29 de dezembro de 2009, data fixada pela Medida Provisória nº 479, de 2009.

Essa será a sua data marco e se encerrará após 12 meses. Após esse prazo, um novo ciclo de 12 meses começará a partir do primeiro dia da próxima licença concedida, sendo tal dia sua nova data marco.

Caso o servidor encerre o ciclo de 12 meses e esteja afastado, o número de dias que ultrapassar o término do ciclo anterior será computado para novo período de 12 meses.

Ressalte-se que a dispensa de perícia oficial é uma faculdade, não havendo nenhum óbice à realização de perícia oficial singular mesmo quando satisfeitas as condições descritas no art. 4º do Decreto nº 7.003, de 2009.

Para efeito de contagem das licenças, serão sempre considerados os somatórios dos períodos concedidos dentro da mesma espécie de licença (licença para tratamento de saúde e licença por motivo de doença em pessoa da família)

Mesmo os servidores com licenças que atendam os critérios para serem dispensadas de perícia podem ser convocados para avaliação pericial a critério do perito, bem como por solicitação da chefia ou da unidade de recursos humanos/gestão de pessoas, conforme § 7º do art. 4º do Decreto nº 7.003, de 2009.

a) Licença para tratamento da própria saúde do servidor estatutário (arts. 202, 203, § 4º, 204 da Lei nº 8.112, de 1990, Decreto nº 7.003, de 09/11//2009 e ON SRH/MP nº 03, de 23/02/2010, republicada em 18/03/2010) ou segurado do RGPS (arts. 59 e 60 § 4º da Lei nº 8.213, de 1991)

Competência do(s) perito(s): realizar perícia oficial singular ou junta oficial em saúde, conforme o período de afastamento.

O prazo de licença para tratamento de saúde do servidor será considerado como de efetivo exercício até o limite de 24 meses, cumulativo ao longo do tempo de serviço público prestado à União, em cargo de

provimento efetivo. Após esse prazo, poderá ser concedida licença para tratamento da própria saúde, ressaltando-se que o referido tempo contar-se-á apenas para efeito de aposentadoria e disponibilidade.

As licenças para tratamento de saúde podem ser tratadas de duas maneiras, conforme a legislação:

Licença Dispensada de Perícia

A licença de 1 a 14 dias para tratamento da própria saúde do servidor poderá ser **dispensada de perícia**, desde que sejam atendidos os seguintes pré-requisitos:

1. Os atestados médicos ou odontológicos concedam até cinco dias corridos, computados fins de semana e feriados;
2. O número total de dias de licença seja inferior a 15 dias no período de 12 meses, a contar da data de início do primeiro afastamento;
3. O atestado deve conter identificação do servidor e do profissional emitente e seu registro no conselho de classe, o nome da doença ou agravo, codificado ou não e o tempo provável de afastamento, todos os dados de forma legível;
4. O atestado deverá ser apresentado à unidade competente do órgão ou entidade **no prazo máximo de cinco dias corridos**, contados da data do início do afastamento do servidor, salvo por motivo justificado aceito pela instituição.

O atestado deverá tramitar em envelope lacrado, identificado e marcado como confidencial, constando o último dia trabalhado e telefone para contato com o servidor e sua chefia imediata. Caso o prazo para entrega do atestado exceda os cinco dias corridos, deverá ser justificado e o servidor submetido a avaliação pericial presencial, cabendo ao perito a concessão da licença ou não.

A unidade competente do órgão ou entidade deverá encaminhar o atestado à unidade de atenção à saúde do servidor. O administrativo desta unidade registrará no Siape Saúde e comunicará à área competente o período de afastamento e a espécie de licença, para os procedimentos necessários, devendo entregar ao servidor uma cópia deste registro.

Os modelos de registros de licenças inferiores a quinze dias para licenças para tratamento de saúde do próprio servidor, constam no anexo II deste manual.

No caso de o atestado não atender às regras estabelecidas no Decreto nº 7.003, de 2009, ou no caso de o servidor optar por não especificar o diagnóstico de sua doença no atestado, ele deverá ser submetido a avaliação pericial, ainda que **se trate de atestado que conceda licença por período inferior ou igual a cinco dias**.

Licença concedida mediante Avaliação Pericial

a 1. A licença de até 120 dias, ininterruptos ou não, no período de 12 meses, será avaliada por perícia singular e acima deste número de dias, obrigatoriamente, por junta oficial composta por três médicos ou três cirurgiões-dentistas, respeitando as áreas de atuação.

O servidor deverá solicitar avaliação por perícia oficial à unidade competente do órgão/entidade ou diretamente à unidade de atenção à saúde em até cinco dias corridos do início do afastamento, munido de documento de identificação com foto e documentos comprobatórios de seu estado de saúde e do tratamento. A avaliação pericial deverá ser realizada o mais breve possível.

Nos casos em que houver suspeita de falsidade do atestado, será feito comunicado à área de gestão de pessoas do servidor para as providências. Em se tratando de atestado inverídico ou não fundamentado, o perito, após fundamentar a irregularidade, deverá notificar ao respectivo conselho de registro de classe para investigação. Cabe ao perito tentar esclarecer a situação, com cuidado para não fazer acusações infundadas, agindo sempre conforme os preceitos éticos.

Encontrando-se o servidor impossibilitado de se locomover ou estando hospitalizado, a avaliação pericial poderá ser realizada em residência ou em entidade nosocomial (perícia externa).

Caso não seja comprovada a incapacidade laborativa alegada, o servidor não terá sua licença concedida, no todo ou em parte.

O início da licença por motivo de saúde do servidor deverá corresponder à data do início do afastamento de suas atividades laborais, que deverá ser a mesma data de emissão do atestado. Os dados do exame do servidor serão registrados de forma completa e precisa no prontuário pericial.

A conclusão da avaliação pericial será comunicada por meio do laudo pericial de licença para tratamento de saúde, que será impresso e entregue ao servidor. Se a conclusão pericial exigir reavaliação da capacidade laborativa, o servidor deverá retornar à perícia no término da licença, mediante prévio agendamento, com os documentos solicitados.

Caso haja prorrogação da licença para tratamento de saúde, será emitido um novo laudo pericial de licença para tratamento de saúde.

O servidor que, no curso da licença, julgar-se apto a retornar à atividade, solicitará à unidade competente do órgão/entidade ou diretamente à unidade de atenção à saúde a reavaliação da sua capacidade laborativa. Caso não se configure mais a incapacidade, a perícia emitirá novo laudo pericial de licença para tratamento de saúde modificando a data de retorno ao trabalho.

O servidor que apresentar indícios de lesões orgânicas ou funcionais será submetido à avaliação da capacidade laborativa por inspeção pericial (art. 206 da Lei nº 8.112, de 1990). A convocação para essa inspeção será indicada pelo serviço de saúde ou autoridade competente e formalizada pela Unidade de Recursos Humanos/Gestão de Pessoas do órgão do servidor. Será punido com suspensão de até 15 dias o servidor que, injustificadamente, recusar-se a ser submetido à perícia oficial determinada pela autoridade competente, cessando os efeitos da penalidade uma vez cumprida a determinação, conforme o art. 130, §1º, da Lei nº 8.112, de 1990.

Entende-se por lesão, o dano em qualquer órgão ou estrutura corporal. Lesão Funcional é a alteração na função de órgão, tecido ou outras estruturas, sem que haja alteração anatômica e Lesão Orgânica, a lesão em órgão, tecido ou outras estruturas, com alteração anatômica.

a 2. Os ocupantes de cargos comissionados sem vínculo com o serviço público, os empregados públicos, os anistiados celetistas e os contratados por tempo determinado vinculam-se ao Regime Geral de Previdência Social - RGPS, em razão do disposto nas Leis nºs 8.213, de 1991, 8.647, de 1993, 8.745, de 1993 e § 13 do art. 40 da Constituição Federal.

- Apenas os primeiros 15 dias de licença serão concedidos pela perícia oficial em saúde, conforme prevê o art. 60 da Lei nº 8.213, de 1991, sendo necessária avaliação pericial para concessão desse afastamento;
- A partir do 16º dia as licenças serão concedidas pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS)/Regime Geral de Previdência Social (RGPS). Para tal, o periciado será encaminhado à perícia do INSS pela Unidade de Recursos Humanos/Gestão de Pessoas (art. 75 do Decreto 3.048, de 1999);
- Caso o agendamento da avaliação pericial do INSS ultrapasse o período de afastamento sugerido pelo profissional assistente, ou se o segurado desejar antecipar o seu retorno ao trabalho e for considerado apto pelo profissional assistente, poderá retornar ao trabalho, devendo ainda se submeter à perícia agendada no INSS. Cabe ressaltar que nesses casos o órgão não deve impedir o retorno do empregado;
- Nova solicitação de licença após os 15 dias iniciais concedidos pelo órgão/entidade:
 1. Quando se tratar da mesma doença ou correlatas:
 - transcorridos **menos** de 60 dias a contar do término dos 15 dias iniciais, deverá ser encaminhado ao INSS por tratar-se de uma prorrogação do benefício anterior;
 - transcorridos **mais** de 60 dias a contar do término dos 15 dias iniciais, poderão ser concedidos até 15 dias pelo órgão/entidade.

2. Quando se tratar de outra doença: poderão ser concedidos até 15 dias de licença para tratamento de saúde pelo órgão/entidade mesmo que o periciado não tenha retornado ao trabalho.

O comparecimento a consulta com profissional de saúde, tratamento, procedimentos ou exames, por uma fração do dia, não gera licença, por falta de amparo legal, mas deverá ser comprovado por meio de **declaração de comparecimento** emitida pelo profissional assistente, para servir como justificativa de afastamento, ficando a critério da chefia imediata do servidor a compensação do horário, conforme a legislação em vigor (parágrafo único do art. 44 da Lei nº 8.112, de 1990).

A dispensa de perícia prevista no art. 204 da Lei nº 8.112, de 1990, regulamentada pelo Decreto nº 7.003, de 2009, aplica-se apenas aos servidores ocupantes de cargo efetivo estatutário regidos pelo Regime Jurídico Único - RJU.

b) Licença por motivo de doença em pessoa da família (art. 83, Lei 8.112, de 1990 e Decreto 7.003, de 2009 e ON SRH/MP nº 03, de 23/02/2010, republicada em 18/03/2010)

Competência do(s) perito(s): realizar perícia oficial singular ou junta oficial em saúde, conforme o período de afastamento.

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

1. Cônjuge ou companheiro;
2. Mãe e pai;
3. Filhos;
3. Madrasta ou padrasto;
4. Enteados;
5. Dependente que viva às expensas do servidor e conste de seu assentamento funcional.

A licença somente será deferida se a assistência pessoal do servidor à pessoa da família for indispensável e não puder ser prestada, simultaneamente, com o exercício do cargo ou mediante compensação de horário.

Importante destacar que a avaliação pericial será realizada no familiar ou dependente do servidor. Deverá ser considerada a localidade em que se encontra o familiar/dependente legal com a finalidade de esclarecer a necessidade de afastamento do servidor. A avaliação multiprofissional deverá ser realizada, sempre que possível, para subsidiar essa decisão.

A licença para acompanhamento de pessoa da família, incluídas as prorrogações, poderá ser concedida a cada período de 12 meses, nas seguintes condições:

1. Por até 60 dias, consecutivos ou não, mantida a remuneração do servidor;
2. Após os 60 dias, por até mais 90 dias, consecutivos ou não, sem remuneração, não ultrapassando o total de 150 dias, incluídas as respectivas prorrogações.

Licenças Dispensadas de Perícia

Conforme o Decreto nº 7.003, de 2009, a licença por motivo de doença em pessoa da família poderá ser dispensada de perícia, desde que sejam atendidos os seguintes pré-requisitos:

1. Os atestados médicos ou odontológicos sejam de até três dias corridos, computados fins de semana e feriados;
2. O número total de dias de licença seja inferior a 15 dias, a contar da data de início do primeiro afastamento, no período de 12 meses;
3. O atestado deve conter a justificativa quanto à necessidade de acompanhamento, a identificação do servidor e do profissional emissor e seu registro no conselho de classe, o nome da doença ou agravo, codificado ou não e o tempo provável de afastamento, contendo todos os dados de forma legível;
4. O atestado deve ser apresentado à unidade competente do órgão ou entidade **no prazo máximo de cinco dias corridos**, contados da data do início do afastamento do servidor, (deverá corresponder à data em que foi emitido o atestado), salvo por motivo justificado aceito pela instituição.

O atestado médico ou odontológico, emitido em nome da pessoa da família ou dependente que necessitar de acompanhamento pelo servidor, deverá tramitar em envelope lacrado, classificado como "confidencial", e identificado com nome, matrícula, órgão de lotação ou exercício do servidor, último dia trabalhado, tipo de documento (atestado médico ou odontológico) e telefone para contato com o servidor e sua chefia imediata.

O atestado deve ser entregue na unidade competente do órgão/entidade ou diretamente à Unidade SIASS ou serviço de saúde do servidor. O administrativo da unidade registrará no Siape Saúde e comunicará à área competente o período de afastamento e a espécie de licença, para os procedimentos necessários, devendo entregar ao servidor uma cópia deste registro.

No caso do atestado não atender às regras estabelecidas no Decreto nº 7.003, de 2009, ou se o servidor optar por não especificar o diagnóstico da doença no atestado, o familiar ou dependente deverá ser submetido a avaliação pericial ainda que **se trate de atestados inferiores ou iguais a três dias**.

Os ocupantes de cargos comissionados sem vínculo com o órgão público, segurados do RGPS, por serem servidores, têm direito a licença por motivo de doença da família, nas mesmas condições citadas anteriormente.

Vale ressaltar que os contratados por tempo determinado e os empregados públicos não farão jus à licença por motivo de doença em pessoa da família, uma vez que não são definidos como servidores públicos.

c) Licença à gestante (art. 207, §§ 2º, 3º e 4º, Lei nº 8.112, de 1990 e art. 71, Lei nº 9213, de 1991)

Competência do perito: realizar perícia oficial singular em saúde.

c1.) A licença à gestante destina-se à proteção da gravidez, à recuperação pós-parto, à amamentação e ao desenvolvimento da relação do binômio mãe-filho, a partir do primeiro dia do nono mês de gestação (correspondente ao período entre 38 e 42 semanas), salvo antecipação do nascimento ou por prescrição médica.

A duração do afastamento para a licença à gestante é de 120 dias consecutivos.

A prorrogação da licença à gestante por mais 60 dias será concedida administrativamente, desde que requerida pela servidora até o trigésimo dia, a contar do dia do parto (§1º, do art 2º, do Decreto 6.690 de 2008).

Considerando que a licença à gestante pode ser concedida administrativamente ou por perícia oficial, devem ser observados os seguintes aspectos:

I – SEM AVALIAÇÃO PERICIAL

1. A licença à gestante é solicitada e concedida administrativamente quando tiver seu início na data do parto, comprovada pelo aviso ou registro de nascimento ou atestado médico, sem que seja necessária a avaliação médico pericial.. Nos casos de nascidos vivos que venham a falecer no decurso da licença à gestante, a servidora terá o direito de permanecer afastada durante os 120 dias.

II – COM AVALIAÇÃO PERICIAL

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 à gestante;

2. Nos casos de natimorto, a servidora será submetida a exame médico 30 dias após o parto e, se julgada apta, reassumirá o exercício de seu cargo. No caso de a perícia entender pela inaptidão para reassumir o exercício do seu cargo, a licença continua fundamentada no art. 207.

Para fins do previsto neste Manual, considera-se **parto** a expulsão, a partir do quinto mês de gestação, de feto vivo ou morto.

No caso de aborto (art. 207, §4º, da Lei nº 8.112, de 1990) comprovado por perito oficial, a servidora fará jus a 30 dias de repouso remunerado improrrogáveis. Aborto é a expulsão do concepto, vivo ou morto, com menos de 500 gramas ou antes da 20ª (vigésima) semana de gestação.

Decorrido esse período de afastamento, a servidora que se julgar incapaz de reassumir suas funções deverá requerer licença para tratamento de saúde e se submeter a nova avaliação pericial.

Na hipótese de surgirem intercorrências geradoras de incapacidade durante a gravidez ou após a licença à gestante, ainda que dela decorrentes, o afastamento será processado como licença para tratamento de saúde, observado o que dispõe o item sobre licença para tratamento de saúde do servidor.

A licença à gestante e a licença para tratamento de saúde são espécies diferentes de licença, não podendo ser concedidas concomitantemente. A licença à gestante não pode ser interrompida, exceto no caso de natimortos.

c2.) As servidoras ocupantes de cargos comissionados, sem vínculo efetivo com a APF, as contratadas por tempo determinado, as empregadas públicas (seguradas do RGPS – art. 71, Lei nº 8.213, de 1991), terão a licença à maternidade concedida nos termos do RGPS.

No caso de o perito oficial, durante a avaliação pericial, constatar que a gestante ou lactante encontra-se exposta a fatores de risco, caberá a ele informar à unidade de recursos humanos da servidora.

d) Licença por motivo de acidente em serviço ou doença profissional (arts. 211 e 212 da Lei nº 8.112, de 1990, art. 20 da Lei nº 8.213, de 1991 e ON SRH/MP nº 03, de 23/02/2010, republicada em 18/03/2010)

Competência do perito: realizar perícia oficial singular em saúde.

d.1) Do Acidente em Serviço

(arts. 211 a 214 da Lei nº 8.112, de 1990)

Nos termos do art. 212 da Lei nº 8.112, de 1990, configura acidente em serviço o dano físico ou mental sofrido pelo servidor, que se relacione, mediata ou imediatamente, com as atribuições do cargo exercido.

Equipara-se ao acidente em serviço o dano decorrente de agressão sofrida e não provocada pelo servidor no exercício do cargo, bem como aquele sofrido no percurso da residência para o trabalho e vice-versa.

Conforme determinação expressa do art. 214 da Lei nº 8.112, de 1990, a prova do acidente será feita no prazo de 10 (dez) dias, prorrogável quando as circunstâncias o exigirem. Será aceito como prova qualquer documento que comprove a ocorrência do fato, a exemplo de boletim de ocorrência, fotografia, relato de profissional socorrista ou congêneres, testemunhas, dentre outros meios que registrem o fato ocorrido.

d.2) Do Acidente do Trabalho

(arts. 19, 20 e 21 da Lei nº 8.213, de 1991)

O acidente do trabalho, para os fins deste Manual, refere-se apenas aos ocupantes de cargos em comissão, sem vínculo efetivo com a Administração Pública Federal, contratados por tempo determinado e empregados públicos anistiados, tendo em vista serem contribuintes e segurados do Regime Geral de Previdência Social – RGPS.

Nesse caso, o acidente de trabalho é definido com base no disposto nos arts. 19 a 21 da Lei nº 8.213, de 1991, como sendo o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da Administração Pública Federal, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho.

A comprovação do acidente do trabalho compete exclusivamente à perícia do INSS. Compete aos órgãos da Administração Pública Federal tão somente a emissão e envio da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT-RGPS), nos prazos legais.

Os servidores ocupantes de cargos em comissão, sem vínculo efetivo com a Administração Pública Federal, os contratados por tempo determinado e os empregados públicos anistiados, quando vítimas de acidente de trabalho, serão encaminhados ao INSS a partir do 16º dia de afastamento do trabalho (conforme art. 75, §2, do Decreto nº 3.048, de 1999). Cabe, nestes casos, ao INSS a realização de perícia e a responsabilidade pela remuneração do período que exceder aos 15 dias dos casos previstos em lei. Por sua vez, cabe a APF a realização da perícia nas Unidades do SIASS nos primeiros 15 dias para concessão da Licença para tratamento de saúde – RGPS – 15 dias.

Consideram-se acidente do trabalho, nos termos da Lei nº 8.213, de 1991, as seguintes entidades mórbidas:

a) doença profissional, assim entendida a produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho peculiar a determinada atividade e constante da respectiva relação elaborada pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social;

b) doença do trabalho, assim entendida a adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relacione diretamente, constante da relação elaborada pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social. Contudo, não são consideradas como doença do trabalho a doença degenerativa, a inerente a grupo etário, a que não produza incapacidade laborativa, nem tampouco a doença endêmica adquirida por segurado habitante de região em que ela se desenvolva, salvo comprovação de que é resultante de exposição ou contato direto determinado pela natureza do trabalho.

Equiparam-se também ao acidente do trabalho, para efeitos da Lei nº 8.213, de 1991:

I - o acidente ligado ao trabalho que, embora não tenha sido a causa única, haja contribuído diretamente para a morte do segurado, para redução ou perda da sua capacidade para o trabalho, ou produzido lesão que exija atenção médica para a sua recuperação;

II - o acidente sofrido pelo segurado no local e no horário do trabalho, em conseqüência de:

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

III - a doença proveniente de contaminação acidental do empregado no exercício de sua atividade;

IV - o acidente sofrido pelo segurado ainda que fora do local e horário de trabalho:

- a) na execução de ordem ou na realização de serviço sob a autoridade da empresa;
- b) na prestação espontânea de qualquer serviço à empresa para lhe evitar prejuízo ou proporcionar proveito;
- c) em viagem a serviço da empresa, inclusive para estudo quando financiada por esta dentro de seus planos para melhor capacitação da mão-de-obra, independentemente do meio de locomoção utilizado, inclusive veículo de propriedade do segurado;
- d) no percurso da residência para o local de trabalho ou deste para aquela, qualquer que seja o meio de locomoção, inclusive veículo de propriedade do segurado.

Nos períodos destinados a refeição ou descanso, ou por ocasião da satisfação de outras necessidades fisiológicas, no local do trabalho ou durante este, o empregado é considerado no exercício do trabalho.

Não é considerada agravação ou complicação de acidente do trabalho a lesão que, resultante de acidente de outra origem, se associe ou se superponha às conseqüências do anterior.

Orientações para o Registro e a Configuração do Acidente em Serviço

O registro do acidente em serviço deve ser feito junto a Unidade SIASS ou serviço de saúde do servidor.

O nexos causal entre quadro clínico e a atividade é parte indissociável do diagnóstico pericial de acidentes em serviço ou de trabalho e se fundamenta em uma anamnese ocupacional completa, em dados epidemiológicos, em relatórios das condições de trabalho e em visitas aos ambientes de trabalho e, ainda, uma avaliação técnica das circunstâncias em que ocorreu o infortúnio, que pode contar com equipes de vigilância de ambiente e processos de trabalho, permitindo a correlação do quadro clínico com a atividade.

Não serão equiparadas às doenças relacionadas ao trabalho as doenças degenerativas, as inerentes a grupo etário e as doenças endêmicas adquiridas por habitante de região em que elas se desenvolvam, salvo comprovação de que são resultantes de exposição ou contato direto determinado pela natureza do trabalho.

A determinação dos mecanismos envolvidos na gênese/causa dos acidentes em serviço ou de trabalho é importante para práticas de prevenção aos agravos e promoção à saúde dos servidores.

Os acidentes em serviço ou de trabalho, incluindo as doenças relacionadas ao trabalho, são eventos que podem indicar as condições de trabalho, sejam ambientais ou organizacionais, podendo ocasionar invalidez ou limitações que poderiam ser evitadas ou minimizadas por medidas preventivas.

A caracterização do acidente em serviço está condicionada à classificação estabelecida anteriormente e terá como resultado a emissão de comunicação de acidente em serviço do servidor público – CAT/SP, à qual analisaremos abaixo:

Comunicação de Acidente em Serviço do Serviço Público - CAT/SP

Comunicação de Acidente em Serviço do Servidor Público – CAT/SP é um documento padronizado utilizado pelos órgãos da APF, para informar o acidente em serviço ocorrido com o servidor regido pela Lei nº 8.112, de 1990. Trata-se de um importante instrumento notificador que poderá propiciar a associação de informações estatísticas, epidemiológicas, trabalhistas e sociais.

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

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

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

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

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

Grupo I: doenças em que o trabalho é causa necessária, tipificadas pelas doenças profissionais, e pelas intoxicações agudas de origem ocupacional. Ex: intoxicação por chumbo, sílica, doenças profissionais legalmente reconhecidas.

Grupo II: doenças em que o trabalho pode ser um fator de risco, contributivo, mas não necessário, exemplificadas pelas doenças comuns, mais frequentes ou mais precoces em determinados grupos ocupacionais e para as quais o nexo causal é de natureza eminentemente epidemiológica. Ex: Hipertensão arterial, doença coronariana, doenças do aparelho locomotor e neoplasias malignas (cânceres), em determinados grupos ocupacionais ou profissões, constituem exemplo típico.

Grupo III: doenças em que o trabalho é provocador de um distúrbio latente, ou agravador de doença já estabelecida ou preexistente. Ex: doenças alérgicas de pele e respiratórias, transtornos mentais, em determinados grupos ocupacionais ou profissões.

- **Quando emitir a Comunicação de Acidente em Serviço do Servidor Público – CAT/SP:**

Todo e qualquer acidente em serviço que provoque ou não lesões no servidor, havendo ou não afastamento de suas atividades, obrigatoriamente deve ser registrado, mediante preenchimento de formulário da “Comunicação de Acidente em Serviço do Serviço Público – CAT/SP”, para que sejam resguardados os direitos do servidor acidentado em serviço, além de possibilitar a análise das condições em que ocorreu o acidente e a intervenção de forma a reduzir, ou mesmo impedir novos casos.

O formulário da CAT/SP, constante no Anexo III deste Manual, deve ser preenchido mesmo em caso de suspeita do acidente ou doença, até que seja confirmado seu nexos causal. No caso de haver documento comprobatório de acidente (boletim de ocorrência, fotografia, ou outros), recomenda-se sua anexação à CAT-SP. Na hipótese de não haver outra prova, a CAT-SP configurará prova para os fins legais, devendo ser apresentada no prazo de 10 (dez) dias, prorrogável quando as circunstâncias assim o exigirem (art. 214 da Lei nº 8.112, de 1990).

- **Responsável pela emissão da CAT/SP:**

A CAT/SP poderá ser preenchida:

- Pelo próprio servidor;
- Por sua chefia imediata;
- Pela equipe de vigilância de ambientes e processos de trabalho;
- Por membro da família do servidor;
- Por perito oficial em saúde;
- Por testemunha do acidente.

Caso a CAT/SP não tenha sido preenchida, o profissional de RH ou de saúde que primeiro atender o servidor ficará responsável pelo seu preenchimento.

- **Destino da CAT/SP:**

Após o devido preenchimento da CAT/SP, esta deverá ser encaminhada para a Unidade SIASS ou serviço de saúde do servidor, ou, na inexistência destes, para a unidade de recursos humanos à qual o servidor estiver vinculado.

O nexos causal será estabelecido pelo perito oficial em saúde.

- **Ações de Investigação em relação à CAT/SP:**

Quando necessário, o perito oficial em saúde encaminhará a CAT/SP para análise da equipe de vigilância de ambientes e processos de trabalho, que emitirá parecer para subsidiar a perícia oficial com vistas à conclusão do nexos causal.

Cabe às equipes de promoção à saúde e vigilância dos ambientes e processos de trabalho orientar e promover as intervenções necessárias no ambiente de trabalho do servidor onde ocorreu o acidente.

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

A prova do acidente será feita no prazo de dez dias, prorrogável quando as circunstâncias assim o exigirem (art. 214 da Lei nº 8.112, de 1990).

O servidor acidentado em serviço, que necessite de tratamento especializado que não exista em instituição pública, poderá ser tratado em instituição privada, à custa de recursos públicos, desde que seja constatada a necessidade por junta oficial em saúde (art. 213 da Lei nº 8.112, de 1990). O referido tratamento é considerado medida de exceção.

Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT-RGPS (arts.19, 20 e 21 da Lei nº 8.213, de 1991).

Recomendações para emissão de CAT para ocupantes de cargos em comissão, sem vínculo efetivo com a Administração Pública Federal, contratados por tempo determinado e empregados públicos anistiados (CAT-RGPS)

No acidente de trabalho de segurado do RGPS e outros casos previstos em lei, o órgão deverá comunicar o acidente de trabalho ao Instituto Nacional do Seguro Social - INSS até o primeiro dia útil após o acidente e, em caso de morte, de imediato à autoridade competente, sob pena de multa. O segurado deverá ser encaminhado ao INSS pelo RH do órgão por meio do preenchimento do formulário de CAT-RGPS, cabendo ao órgão emitir uma cópia da CAT/RGPS a ser entregue ao acidentado ou seu familiar e ao sindicato correspondente.

Recomendações gerais para o preenchimento da CAT relativa ao segurado do RGPS

Em face dos aspectos legais envolvidos, recomenda-se que sejam tomadas algumas precauções para o preenchimento da CAT relativa ao segurado do RGPS, dentre elas:

- Não assinar a CAT-RGPS em branco;
- Ao assinar a CAT-RGPS, verificar se todos os itens de identificação foram devida e corretamente preenchidos;
- O atestado médico da CAT-RGPS é de competência única e exclusiva do médico;
- O preenchimento deverá ser digitado ou em letra de forma, de preferência com caneta esferográfica;
- Não conter emendas ou rasuras;
- Evitar deixar campos em branco;
- Apresentar a CAT-RGPS, impressa em papel, em duas vias ao INSS, que reterá a primeira via, observada a destinação das demais vias;
- O formulário “Comunicação de Acidente do Trabalho – CAT-RGPS” poderá ser substituído por impresso do próprio órgão ou entidade, desde que possua sistema de informação de pessoal mediante processamento eletrônico, cabendo observar que o formulário substituído deverá ser emitido por computador e conter todas as informações exigidas pelo INSS;
- A CAT-RGPS deverá ser preenchida e encaminhada mesmo que o servidor ocupante de cargo em comissão, sem vínculo efetivo com a Administração Pública Federal, o contratado por tempo determinado ou o empregado público anistiado não tenha se licenciado em virtude do acidente, sob pena de multa.

e) Aposentadoria por invalidez (art. 40, § 1º, Inciso I da CF, de 1988, art. 186, Inciso I, §§ 1º e 3º, art. 188, §§ 1º, 2º, 3º, 4º e 5º, da Lei nº 8.112, de 1990, alterada pela Lei nº 11.907, de 2009)

Competência dos peritos: realizar junta oficial em saúde.

A invalidez ocorre quando o servidor for acometido de uma doença que o incapacite para o desempenho das atribuições do cargo. As doenças podem impor limitações às atividades da vida diária e/ou laborais do indivíduo, sem, contudo, torná-lo totalmente incapaz.

A invalidez pode ser considerada de caráter temporário, quando há possibilidade de recuperação, após tratamento específico. Nesses casos, a junta deverá indicar um prazo para reavaliação da capacidade laborativa do servidor.

A invalidez total e permanente para o trabalho é a incapacidade definitiva para o exercício do cargo, função ou emprego em decorrência de alterações provocadas por doença ou acidente com a impossibilidade de ser reabilitado, levando em conta os recursos terapêuticos e/ou tecnológicos existentes.

Quando o servidor não tiver as condições de saúde necessárias à execução das atividades do cargo, função ou emprego deverá ser afastado para tratamento.

Quando constatada a limitação para exercer determinadas atividades, o perito poderá sugerir restrição de atividades dentro do mesmo cargo, função ou emprego.

Caso seja constatada, a qualquer tempo, a impossibilidade de reversão da condição e não for possível a readaptação, ou ainda, expirado o prazo de 24 meses de afastamento pela mesma enfermidade, ou doenças correlatas, será sugerida a aposentadoria por invalidez.

É importante destacar que a Junta Oficial poderá propor a aposentadoria por invalidez a qualquer momento, mesmo antes de completados os 24 meses de afastamento por motivo de saúde, ininterruptos ou não, uma vez confirmada a impossibilidade de retorno à atividade.

Em toda aposentadoria por invalidez, a junta poderá determinar prazo para reavaliação.

No caso de servidor nomeado para vaga destinada à pessoa com deficiência, a limitação que levou ao seu ingresso em órgão público não poderá por si só ser motivo de aposentadoria por invalidez, devendo ser observado se a sua capacidade laborativa foi agravada por doença, lesão ou pelo exercício do cargo, função ou emprego.

Cabe ressaltar que nos casos de doença enquadrada no § 1º, do art. 186 da Lei nº 8.112, de 1990 e nos acidentes de trabalho e/ou doença profissional, deverá constar no laudo o nome da doença por extenso (art. 205 da Lei nº 8.112, de 1990).

O lapso de tempo compreendido entre o término da licença e a publicação do ato da aposentadoria será considerado pela Unidade de Recursos Humanos/Gestão de Pessoas como prorrogação da licença (art. 188, § 3º, da Lei nº 8.112 de 1990).

f) Constatação de deficiência de dependente (art. 217, inciso I, alínea “e” da Lei nº 8.112, de 1990) e de invalidez de dependente ou pessoa designada (art. 217, inciso II, alínea “c” e “d” e art. 222, inciso III e Parágrafo único da Lei nº 8.112, de 1990)

Competência do(s) perito(s): realizar perícia oficial singular. Quando a Unidade SIASS ou Serviço de Saúde do órgão dispuser de junta oficial em saúde poderá utilizar-se deste recurso.

Constatação de deficiência de dependente econômico de servidor (art. 217, inciso I, alínea “e” da Lei nº 8.112, de 1990): O deficiente, dependente econômico do servidor, será submetido à avaliação pericial para comprovação da deficiência. Para fins de concessão da pensão, a data do diagnóstico da deficiência e da dependência devem ser anteriores ou concomitantes à data do óbito do servidor. A comprovação de dependência deve ser feita pela área de Recursos Humanos do órgão. Os critérios a serem considerados para constatação de deficiência estão descritos no Decreto nº 3.298, de 1999, modificado pelo Decreto nº 5.296, de 2004.

Constatação de invalidez de filhos ou enteados e dependentes designados (art. 217, inciso II, alínea “a”, “c” e “d”, da Lei nº 8.112, de 1990): nas situações em que os filhos, enteados ou pessoa designada dependentes do servidor, precisem da constatação de invalidez para fins de recebimento de pensão, a junta deverá especificar a invalidez, a data do seu início, a necessidade e o prazo para a reavaliação.

A avaliação pericial para a constatação de deficiência ou de invalidez, com vistas a concessão de pensão, deve ser solicitada pelo interessado junto à área de Recursos Humanos que adotará os procedimentos administrativos, encaminhando o dependente à Unidade SIASS ou ao serviço de saúde do órgão do servidor.

g) Remoção por motivo de saúde do servidor, de pessoa de sua família ou dependente (art. 36 da Lei nº 8.112, de 1990)

Competência dos peritos: realizar junta oficial em saúde.

A avaliação pericial para concessão de remoção ao servidor por motivo de sua saúde ou de pessoa de sua família será realizada a pedido do interessado.

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

1. Cônjuge;
2. Companheiro;
3. Dependente que viva às suas expensas e conste de seu assentamento funcional.

O servidor, munido de parecer do profissional de saúde assistente que indique necessidade de remoção por motivo de saúde, deverá requerer a sua remoção à área de recursos humanos no seu local de lotação. O laudo, emitido por junta oficial, é indispensável à análise do pedido de remoção e deverá, necessariamente, atestar a existência da doença ou motivo de saúde que fundamenta o pedido.

Ressalta-se que a avaliação pericial para concessão de remoção do servidor por motivo de doença em pessoa de sua família deverá ser realizada no familiar.

A avaliação pericial poderá basear-se em:

1. Razões objetivas para a remoção;
2. Se a localidade onde reside o servidor ou seu dependente legal é agravante de seu estado de saúde ou prejudicial à sua recuperação;
3. Se na localidade de lotação do servidor não há tratamento adequado;
4. Se a doença é preexistente à lotação do servidor na localidade e, em caso positivo, se houve evolução do quadro que justifique o pedido;
5. Quais os benefícios do ponto de vista de saúde que advirão dessa remoção;

6. Quais as características das localidades recomendadas;
7. Se o tratamento sugerido é de longa duração e se não pode ser realizado na localidade de exercício do servidor.

É importante destacar que o laudo deverá ser conclusivo quanto à necessidade da mudança de exercício. Reserva-se à APF, no resguardo de seus interesses, indicar qualquer localidade de exercício, desde que satisfaça às necessidades de saúde e tratamento do servidor, de pessoa de sua família ou dependente. Os servidores sem vínculo efetivo com a União, os contratados temporários e os empregados públicos não fazem jus à remoção.

Movimentação do Prontuário de Saúde de Servidor Removido

O prontuário de saúde existente na Unidade SIASS ou serviço de saúde do órgão do servidor será remetido à área de Gestão de Pessoas, a qual tem a responsabilidade em enviar, em envelope lacrado e identificado como confidencial, o referido prontuário de saúde à nova unidade de exercício do servidor, aos cuidados da Unidade SIASS ou serviço de saúde naquela nova localidade.

h) Horário especial para servidor com deficiência ou cônjuge, filho ou dependente com deficiência (art.98, § 2º e § 3º da Lei nº 8.112 de 1990)

Competência dos peritos: realizar junta oficial em saúde.

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

A perícia é solicitada a fazer avaliação para fins de constatação de deficiência nas seguintes situações:

1. Deficiência do servidor, com vistas à concessão de horário especial, não sujeito à compensação (art. 98, § 2º da Lei nº 8.112, de 1990);
2. Deficiência física de cônjuge, filho ou dependente do servidor, com vistas à concessão de flexibilização de horário do servidor, sujeita à compensação. (art. 98, §3º da Lei nº 8.112 de 1990).

Destaca-se que a constatação da deficiência será feita de acordo com o previsto no § 1º, do art. 5º, do Decreto nº 5.296, de 2004 e no inciso I, do art. 3º do Decreto nº 3.298, de 1999.

Deverão ser registrados o tipo e a data de início da deficiência, se permanente ou temporária e se há necessidade de reavaliação por período a ser determinado pela junta oficial.

i) Constatação de deficiência de candidatos aprovados em concurso público em vaga de pessoa com deficiência (arts. 3º e 4º do Decreto nº 3.298, de 1999, alterado pelo Decreto nº 5.296, de 2004)

Competência: Equipe multiprofissional incluindo um médico investido em cargo público (médico oficial).

Para concorrer a vaga destinada a pessoa com deficiência o candidato deverá, no ato da inscrição:

1. Declarar-se como pessoa com deficiência;
2. Apresentar laudo médico original ou cópia autenticada emitido nos últimos 12 meses, atestando a categoria e o grau ou nível da deficiência.

Os candidatos aprovados por concurso público na condição de deficientes, conforme Decretos nº 3.298, de 1999 e nº 5.296, de 2004, serão avaliados por perícia médica para fins de constatação da deficiência alegada e a compatibilidade das atribuições do cargo e a deficiência de que são portadores.

Compete à perícia a qualificação do candidato aprovado como pessoa com deficiência, nos termos das categorias definidas pela legislação vigente.

Os candidatos deverão comparecer à perícia munidos de laudo médico e exames comprobatórios no prazo de validade (12 meses), que atestem a espécie e o grau ou nível de deficiência, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID em vigor), conforme especificado no Decreto nº 3.298, de 1999 e suas alterações, bem como à provável causa da deficiência.

Para esta avaliação não haverá modelo de laudo disposto em Anexo a este Manual.

A inobservância dos dispositivos legais, a incompatibilidade com as atribuições do cargo e o não comparecimento à prévia inspeção médica oficial, acarretará a perda do direito às vagas reservadas aos candidatos com deficiência.

Após a inspeção médica oficial, os candidatos com deficiência comprovada serão avaliados por equipe multiprofissional quanto à acessibilidade, recomendação de equipamentos, à natureza das atribuições e tarefas, e compatibilidade entre o cargo, função ou emprego e a deficiência apresentada.

Durante o estágio probatório a equipe multiprofissional fará o acompanhamento do candidato para verificar sua adaptação às atribuições do cargo. As orientações estão descritas no Capítulo IV deste manual que trata das atribuições da equipe multiprofissional na perícia em saúde e são baseadas no art. 43 do Decreto nº 3.298, de 1999.

O órgão responsável pela realização do concurso terá a assistência de equipe multiprofissional composta de três profissionais: um integrante da carreira almejada pelo candidato, um integrante atuante nas áreas das deficiências em questão e um médico.

A caracterização ou constatação da deficiência, por se tratar de um ato médico, será atribuição exclusiva de médico oficial. Uma vez caracterizada a deficiência, o candidato aprovado passará a ser avaliado por equipe multiprofissional. A equipe multiprofissional avaliará a compatibilidade entre a deficiência diagnosticada pelo médico oficial e as atribuições do cargo e emitirá parecer observando:

1. As informações prestadas pelo candidato no ato da inscrição;
2. A natureza das atribuições e tarefas essenciais do cargo, função ou emprego a desempenhar;
3. A viabilidade das condições de acessibilidade e as adequações do ambiente de trabalho na execução das tarefas;
4. A possibilidade de uso, pelo candidato, de equipamentos ou outros meios que habitualmente utilize;
5. A CID e outros padrões reconhecidos nacional e internacionalmente.

A equipe multiprofissional também avaliará a compatibilidade entre as atribuições do cargo e a deficiência do candidato durante o estágio probatório.

Constatação de Deficiência

Nos termos do Decreto nº 3.298, de 1999, deficiência é 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, podendo ser classificada como:

1. 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, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida. Não se incluem as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções.

Também aplica-se à pessoa com mobilidade reduzida, aquela que, não se enquadrando no conceito de pessoa com deficiência, tenha, por qualquer motivo, dificuldade de movimentar-se, permanente ou temporariamente, gerando redução efetiva da mobilidade, flexibilidade, coordenação motora e percepção.

2. Deficiência visual: 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 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60º; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores;

3. Deficiência auditiva: perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz e 3.000Hz;

4. Deficiência mental: funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos 18 anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como: comunicação; cuidados pessoais; habilidades sociais; utilização dos recursos da comunidade; saúde e segurança; habilidades acadêmicas; lazer; e trabalho.

5. Deficiência múltipla: associação de duas ou mais deficiências.

Ressalta-se que, no que diz respeito à deficiência auditiva, citada no item 3 acima, para fins de cumprimento das disposições do Decreto nº 3.298, de 1999, sua apuração deverá ser feita a partir da média dos limiares auditivos obtidos nas frequências indicadas no art. 4º, inciso II do citado Decreto. Assim, será considerada pessoa com deficiência auditiva, o indivíduo que possua perda auditiva bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma, na média das frequências de 500HZ, 1.000HZ, 2.000HZ e 3.000HZ.

(O entendimento encontra fundamento no Parecer CFFa – CS nº 31, de 1º de março de 2008, do Conselho Federal de Fonoaudiologia, que cita, inclusive, que a Organização Mundial de Saúde – OMS considera o padrão estabelecido pela *International Standards Organization* – ISO).

j) Avaliação de sanidade mental para fins de processo administrativo disciplinar (art. 160 da Lei nº 8.112, de 1990)

Competência dos peritos: realizar junta oficial em saúde.

Em caso de servidor acusado em Processo Administrativo Disciplinar, a junta pode ser solicitada a avaliá-lo quanto à sua sanidade mental, devendo ter, obrigatoriamente, a participação de pelo menos um médico psiquiatra.

A comissão poderá elaborar quesitos quanto à sanidade mental no momento do incidente e durante o decorrer do PAD, que deverão ser respondidos pela junta oficial. O incidente se processa em auto apartado, devendo ser apensado ao principal somente após ter o laudo da junta médica. O esclarecimento a cargo da junta é dotado de fé pública, sendo importante no processo disciplinar, pois a administração pode se ver obrigada a acatar o conceito da inimizabilidade, restando a isenção da pena.

k) Recomendação para tratamento de acidentados em serviço, em instituição privada, a conta de recursos públicos (art. 213 da Lei nº 8.112, de 1990)

Competência dos peritos: realizar junta oficial em saúde.

O servidor acidentado em serviço que necessite de tratamento especializado poderá ser tratado em instituição privada, à conta de recursos públicos. O tratamento recomendado pela junta oficial constitui medida de exceção e somente será admissível quando inexisterem meios e recursos adequados em instituição pública.

l) Readaptação funcional do servidor por redução de capacidade laboral (art. 24 da Lei nº 8.112, de 1990)

Competência do(s) perito(s): realizar perícia oficial singular. Quando a Unidade SIASS ou Serviço de Saúde do órgão dispuser de junta oficial em saúde poderá utilizar-se deste recurso.

A readaptação é a investidura do servidor em cargo de atribuições e responsabilidades compatíveis com a limitação que tenha sofrido em sua capacidade física ou mental, verificada em inspeção médica/odontológica.

Após constatação da incapacidade do servidor para as atribuições do seu cargo, será solicitada a lista das atribuições inerentes ao cargo à área de recursos humanos, para fins de avaliação dos itens que podem ou não ser realizados pelo servidor.

A junta oficial em saúde, de posse da listagem das atribuições do cargo, sugerirá os itens que poderão e os que não poderão ser realizados pelo servidor, devido à limitação imposta pela sua doença ou lesão.

Caso o servidor seja capaz de executar mais de 70% das atribuições de seu cargo, configura-se caso de restrição de atividades e deverá retornar ao trabalho no seu próprio cargo, mesmo que seja necessário evitar algumas atribuições. A junta oficial orientará a chefia imediata quanto às atividades que deverão ser evitadas.

Caso o servidor não consiga atender a um mínimo de 70% das atribuições de seu cargo, deverá ser sugerida a sua readaptação para um cargo afim, nos termos da legislação vigente (Ofício-Circular SRH nº 37, de 16 de agosto de 1996). Nesse caso, estando o servidor capaz de atender a mais de 70% das

atribuições de seu novo cargo, a junta oficial deverá indicar a sua readaptação, ficando a critério dos recursos humanos as providências necessárias para a publicação do Ato de Readaptação.

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 oficial 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, compatível com suas limitações, a junta oficial deverá sugerir sua aposentadoria por invalidez.

m) Avaliação de servidor aposentado por invalidez para fins de reversão (art. 25, Inciso I e art.188, § 5º, da Lei nº 8.112, de 1990)

Competência dos peritos: realizar junta oficial em saúde.

Reversão é o retorno do servidor aposentado à atividade. O servidor aposentado por invalidez será submetido a perícia por junta oficial e, quando os motivos que ensejaram a aposentadoria forem insubsistentes, será sugerida a reversão desde que haja capacidade laboral. Esta avaliação pode ser solicitada pelo servidor ou pela administração.

Destaca-se que a critério da Administração, o servidor em licença para tratamento de saúde ou aposentado por invalidez poderá ser convocado a qualquer momento para avaliação das condições que ensejaram o seu afastamento ou a sua aposentadoria (§ 5º do art.188 da Lei nº 8.112 de 1990).

Não poderá haver a reversão do aposentado que tiver completado 70 (setenta) anos de idade (art. 27 da Lei nº 8.112, de 1990).

n) Avaliação do servidor aposentado para constatação de invalidez por doença especificada no § 1º do art. 186 para fins de integralização de proventos (art. 190 da Lei nº 8.112 de 1990).

Competência dos peritos: realizar junta oficial em saúde.

O servidor aposentado com provento proporcional ao tempo de serviço, se acometido de qualquer das moléstias especificadas no § 1º, do art. 186 da Lei nº 8.112, de 1990 e, por esse motivo, for considerado inválido por junta oficial, passará a perceber provento integral, calculado com base no fundamento legal de concessão de aposentadoria.

As enfermidades são, segundo as normas vigentes:

1. Alienação mental;
2. Cardiopatia grave;
3. Cegueira posterior ao ingresso no serviço público;
4. Doença de Parkinson;
5. Esclerose múltipla;
6. Espondilartrose anquilosante;
7. Estados avançados do mal de Paget (osteíte deformante);
8. Hanseníase;
9. Nefropatia grave;
10. Neoplasia maligna;
11. Paralisia irreversível e incapacitante;
12. Síndrome da imunodeficiência adquirida – Aids.
13. Tuberculose ativa;

A junta oficial avaliará a presença da doença prevista no § 1º do art. 186 da Lei nº 8112, de 1990 e a invalidez causada por ela, baseada nos critérios previstos no Capítulo VI deste Manual.

o) Avaliação da capacidade laborativa de servidor em disponibilidade (art. 32 da Lei nº 8.112, de 1990)

Competência dos peritos: realizar junta oficial em saúde.

O retorno à atividade do servidor em disponibilidade far-se-á mediante aproveitamento obrigatório em cargo de atribuições e vencimentos compatíveis com o anteriormente ocupado. Será tornado sem efeito o aproveitamento e cassada a disponibilidade se o servidor não entrar em exercício no prazo legal fixado pela autoridade que publicou o ato, salvo incapacidade laborativa comprovada por junta oficial.

p) Exame para investidura em cargo público (art. 14 da Lei nº 8.112, de 1990)

Competência: médico oficial (médico com cargo efetivo no serviço público)

Só poderá ser empossado em cargo público aquele que for julgado apto física e mentalmente para o exercício do cargo. O exame médico avaliará a capacidade física e mental do candidato para exercer as atividades do cargo público que irá ocupar, bem como os exames indicados no edital do concurso.

A avaliação médica considerará também os riscos inerentes às respectivas atribuições e o prognóstico de enfermidades apresentadas pelo candidato. Os critérios devem ser estabelecidos levando-se em consideração as atividades da função que o candidato pretende exercer, os riscos inerentes ao ambiente de trabalho e os critérios epidemiológicos, que podem apontar doenças responsáveis por licenças prolongadas, readaptações e aposentadoria precoce por invalidez.

Podem ser ouvidos peritos e especialistas em diversas áreas e consultados documentos técnicos atuais para melhor embasar a avaliação da capacidade laboral. O exame de investidura integra as ações de promoção à saúde. Este é o primeiro contato do candidato com o Serviço de Atenção a Saúde do órgão, sendo uma ação integrada com as atividades de promoção em saúde, no sentido de acompanhar o futuro servidor, prevenindo os riscos de sua atividade laboral.

A prévia inspeção odontológica para a posse em cargo público integrará os exames de saúde para a investidura dos candidatos nomeados quando as atribuições inerentes ao cargo a ser ocupado exigirem determinadas condições de saúde bucal que estejam em conformidade com padrões técnicos previamente estabelecidos em Edital.

q) Pedido de reconsideração e recurso (arts. 106, 107 e 108 da Lei nº 8.112, de 1990)

Competência do(s) perito(s): realizar perícia oficial singular ou junta oficial em saúde, conforme o período de afastamento.

Caso o servidor não concorde com a decisão pericial terá o direito de interpor um pedido de reconsideração que será dirigido à autoridade que houver proferido a decisão sendo a avaliação realizada pelo mesmo perito ou junta oficial.

Na hipótese de novo indeferimento, o servidor poderá solicitar recurso, que deverá ser encaminhado a outro perito ou junta, distinto do que apreciou o pedido de reconsideração.

É importante observar que o prazo para interposição de pedido de reconsideração ou de recurso é de 30 dias, a contar da publicação ou da ciência da decisão pelo interessado (art. 108 da Lei nº 8.112, de 1990). O pedido de reconsideração ou de recurso do resultado pericial deve ser despachado no prazo de cinco dias, e decidido dentro de 30 dias, submetendo-se o requerente à nova avaliação pericial (art. 106 da Lei nº 8.112, de 1990).

Em caso de deferimento do pedido de reconsideração ou recurso, os efeitos da decisão retroagirão à data do ato impugnado. Em caso contrário, os dias em que o servidor não comparecer ao trabalho serão considerados como faltas justificadas, podendo ser compensadas de acordo com o previsto no art. 44 da Lei nº 8.112, de 1990, ou seja, a critério da chefia imediata do servidor.

Os modelos de pedidos de reconsideração e recurso, encontram-se disponíveis no Anexo II deste Manual.

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

Competência do(s) perito(s): realizar perícia oficial singular. Quando a Unidade SIASS ou Serviço de Saúde do órgão dispuser de junta oficial em saúde poderá utilizar-se deste recurso.

A isenção de imposto de renda sobre rendimentos de aposentadoria ou pensão de pessoa física, ocorre na presença das seguintes condições:

1. Aposentadoria motivada por acidente em serviço;
2. Aposentadoria motivada por moléstia profissional;
3. Tuberculose ativa;
4. Alienação mental;
5. Esclerose múltipla;
6. Neoplasia maligna;
7. Cegueira;
8. Hanseníase;
9. Paralisia irreversível e incapacitante;
10. Cardiopatia grave;
11. Doença de Parkinson;
12. Espondiloartrose anquilosante;
13. Nefropatia grave;
14. Estados avançados da doença de Paget (osteíte deformante);
15. Hepatopatia grave;
16. Contaminação por radiação;
17. Síndrome da imunodeficiência adquirida (Sida/Aids);
18. Fibrose cística (mucoviscidose).

A doença deverá ser atestada em laudo pericial emitido por serviço médico oficial da União ou nas Unidades do SIASS.

A unidade SIASS ou serviço de saúde do órgão convocará o servidor aposentado ou pensionista que solicitou isenção de imposto de renda para submeter-se a avaliação pericial, devendo o solicitante apresentar relatórios e resultados de exames que comprovem a existência da doença.

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

A perícia oficial fixará o prazo de validade do laudo pericial, marcando reavaliação, nos casos de moléstias passíveis de controle e/ou recuperação (art. 30, § 1º, da Lei nº 9.250, de 1995).

A isenção de imposto de renda é exclusiva aos proventos de aposentadoria, reforma ou pensão, No caso de pensionista, exclui-se a moléstia profissional e acidente em serviço.

s) Avaliação da idade mental de dependente para concessão de auxílio pré-escolar (§ 2º do art. 4º do Decreto nº 977, de 1993)

Competência do(s) perito(s): realizar perícia oficial singular. Quando a Unidade SIASS ou Serviço de Saúde do órgão dispuser de junta oficial em saúde poderá utilizar-se deste recurso.

O dependente de servidor que apresentar deficiência mental grave poderá ter direito a auxílio pré-escolar enquanto for constatada, por avaliação pericial, idade mental inferior a seis anos.

t) Avaliação de servidor com deficiência para comprovação da necessidade de acompanhamento no deslocamento a serviço (Decreto nº 7.613, de 2011)

Competência do(s) perito(s): realizar perícia oficial singular. Quando a Unidade SIASS ou Serviço de Saúde do órgão dispuser de junta oficial em saúde poderá utilizar-se deste recurso.

A perícia avaliará a necessidade do servidor com deficiência ser acompanhado no deslocamento a serviço.

A perícia terá validade máxima de cinco anos, podendo ser revista a qualquer tempo, de ofício ou mediante requerimento.

u) Avaliação da capacidade laborativa por recomendação superior (art. 206 da Lei nº 8.112, de 1990)

Competência do(s) perito(s): realizar perícia oficial singular. Quando a Unidade SIASS ou Serviço de Saúde do órgão dispuser de junta oficial em saúde poderá utilizar-se deste recurso.

Nos casos em que o servidor apresentar indícios de lesões orgânicas ou funcionais, será submetido a avaliação pericial da capacidade laborativa. Se houver necessidade de afastamento, será concedida licença para tratamento de saúde. Sugere-se que a equipe multiprofissional avalie e acompanhe o servidor.

v) Comunicação de Doença de Notificação Compulsória (Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, Decreto nº 78.231, de 12 de agosto de 1976 e Portaria do Ministério da Saúde nº 104, de 25 de janeiro de 2011)

Competência: profissional que primeiro levantar a hipótese diagnóstica.

A notificação compulsória é a comunicação sobre a ocorrência de determinada doença ou agravo à saúde suspeitos ou diagnosticados, e que, por força de lei, os profissionais de saúde, bem como os responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde e de ensino têm obrigação de comunicar, por escrito, à autoridade competente, para que sejam tomadas as providências sanitárias cabíveis. A omissão da denúncia à autoridade pública é crime, com pena prevista no Código Penal Brasileiro.

As doenças, agravos e eventos de doenças de notificação compulsória constantes da lista nacional devem ser registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan, no endereço eletrônico: <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/index.php>.

No caso de agravos à saúde relacionados ao trabalho, a legislação sanitária dispõe sobre sua notificação compulsória, independentemente do regime ao qual é regido o trabalhador e, para tal, apresenta um conjunto específico desses agravos, que uma vez suspeitados ou diagnosticados, devem seguir os procedimentos citados no parágrafo anterior (vide Portaria do Ministério da Saúde nº 104, de 25 de janeiro de 2011).

Além da notificação compulsória prevista pela legislação sanitária, para fins previdenciários, os trabalhadores regidos pela CLT devem ter acidentes e doenças profissionais (ou do trabalho) registradas junto ao INSS, conforme o Art. 22 da Lei 8.213, de 24 de julho de 1991, que dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social. Da mesma forma, os servidores públicos federais que sofrerem acidentes em serviço ou acometidos por doenças profissionais, deverão ter esses agravos registrados para fins de pagamento dos respectivos benefícios, de acordo com a Lei 8.112 e sua regulamentação.

Capítulo III

Procedimentos da Perícia Oficial em Saúde

Avaliação Pericial Oficial em Saúde

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

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

A perícia oficial em saúde é de competência de médicos e cirurgiões-dentistas designados para auxiliar a APF nas questões administrativas e legais relacionadas à saúde, cabendo aos outros profissionais subsidiária por meio de parecer específico, quando solicitado. A perícia oficial em saúde inicia-se com a identificação do periciado, seu local de trabalho, sua função e a atividade desenvolvida. Uma anamnese completa acompanhada de criterioso exame físico constituem bases importantes para a avaliação pericial e são elementos essenciais para a formação da opinião do perito.

A história clínica é dirigida à condição que está gerando o afastamento e deve ser minuciosa a fim de contribuir para uma conclusão correta. No exame físico será verificada a manifestação da doença ou agravo.

É importante que os dados sejam registrados com uma linguagem clara, objetiva e concisa, descrevendo todos os fatos importantes àquela avaliação. As informações colhidas devem ser bem descritas. O perito deve seguir um roteiro na descrição dos fatos:

- A atividade desenvolvida;
- O motivo do afastamento;
- Quando e como começou o processo mórbido;
- Quando e como começou a incapacidade;
- A evolução da doença;
- Os fatores desencadeantes ou agravantes;
- Os tratamentos prescritos;
- A resposta terapêutica; e
- As informações prestadas pelo assistente quanto ao prognóstico e necessidade de afastamento.

O conhecimento do curso das doenças, da sua etiologia e das suas manifestações clínicas são indispensáveis para uma boa avaliação pericial. Os exames complementares, os relatórios de especialistas e de outros profissionais de saúde contribuem para avaliação da capacidade laborativa. Na história da doença, o perito deve apurar as condições do afastamento do trabalho e se ele é consequência direta ou não do estado mórbido apresentado.

Nos casos de suspeita de acidente em serviço ou do trabalho, doença profissional ou relacionada ao trabalho, o perito poderá recorrer à equipe de vigilância em saúde, que procederá a avaliação ambiental, a qual inclui avaliação do posto e/ou processo de trabalho do servidor e fará a caracterização do acidente.

O diagnóstico, peça fundamental no modelo assistencial, é uma das referências para a perícia, que avalia as repercussões sobre a capacidade laborativa.

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

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

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

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

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

A interpretação ponderada da anamnese, do exame físico, de outras informações da saúde e da atividade profissional, além de parâmetros científicos, é o que separa uma boa avaliação pericial de apenas um ato de enquadramento administrativo.

Na avaliação pericial, os dados referentes à patologia do examinado serão fornecidos pelo profissional assistente especialista no caso, cabendo ao perito a correlação desses dados com a atividade laboral do servidor para formular a conclusão. Não há necessidade técnica ou legal de perito especialista para cada patologia avaliada, tanto na perícia singular quanto na junta oficial, na qual a decisão deve ser resultado do conhecimento construído coletivamente.

Ao avaliar o periciado para a concessão de licenças de que trata a Lei nº 8.112, de 1990, o perito deve propor o número adequado de dias para a recuperação da saúde.

A perícia deve estar integrada a outras ações que visem à recuperação, à manutenção da saúde do servidor e ao seu retorno ao trabalho. Os elementos apurados na avaliação pericial deverão ser registrados em prontuário, com linguagem clara, objetiva e adequada. O laudo pericial compõe peça legal que servirá de base a todo o processo e, portanto, não poderá conter:

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

Atestados e Relatórios Médico e Odontológico

Atestado Médico ou Odontológico de Profissional Assistente

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

Para a realização da perícia oficial em saúde é imprescindível a presença do periciado, não sendo obrigatória a apresentação de atestado do profissional assistente, desde que a doença e a incapacidade possam ser comprovadas por meio da avaliação pericial. A apresentação do atestado somente é obrigatória nas licenças dispensadas de perícia (Decreto nº 7.003, de 2009).

O atestado do assistente não reúne, por si só, os elementos suficientes para a concessão de licenças motivadas por incapacidade resultante de doença ou lesão. Cabe ao perito retirar do atestado as informações que servirão de base para orientar seu trabalho, podendo acatar ou não a sugestão do profissional assistente. Para tanto o perito poderá solicitar ao servidor ou seu dependente legal a apresentação de pareceres, exames, atestados e relatórios, conforme estabelecem as Resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 1.851, de 2008, e do Conselho Federal de Odontologia (CFO) nº 87, de 2009.

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

No atestado deverá constar minimamente e de maneira legível:

1. Identificação do servidor, familiar, ou seu dependente legal;
2. Tempo de afastamento sugerido;
3. Código da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID) ou o diagnóstico (quando expressamente autorizados pelo paciente);
4. Local e data;
5. Identificação do emitente com assinatura e registro no conselho de classe.

Não havendo autorização constante no item 3 deverá o servidor, familiar ou dependente legal, obrigatoriamente, submeter-se a perícia.

Relatório de Profissional Assistente

Documento emitido por profissional de saúde para subsidiar as decisões periciais.

No relatório para fins periciais devem constar:

1. Identificação do servidor, familiar, ou seu dependente legal;
2. Resumo clínico;
3. Resultados dos exames complementares;
4. Código da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID) ou o diagnóstico (quando expressamente autorizados pelo paciente);
5. Conduta terapêutica;
6. Prognóstico;
7. Consequências à saúde do paciente;
8. Tempo de afastamento sugerido necessário para a sua recuperação;
9. Local e data;
10. Identificação do emitente com assinatura e registro no conselho de classe.

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

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

Na licença dispensada de perícia, o servidor ou quem o represente entregará à área de recursos humanos o atestado médico ou odontológico em envelope lacrado, classificado como “confidencial”, e identificado com nome, matrícula, órgão de lotação ou exercício, último dia trabalhado, tipo de documento e telefone para contato com o servidor e sua chefia imediata. A área de recursos humanos, por sua vez, deverá encaminhar estes documentos à Unidade SIASS ou ao serviço de saúde do órgão (art. 204 da Lei nº 8.112, de 1990, Decreto nº 7.003, de 2009 e ON SRH/MP nº 3, de 2010). O servidor ou o seu representante também poderá entregar o atestado diretamente à Unidade SIASS ou ao serviço de saúde do seu órgão.

Nas demais licenças, cujo comparecimento para avaliação pericial é obrigatório, o servidor apresentará o atestado no momento da perícia. Nos casos em que o servidor se encontrar impedido de entregar o atestado, deverá encaminhá-lo por meio de terceiros, respeitando o prazo legal de entrega.

Não compete à chefia imediata ou às áreas de recursos humanos a guarda ou o acesso aos atestados e demais informações sigilosas do prontuário do servidor, inclusive os atestados que subsidiarão as licenças dispensadas de perícia.

A Perícia Odontológica Oficial

A avaliação da incapacidade laborativa do servidor por motivos odontológicos se restringe ao complexo bucomaxilofacial. Nesse sentido, o perito cirurgião-dentista deve considerar, para fins de perícia odontológica de que trata este manual, as doenças previstas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID, que podem acometer ou manifestar-se no complexo bucomaxilofacial e, portanto, abrangem a área de competência da odontologia.

Nessa avaliação, o cirurgião-dentista, além de ater-se aos princípios e conceitos norteadores da perícia, abordados neste manual, deve considerar as normas de proteção e biossegurança e estar atento à qualidade e sistematização dos registros odontopericiais. Os campos destinados aos registros odontológicos na perícia contemplam as regiões que podem sediar eventos nosológicos ou infortunisticos na área de abrangência da odontologia. Esses campos estão representados pelas seguintes regiões anatômicas, a saber:

1. Regiões dentárias e peridentárias - odontograma;
2. Regiões das mucosas de revestimento da boca;
3. Regiões de bases ósseas;
4. Regiões das articulações temporomandibulares;
5. Regiões das glândulas salivares.

O registro nos campos da área do complexo bucomaxilofacial da perícia odontológica possibilitará a construção do histórico odontopericial do servidor, considerando especificidades importantes que auxiliarão não só em demandas processuais, judiciais e administrativas, como também poderão servir em circunstâncias especiais de eventos infortunisticos, onde registros odontológicos são fundamentais em procedimentos de identificação de vítimas.

Dados Periciais, Perfil Epidemiológico e Promoção da Saúde

Os dados resultantes das avaliações periciais e das licenças dispensadas de perícia, regulamentadas pelo Decreto nº 7.003, de 2009, se revestem de importante papel para o entendimento do binômio saúde/doença no âmbito da APF.

O registro dos atestados dispensados de perícia é uma atividade administrativa das Unidades SIASS ou dos serviços de saúde dos órgãos e requer precisão no lançamento dos dados para o sistema Siape Saúde. O comprometimento com a fidedignidade dessas informações permite avaliações mais precisas quanto ao perfil das ocorrências de afastamentos.

O Siape Saúde sistematiza dados que contribuem para a construção de um perfil epidemiológico, possibilitando orientar programas e ações de promoção à saúde e de prevenção de doenças, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida no trabalho dos servidores públicos federais.

Capítulo IV

Equipe Multiprofissional

Conjunto de servidores com formação em diversas áreas do conhecimento, inclusive médicos e cirurgiões-dentistas, responsáveis pelo desenvolvimento de ações de saúde, segurança do trabalho, e atividades administrativas, no âmbito das Unidades SIASS, bem como dos órgãos e entidades do SIPEC.

Suporte à Perícia Oficial em Saúde

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

Todos os profissionais da área de saúde do servidor e segurança do trabalho poderão contribuir para a avaliação pericial com pareceres técnicos específicos de sua área de atuação, compondo a equipe multiprofissional de suporte à perícia oficial em saúde

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

Atenção à Saúde do Servidor e Segurança no Trabalho

Os peritos oficiais em saúde deverão participar juntamente com a equipe multiprofissional das ações de promoção, prevenção e vigilância dos ambientes e processos de trabalho.

Avaliação dos Candidatos Portadores de Deficiência Aprovados em Concurso Público

Considerando as disposições constantes do Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999, o órgão responsável pela realização do concurso terá a assistência de equipe multiprofissional composta de três profissionais: um integrante da carreira almejada pelo candidato, um integrante atuante nas áreas das deficiências em questão e um médico.

A caracterização ou constatação da deficiência, por se tratar de um ato médico, será atribuição exclusiva do médico perito.

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

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

A equipe multiprofissional avaliará a compatibilidade entre as atribuições do cargo ou função e a deficiência do candidato durante o estágio probatório.

Capítulo V

Laudo Oficial Pericial

Documento que apresenta a conclusão da avaliação pericial.

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

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

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

Os laudos periciais resultantes da junta oficial em saúde deverão conter espaço destinado ao registro de voto divergente.

O laudo pericial será encaminhado à área de recursos humanos do órgão e fornecida cópia ao servidor, devendo constar apenas as informações necessárias aos seus assentamentos funcionais.

A conclusão da avaliação pericial será comunicada por meio do “Laudo Pericial”, que será impresso e entregue ao interessado pelo próprio perito ou pelo setor administrativo, de acordo com as normas estipuladas pela Unidade. Dentro de uma perspectiva de humanização da avaliação pericial, é importante que o perito esteja disponível para prestar esclarecimentos/informações sobre a decisão pericial ao interessado sempre que este tiver dúvidas.

Conclusão Pericial

A conclusão da perícia oficial em saúde será norteada por quesitos que deverão ser considerados durante a avaliação pericial e baseada nos elementos colhidos e registrados no prontuário. Estes quesitos **não** necessariamente estarão explicitados no laudo, a saber:

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

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

O julgamento inadequado sobre a existência ou não de incapacidade traz prejuízos tanto para o servidor, ao se negar um direito, quanto para a instituição, gerando custos para a administração pública. A conclusão da avaliação da incapacidade laborativa, com base na avaliação pericial, deverá ser a mais precisa possível. Na impossibilidade do estabelecimento de diagnóstico nosológico, serão permitidos diagnósticos sindrômicos ou sintomáticos diante de incapacidade laborativa flagrante.

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

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

Há situações nas quais devem ser apresentados exames para o esclarecimento de alguma questão. Eventualmente, o servidor pode estar protelando, sem justificativa, a realização dos exames por razões não esclarecidas. Nesses casos cabe um prazo curto, mesmo sabendo-se que posteriormente será ampliado.

Do mesmo modo, prazo longo para doenças de curta duração constitui grave erro técnico, representando pesado ônus para a instituição. Com o intuito de orientar o perito, estão anexados neste manual parâmetros de afastamentos que sugerem uma média de dias de afastamento por CID.

No momento de propor aposentadoria por invalidez, a junta pode sugerir um período longo de licença, de forma que o afastamento contemple o tempo necessário para a publicação do ato de aposentadoria. (§3º do art. 188 da lei 8112 de 1990). “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, função ou emprego 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 ____/____/____.

A expressão “ou outras correlatas” envolve a apreciação para o processo de readaptação no serviço público. Deve ser respondido de forma a transformar a licença em aposentadoria por invalidez e a resposta afirmativa implica parecer definitivo sobre a invalidez do servidor. A proposta de aposentadoria por invalidez será mandatória quando o período de licença para tratamento de saúde atingir 24 meses pela mesma doença ou correlatas. Na doença passível de controle, a junta indicará data para reavaliação. Naquela que não houver expectativa de recuperação, não caberá tal indicação.

Quesito 4. A doença se enquadra no art. 186, inciso I, §§ 1º e 3º, da Lei nº 8.112 de 1990?

A partir de ____/____/____?

Esse quesito deverá ser respondido quando o quesito anterior for positivo, ou seja, existe invalidez para o exercício da função e outras correlatas. Não é o diagnóstico isolado que determina o enquadramento, mas a conjugação dos dois fatores: a doença e a invalidez. O perito avaliará se a doença determinante da invalidez se enquadra no § 1º do art. 186 e firmará a partir de quando foi instalada a invalidez.

Quesito 5. A doença está especificada no § 1º, do art. 186 da Lei nº 8.112 de 1990?

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

Quesito 6. A doença está especificada no art. 1º da Lei nº 11.052 de 2004?

A resposta a este quesito vai depender da avaliação do examinado e dos exames apresentados que confirmem ou não a presença de uma das enfermidades descritas no art. 1º da Lei nº 11.052 de 2004, data do diagnóstico e se está em atividade no momento do exame. Caso seja doença passível de controle deverá constar a data de reavaliação (Lei nº 9.250 de 1995).

Ver anexo a este Manual os critérios para cada doença especificada no § 1º do art. 186 da Lei 8.112 de 1990 e no art. 1º da Lei nº 11.052 de 2004.

Quesito 7. Qual a hipótese diagnóstica?

Em resposta a este quesito deverá ser registrado, por extenso, o nome da doença constante no parágrafo da lei específica. Por exemplo: no caso de carcinoma de próstata deverá ser escrito “NEOPLASIA MALIGNA” (art. 205 da Lei nº 8.112 de 1990: “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, §1º”).

Quesito 8. A moléstia é decorrente de acidente em serviço ou doença profissional (Inciso I, art. 186 da Lei nº 8.112 de 1990)?

A resposta a este quesito dependerá do preenchimento da CAT, conforme a legislação, na qual deverá estar registrada a condição em que se deu o acontecimento e o horário, conforme modelo no Anexo III. De acordo com o art. 205, em caso de ser o dano decorrente de acidente de trabalho ou doença profissional, deverá constar no laudo o nome da doença, por extenso.

Quesito 9. Comunicar ao Órgão Habilitador da profissão ou regulamentador da atividade (CRM, CRO, OAB, CREA, DETRAN, etc.)?

Este quesito tem como finalidade alertar o órgão habilitador/regulamentador sobre a conclusão pericial que considerou o profissional inválido para o exercício da profissão, principalmente quando a continuidade do exercício puder levar a danos a outrem. Esta comunicação poderá ser feita pela área de Recursos Humanos do órgão ou pela Unidade de Atenção à Saúde do Servidor.

Quesito 10. Poderá ser sugerida a nomeação de curador (art. 4º e art. 1.767 da Lei nº 10.406 de 2002 - Código Civil Brasileiro)?

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

Quesito 11. O candidato tem condições de saúde para o exercício do cargo, função ou emprego?

Após o exame básico de saúde e o especial, de acordo com as atribuições do cargo, função ou emprego que deverá exercer o candidato, a perícia singular avaliará a capacidade laborativa no seu aspecto físico e mental (art. 14 da Lei nº 8.112 de 1990).

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

Quesito 12. É indispensável a assistência pessoal e constante do servidor à pessoa da família/dependente examinada? (art. 83 Lei nº 8.112 de 1990).

Se o examinado se incluir entre as pessoas relacionadas no **caput** do art. 83, o perito o avaliará para comprovar a enfermidade e a necessidade da presença do servidor junto ao doente. A concessão da licença estará condicionada a impossibilidade de outra pessoa cuidar do examinado.

Quesito 13. O pedido de remoção justifica-se sob o ponto de vista clínico?

A junta oficial informará no laudo os benefícios do ponto de vista clínico que advirão dessa remoção para outra localidade, podendo na parte “observação” do laudo tecer outras considerações. A junta oficial não pode usar expressões: “Justifica-se sob o ponto de vista médico”, sem objetivamente apresentar razões, nem recomendar localidades que apresentam os mesmos problemas do local de origem. O servidor sem vínculo efetivo com a APF não tem direito à remoção por motivo de saúde.

Quesito 14. Pensão Temporária: Está o examinado inválido? Totalmente - Parcialmente - Permanentemente - Temporariamente.

O dependente ou familiar que solicitar pensão temporária por apresentar invalidez adquirida anteriormente ao óbito do servidor deverá ser avaliado pela perícia, que responderá aos itens do quesito 14, informando data do diagnóstico e fixando data de reavaliação, quando couber.

Quesito 15. Portador de Deficiência: É o examinado portador de deficiência física, mental, auditiva, visual ou múltipla, de acordo com os Decretos nº 3.298 de 1999 e 5.296 de 2004?

O examinado será avaliado podendo-se utilizar os critérios descritos nos decretos acima referidos quanto à presença ou não de deficiência.

Quesito 16. Existe tratamento para a doença ou lesão provocada por acidente em serviço na rede pública de saúde?

A resposta a este quesito é necessária quando o servidor acometido de acidente em serviço ou moléstia profissional solicita tratamento à conta de recursos públicos. Deve ser comprovado o nexó, a necessidade do tratamento indicado e a inexistência deste na rede pública de saúde, para que o pagamento seja autorizado (art. 213 da Lei nº 8.112 de 1990).

Quesito 17: O servidor apresenta deficiência havendo necessidade de acompanhamento no deslocamento a serviço?

Deve ser comprovado que o servidor é portador de deficiência e que para seu deslocamento em viagem a serviço é indispensável a presença de acompanhante.

Quesito 18: Está o candidato apto física e mentalmente para o exercício do cargo?

Deve ser comprovado se o candidato encontra-se apto para desenvolver as atividades inerentes ao cargo.

Tipos de Laudos da Perícia Oficial em Saúde

A perícia oficial em saúde do servidor público federal é concluída por meio da emissão do laudo pericial. Os modelos dos laudos variam conforme o tipo de perícia e estarão adequados à necessidade do pleito, tanto sob o aspecto técnico quanto legal.

Os laudos podem ser médico ou odontológico e contemplam os seguintes tipos com seus respectivos quesitos:

a 1. Licença para tratamento de saúde do servidor (art. 202, 203 e 204 da Lei nº 8.112, de 1990): responder aos quesitos 1 e 2;

a 2. Licença para tratamento de saúde do trabalhador (arts. 59 e 60 § 4º da Lei nº 8.213 de 1991): responder aos quesitos 1 e 2;

b. Licença por motivo de doença em pessoa da família (art. 81, inciso I §1º, arts. 82 e 83, da Lei nº 8.112, de 1990, alterados pela Lei nº 11.269, de 2010): responder ao quesito 2 e 12;

- c. Licença à gestante (art.207 da Lei nº 8.112, de 1990): responder aos quesitos 1 e 2;
- d1. Licença por motivo de acidente em serviço ou doença profissional (arts. 211 e 212 da Lei nº 8.112, de 1990): responder aos quesitos 1, 2 e 8;
- d2. Licença por motivo de acidente de trabalho (art.19, 20 e 21 da Lei nº 8.213, de 1991);
- e. Aposentadoria por invalidez (art. 186, inciso I da Lei nº 8.112, de 1990): responder aos quesitos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9 e 10; e avaliação de invalidez permanente decorrente de acidente em serviço ou moléstia profissional (art. 186, inciso I, da Lei nº 8.112, de 1990): responder aos quesitos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9 e 10;
- f. Constatação de deficiência de dependente (art. 217, inciso I, alínea e, da Lei nº 8.112, de 1990): responder aos quesitos 6, 7, 10 e 15; constatação de invalidez de filho, enteado, dependente ou pessoa designada (art. 217, inciso II, alíneas a e d): responder aos quesitos 4, 5, 6, 7, 10 e 14; e avaliação de invalidez de dependente para fins de inclusão nos assentamentos funcionais (art. 197, inciso I, da Lei nº 8.112, de 1990): responder aos quesitos 14;
- g. Remoção por motivo de saúde do servidor: responder aos quesitos 1, 2 e 13; ou de pessoa de sua família (art. 36, inciso III, alínea b, da Lei nº 8.112, de 1990): responder os quesitos 12, 13;
- h. Horário especial para servidor portador de deficiência: responder ao quesito 15; e para o servidor com familiar portador de deficiência (art. 98, §2º e 3º, da Lei nº 8.112, de 1990): responder ao quesito 12 e 15;
- i. Constatação de deficiência dos candidatos aprovados em concurso público nas vagas de portador de deficiência (arts. 3º e 4º, do Decreto nº 3.298, de 1999 alterado pelo Decreto nº 5.296, de 2004): responder ao quesito 15;
- j. Avaliação de sanidade mental do servidor para fins de Processo Administrativo Disciplinar (art. 160 da Lei nº 8.112, de 1990): responder ao quesito 1, 9 e 10;
- k. Recomendação para tratamento de acidentados em serviço em instituição privada à conta de recursos públicos (art.213 da Lei nº 8.112, de 1990): responder aos quesitos 8 e 16;
- l. Readaptação funcional de servidor por redução de capacidade laboral (art. 24 da Lei nº 8.112, de 1990): responder ao quesito 3;
- m. Avaliação de servidor aposentado por invalidez para fins de reversão (art.25, inciso I e art. 188, §5º, da Lei nº 8.112, de 1990): responder aos quesitos 3, 4, 5, 7, e 10;
- n. Avaliação de servidor aposentado para constatação de invalidez por doença especificada no §1º do art. 186 da Lei nº 8.112, de 1990, para fins de integralização de proventos (art.190 da Lei nº 8.112, de 1990): responder aos quesitos 3, 4, 5, 6, 7 e 10;
- o. Avaliação da capacidade laborativa de servidor em disponibilidade (art.32 da Lei nº 8.112, de 1990): responder aos quesitos 1 e 2;
- p. Exame para investidura em cargo público (art. 14): responder o quesito 18;
- q. Pedido de reconsideração e recurso (arts. 106, 107 e 108 da Lei nº 8.112, de 1990): quesito de acordo com o tipo de avaliação solicitada;
- r. Avaliação para isenção de imposto de renda (art. 6º, inciso XIV e XXI da Lei nº 7.713, de 1988, alterada pela Lei nº 11.052, de 2004) e pensão (art. 47 item XXI da Lei nº 8.541, de 1992 e art. 1º da Lei nº 11.052, de 2004): responder aos quesitos 6, 7 e 10;
- s. Avaliação de idade mental de dependente para concessão de auxílio pré-escolar (Decreto nº 977, de 1993): responder ao quesito 15;
- t. Avaliação de servidor portador de deficiência para comprovação da necessidade de acompanhamento em deslocamento à serviço (Decreto nº 7613, de 2011): responder quesitos 15 e 17;
- u. Avaliação da capacidade laborativa por recomendação superior (art. 206 da Lei nº 8.112, de 1990): responder aos quesitos 1 e 2;

v. Comunicação de doença de notificação compulsória ao órgão de saúde pública: preencher modelo da vigilância epidemiológica da secretaria de saúde do estado;

Capítulo VI

Doenças Especificadas em Lei

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

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

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

O servidor acometido de acidente em serviço, moléstia profissional e enfermidades previstas no § 1º do art. 186 da Lei 8.112/1990, que seja considerado inválido, terá direito à aposentadoria por invalidez com proventos integrais (§ 3º do art. 186, da Lei nº 8.112/1990).

As doenças listadas no art. 1º da Lei 11.052/2004, bem como a do Ato Declaratório Interpretativo SRF nº 11/2006 permitem isenção de imposto de renda sobre a aposentadoria, reforma e pensão aos seus portadores, sem necessidade de haver invalidez.

Procedimentos para a Perícia Oficial em Saúde nas doenças especificadas em Lei:

A- O relato da avaliação pericial deverá conter:

1. Diagnóstico da enfermidade básica, inclusive o diagnóstico numérico, de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde;
2. Estágio evolutivo, quando couber;
3. Refratariedade ao tratamento.

B- O laudo pericial deverá conter:

1. O nome da doença por extenso, conforme especificado em lei;
2. A data de início da doença;
3. Se há necessidade de reavaliação e data de retorno quando couber.

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

a) Doenças especificadas no § 1º do Art. 186 da Lei nº 8.112/1990

- Alienação mental;
- Cardiopatia grave;
- Cegueira posterior ao ingresso no serviço público;
- Doença de Parkinson;
- Esclerose múltipla;
- Espondiloartrose anquilosante;
- Estados avançados do Mal de Paget (osteíte deformante);
- Hanseníase;
- Nefropatia grave;
- Neoplasias malignas;
- Paralisia irreversível e incapacitante;
- Síndrome da imunodeficiência adquirida (Sida/Aids);
- Tuberculose ativa.

b) Doenças especificadas no Art. 1º da Lei nº 11.052/2004 e no Ato Declaratório Interpretativo SRF nº 11/2006

- Aposentadoria motivada por acidente em serviço;
- Aposentadoria motivada por moléstia profissional;
- Alienação mental;
- Cardiopatia grave;
- Cegueira;
- Contaminação por radiação;

- Doença de Parkinson;
- Esclerose múltipla;
- Espondiloartrose anquilosante;
- Formas avançadas da Doença de Paget;
- Hanseníase;
- Hepatopatia grave;
- Mucoviscidose – fibrose cística;
- Nefropatia grave;
- Neoplasias malignas;
- Paralisia irreversível e incapacitante;
- Síndrome da imunodeficiência adquirida (Sida/Aids);
- Tuberculose ativa.

a) DOENÇAS ESPECIFICADAS NO § 1º DO ART. 186 DA LEI Nº 8.112/90

a1) Alienação Mental

Conceito

Conceitua-se alienação mental como sendo todo quadro de transtorno psiquiátrico ou neuropsiquiátrico grave e persistente, no qual, esgotados os meios habituais de tratamento, haja alteração completa ou considerável da sanidade mental, comprometendo gravemente os juízos de valor e de realidade, bem como a capacidade de entendimento e de autodeterminação, tornado o indivíduo inválido para qualquer trabalho. O indivíduo torna-se incapaz de responder por seus atos na vida civil, mostrando-se inteiramente dependente de terceiros no que tange às diversas responsabilidades exigidas pelo convívio em sociedade. O alienado mental pode representar riscos para si e para terceiros, sendo impedido, por isso, de qualquer atividade funcional.

O diagnóstico de um transtorno mental não é, por si só, indicativo de enquadramento como alienação mental, cabendo ao perito a análise das demais condições clínicas e do grau de incapacidade, na forma orientada adiante neste Manual. No laudo médicopericial, constará apenas a expressão "alienação mental".

Critérios de Enquadramento

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

1. Seja grave e persistente;
2. Seja refratária aos meios habituais de tratamento;
3. Comprometa gravemente os juízos de valor e realidade, bem como a capacidade de entendimento e de autodeterminação;
4. Torne o servidor inválido de forma total e permanente para qualquer trabalho.

São Passíveis de Enquadramento

1. Esquizofrenias nos estados crônicos e residuais;
2. Outras psicoses graves nos estados crônicos e residuais;
3. Estados demenciais de qualquer etiologia (vascular, Alzheimer, doença de Parkinson, etc.);
4. Retardos mentais graves e profundos.

São Excepcionalmente Considerados Casos de Alienação Mental:

1. Transtornos afetivos ou do humor, quando comprovadamente cronicados e refratários ao tratamento, ou quando exibirem elevada frequência de repetição fásica, ou ainda, quando configurarem comprometimento grave e irreversível do funcionamento mental;
2. Quadros epilépticos com sintomas psicóticos, quando caracterizadamente cronicados e resistentes à terapêutica, ou quando apresentarem elevada frequência de surtos psicóticos;
3. Outros transtornos psicóticos orgânicos decorrentes de lesão e disfunção cerebral, quando caracterizadamente cronicados e refratários ao tratamento, ou quando configurarem um quadro irreversível de demência;
4. Transtornos mentais decorrentes do uso de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) nas formas graves.

Quadros Não Passíveis de Enquadramento

1. Transtornos da personalidade;

2. Transtornos mentais decorrentes do uso de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) nas formas leves e moderadas;
3. Retardos mentais leves e moderados;
4. Transtornos relacionados ao estresse e somatoformes (reação de ajustamento, reação ao estresse);
5. Transtornos mentais orgânicos agudos e transitórios (estados confusionais reversíveis);
6. Transtornos neuróticos (mesmo os mais graves).

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

a2) Cardiopatia Grave

Conceito

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

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

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

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

Classe I

Pacientes com doença cardíaca, porém sem limitação da atividade física. A atividade física ordinária não provoca fadiga acentuada, palpitação, dispneia 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, dispneia ou angina de peito.

Classe III

Pacientes portadores de doença cardíaca que acarreta acentuada limitação da atividade física. Esses se sentem bem em repouso, porém, pequenos esforços provocam fadiga, palpitação, dispneia ou angina de peito.

Classe IV

Paciente com doença cardíaca que acarreta incapacidade para exercer qualquer atividade física. Os sintomas de fadiga, palpitação, dispneia ou angina de peito existem mesmo em repouso e se acentuam com qualquer atividade.

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

1. Anamnese e exame físico do aparelho cardiovascular detalhados minuciosamente, incluindo teste da caminhada dos 6 min;
2. Exames laboratoriais: hemograma, BNP, bioquímica, hormônios séricos, reações sorológicas, exame de urina e de 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. Cintilografia miocárdica;
10. Estudo hemodinâmico por cateterismo cardíaco;

11. Estudo cineangiocoronariográfico por cateterismo cardíaco;
12. Estudo eletrofisiológico;
13. Tomografia computadorizada.
14. Ressonância magnética;
15. Teste cardiopulmonar;
16. Perfusão miocárdica por microbolhas.

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

1. Síndrome de insuficiência cardíaca congestiva

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

2. Síndrome de insuficiência coronariana

a. Quadro clínico de forma crônica - Angina classes III e IV da CCS (*Canadian Cardiovascular Society*), apesar da terapêutica máxima usada adequadamente; manifestações clínicas de insuficiência cardíaca, associada à isquemia aguda nas formas crônicas, presença de disfunção ventricular progressiva; arritmias graves associadas ao quadro anginoso, principalmente do tipo ventricular (salvas de extrassístoles, taquicardia ventricular não sustentada ou sustentada devem-se associar dados do ECG e Holter).

b. Cinecoronarioventriculografia - Lesão de tronco de coronária esquerda >50%; lesões em três vasos, moderadas a importantes (>70% em 1/3 proximal ou médio) e, eventualmente, do leito distal, dependendo da massa miocárdica envolvida; lesões em 1 ou 2 vasos de > 70%, com grande massa miocárdica em risco; lesões ateromatosas extensas e difusas, sem viabilidade de correção cirúrgica ou por intervenção percutânea; fração de ejeção <0,40; hipertrofia e dilatação ventricular esquerda; áreas extensas de acinesia, hipocinesia e discinesia; aneurisma de ventrículo esquerdo; complicações mecânicas: insuficiência mitral, comunicação interventricular.

c. Fatores de risco e condições associadas - Idade >70 anos, hipertensão, diabetes, hipercolesterolemia familiar; vasculopatia aterosclerótica importante em outros territórios, como carótidas, membros inferiores, renais, cerebrais.

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

4. Arritmias complexas e graves

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

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

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.

Critérios de Enquadramento

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

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

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

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

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

De modo geral, podem ser consideradas como cardiopatia grave

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 2º e 3º grau, extrassistolias 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 marcapasso, aneurismectomias, correções cirúrgicas de anomalias congênitas), quando depois de reavaliadas funcionalmente forem consideradas pertencentes às classes III e IV, ou a critério, classe II da NYHA. A perícia somente enquadrará os servidores como portadores de cardiopatia grave quando afastada totalmente a possibilidade de regressão da condição patogênica, podendo aguardar em tratamento especializado por 24 meses.

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

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

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

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

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

Sabe-se, também, que em um grande número de pacientes, a cirurgia ou o procedimento intervencionista alteram efetivamente a história natural da doença para melhor, modificando radicalmente a evolução de muitas doenças e, conseqüentemente, a categoria da gravidade da cardiopatia, pelo menos no momento da avaliação. Esse é o conceito dinâmico de “reversibilidade” da evolução das cardiopatias, que deixam de configurar uma condição de cardiopatia grave observada anteriormente.

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

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

a3) Cegueira Posterior ao Ingresso no Serviço Público

Conceito

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

Situações equivalentes à Cegueira

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

Graus de perda parcial da visão

Grau I: quando a acuidade visual máxima em ambos os olhos e com a melhor correção óptica possível for inferior a 20/70 na escala de Snellen, e a mínima igual ou superior a 20/200 Snellen, bem como em caso de perda total da visão de um dos olhos quando a acuidade no outro olho, com a melhor correção óptica possível, for inferior a 20/50 na escala de Snellen;

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

Grau III: quando a acuidade visual máxima em ambos os olhos e com a melhor correção óptica possível for inferior a 20/400 Snellen, e a mínima igual ou superior a 20/1.200 Snellen e,

Grau IV: quando a acuidade visual máxima em ambos os olhos e com melhor correção óptica possível for inferior a 20/1.200 Snellen ou apresentar, como índice máximo, a capacidade de contar dedos à distância de um metro, e a mínima limitar-se à percepção luminosa.

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

Avaliação da Acuidade Visual – Escalas Adotadas

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

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

SNELLEN	DECIMAL	EFICIÊNCIA VISUAL DE SNELL-STERLING %
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

Crêterios de Enquadramento

A perícia concluirá pela incapacidade definitiva e invalidez por cegueira dos portadores de:

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

A perícia oficial em saúde, ao emitir laudos de invalidez de portadores de afec o que os incluam nos graus de diminui o da acuidade visual descritos anteriormente, deverá escrever entre parênteses, ao lado do diagnóstico, a expressão “Equivalente   Cegueira”.

Os casos de perda transitória de visão não poderão ser considerados para esse critério bem como os que ingressaram no serviço público, já portadores de deficiência compatível com cegueira.

Somente a cegueira adquirida posterior ao ingresso do servidor no cargo constitui motivo para aposentadoria por invalidez permanente.   necessário ter aten o 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 avalia o da condi o atual.

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

a4) Doença de Parkinson

Conceito

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

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

Considerações

Na maioria dos casos, não é possível conhecer sua etiologia, sendo então denominada parkinsonismo primário ou Doença de Parkinson propriamente dita. Quando identificada a causa (pós-encefalite, arteriosclerótica etc.), a doença é conhecida como Síndrome de Parkinson ou parkinsonismo secundário. Ambas as formas clínicas satisfazem o critério da legislação, exigindo apenas o reconhecimento da incapacidade laborativa e/ou de invalidez e da impossibilidade do controle terapêutico da doença.

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

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

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

TABELA DE WEBSTER PARA AVALIAÇÃO DA DOENÇA DE PARKINSON.

a) BRADICINESIA DE MÃOS - INCLUINDO ESCRITA MANUAL

- Sem comprometimento 0
- Lentificação detectável do uso de supinação-pronação evidenciada pela dificuldade no início do manuseio de instrumentos, abotoamento de roupas e durante a escrita manual 1
- Lentificação moderada do uso de supinação-pronação, em um ou ambos os lados, evidenciada pelo comprometimento moderado da função das mãos. A escrita manual encontra-se fortemente prejudicada com micrografia presente. 2
- Lentificação grave do uso da supinação-pronação - incapaz de escrever ou abotoar as roupas. Dificuldade acentuada no manuseio de utensílios. 3

b) RIGIDEZ

- Não detectável 0
- Rigidez detectável no pescoço e ombros. O fenômeno de ativação encontra-se presente. Um ou ambos os braços apresentam rigidez leve, negativa, durante o repouso. 1
- Rigidez moderada no pescoço e ombros. A rigidez durante o repouso é positiva quando o paciente não está medicado. 2
- Rigidez grave no pescoço e ombros. A rigidez de repouso não pode ser revertida por medicação. 3

c) POSTURA

- Postura normal. Cabeça fletida para a frente, menos que 10 cm. 0
- Começando a apresentar coluna de aticador. Cabeça fletida para a frente, mais de 12 cm. 1
- Começa a apresentar flexão de braço. Cabeça fletida para a frente mais de 15cm. Um ou ambos os braços elevados, mas, abaixo da cintura. 2
- Início da postura simiesca. Cabeça fletida para a frente mais de 15 cm. Uma ou ambas as mãos elevadas acima da cintura. Flexão aguda da mão. Começando extensão inter-falange. Começando a flexão dos joelhos. 3

d) BALANCEIO DE MEMBROS SUPERIORES

- Balanceio correto dos dois braços. 0
- Um dos braços com diminuição definida do balanceio. 1
- Um braço não balança. 2
- Os dois braços não balançam. 3

e) MARCHA

- Passos bons com passada de 40 a 75 cm. Faz giro sem esforço. 0
- Marcha encurtada para passada com 30 a 45 cm. Começando a bater um 1

	calcanhar, faz giro mais lentamente. Requer vários passos.	
	• Passada moderadamente encurtada agora com 15 a 30 cm. Os dois calcanhares começam a bater no solo forçadamente.	2
	• Início da marcha com interrupções, passos com menos de 7 cm. Ocasionalmente, a marcha apresenta um tipo de bloqueio como “gaguejar”. O paciente anda sobre os artelhos e faz os giros muito lentamente.	3
f)	TREMOR	
	• Sem tremor detectado	0
	• Observado movimento de tremor com menos de 2,5 cm, de pico a pico, nos membros ou na cabeça, durante o repouso ou em qualquer mão durante a marcha ou durante o teste dedo-nariz.	1
	• O evento máximo de tremor não excede 10 cm.. O tremor é grave, mas não constante. O paciente retém algum controle das mãos.	2
	• Um evento de tremor excedendo 10 cm. O tremor é constante e grave. O paciente não consegue livrar-se do tremor enquanto está acordado, a menos que este seja do tipo cerebelar puro. A escrita e a auto-alimentação são impossíveis	3
g)	FACE	
	• Normal. Expressão completa, sem aparência de espanto.	0
	• Imobilidade detectável. A boca permanece aberta. Começam as características de ansiedade e depressão.	1
	• Imobilidade moderada. A emoção é interrompida, com aumento acentuado no limiar. Os lábios se partem com o tempo. Aparência moderada de ansiedade e depressão. Pode ocorrer perda de saliva pela boca.	2
	• Face congelada. Boca aberta 0,5 cm. ou mais. Pode haver perda intensa de saliva pela boca	3
h)	SEBORRÉIA	
	• Nenhuma.	0
	• Aumento da perspiração. A secreção permanece fina.	1
	• Oleosidade óbvia presente. Secreção mais espessa.	2
	• Seborréia acentuada. Toda a face e a cabeça cobertas por uma secreção espessa	3
i)	FALA	
	• Clara, sonora, ressonante, fácil de entender.	0
	• Começando uma rouquidão com perda de inflexão e ressonância. Com bom volume e ainda fácil de entender.	1
	• Rouquidão e fraqueza moderadas. Monotonia constante, sem variações de altura. Início da disartria. Hesitação, gaguejamento: dificuldade para ser compreendida.	2
	• Rouquidão e fraqueza acentuadas. Muito difícil de ouvir e compreender.	3
j)	CUIDADOS PESSOAIS	
	• Sem comprometimento	0
	• Ainda capaz de todos os cuidados pessoais mas, a velocidade com que se veste, torna-se um empecilho definitivo. Capaz de viver sozinho e frequentemente ainda empregado.	1
	• Requer ajuda em certas áreas críticas, como para virar-se na cama, levantar-se de cadeiras, etc.. Muito lento no desempenho da maioria das atividades mas trata estes problemas designando mais tempo para cada atividade.	2
	• Continuamente incapacitado. Incapaz de vestir-se, alimentar-se ou andar sozinho.	3
TOTAL		
ANÁLISE: 1 – 10 = Início da doença		
11 – 20 = Incapacidade moderada		
21 – 30 = Doença grave ou avançada		

Critérios de Enquadramento

O portador de Doença de Parkinson será aposentado por invalidez nas seguintes situações:

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

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

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

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

a5) Esclerose Múltipla

Conceito

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

Etiologia

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

Patologia

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

Sinais e sintomas

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

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

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

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

Curso

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

Diagnóstico

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

Exames complementares ao diagnóstico

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

Critérios de Enquadramento

A perícia oficial em saúde fará o enquadramento de invalidez permanente por esclerose múltipla nos casos de curso progressivo, com comprometimento motor ou outros distúrbios orgânicos que caracterizem a incapacidade para o exercício de suas atividades.

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

a6) Espondiloartrose Anquilosante

Conceito

A espondilite anquilosante, inadequadamente denominada de espondiloartrose anquilosante nos textos legais, é uma doença inflamatória de etiologia desconhecida, que afeta principalmente as articulações sacroilíacas, interapofisárias e costovertebrais, os discos intervertebrais e o tecido conjuntivo frouxo que circunda os corpos vertebrais, entre estes e os ligamentos da coluna.

O processo geralmente se inicia pelas articulações sacroilíacas e, de forma ascendente, atinge a coluna vertebral. Há grande tendência para a ossificação dos tecidos inflamados e este processo resulta em rigidez progressiva da coluna.

As articulações periféricas também podem ser comprometidas, principalmente as das raízes dos membros (ombros e coxofemorais), daí a designação rizomélica.

Entende-se por anquilose ou ancilose a rigidez ou fixação de uma articulação, reservando-se o conceito de anquilose óssea verdadeira à fixação completa de uma articulação em consequência da fusão patológica dos ossos que a constituem.

Dentre as denominações comumente dadas à espondilite anquilosante podemos destacar as seguintes: espondilite (ou espondilose) rizomélica, doença de Pierre-Marie-Strumpell, espondilite ossificante ligamentar, síndrome (ou doença) de Veu-Bechterew, espondilite reumatóide, espondilite juvenil ou do adolescente, espondilartrite anquilopoiética, espondilite deformante, espondilite atrófica ligamentar, pelviespondilite anquilosante, esta última chamada de pelviespondilite reumática pela Escola Francesa.

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

Critérios de Enquadramento

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

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

1. O diagnóstico nosológico;
2. A citação expressa da existência da anquilose da coluna vertebral;
3. A citação dos segmentos da coluna atingidos.

A perícia, além dos elementos clínicos de que dispõe e dos pareceres da medicina especializada, poderá se valer dos seguintes exames subsidiários elucidativos:

- a. Comprovação radiológica de anquilose ou do comprometimento da coluna vertebral e bacia (articulações sacroilíacas);
- b. Cintilografia óssea;
- c. Teste sorológico específico HLA – B 27;
- d. Tomografia computadorizada de articulações sacroilíacas e coluna.

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

a7) Estados Avançados do Mal de Paget

Conceito

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

Quadro Clínico

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

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

Os estados avançados da Doença de Paget apresentam as seguintes características:

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

Critérios de Enquadramento

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

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

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

Ao firmar o diagnóstico, a perícia oficial em saúde deverá registrar a extensão das deformidades e as partes ósseas atingidas, o tipo de complicação que determinou a incapacidade e os exames subsidiários que comprovem o diagnóstico.

Exames subsidiários elucidativos e indispensáveis:

- a. Exame radiológico;
- b. Dosagem da fosfatase alcalina;
- c. Dosagem da hidroxiprolina urinária nas 24 horas.

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

a8) Hanseníase

Conceito

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

Sinais Cardinais da Hanseníase

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

Classificação

A hanseníase pode ser classificada nas seguintes formas clínicas:

1. **Paucibacilares (PB)** – Casos com até cinco lesões de pele e baciloscopia negativa; tratamento de seis meses;
 - a. Indeterminada (I);
 - b. Tuberculóide (T);
2. **Multibacilares (MB)** – Casos com mais de cinco lesões de pele; tratamento de 24 meses. A baciloscopia de pele (esfregaço intradérmico), quando disponível, deve ser utilizada como exame complementar para a classificação dos casos em PB ou MB. A baciloscopia positiva classifica o caso como MB, independentemente do número de lesões.

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

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

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

Formas Clínicas de Hanseníase – Classificação de Madri

1. **Hanseníase Indeterminada (HI)** CID A30. 0 – Considerada a primeira manifestação clínica da hanseníase, assim classificada porque na ausência de tratamento pode evoluir para a forma tuberculóide ou para a virchowiana;

2. **Hanseníase Tuberculóide (HT)** CID - 10 A30.1 – Poucas lesões bem delimitadas, em placas ou anulares com bordas papulosas e áreas da pele eritematosas ou hipocrômicas, anestésicas e de distribuição assimétrica, com crescimento centrífugo lento levando à atrofia no interior da lesão;

3. **Hanseníase Dimorfa (HD)** CID - 10 A30.3 – Manifestações clínicas variáveis na pele, nos nervos ou no comprometimento sistêmico; lesões neurais precoces, assimétricas, levando a deficiências físicas;

4. **Hanseníase Virchowiana (HV)** CID - 10 A30.5 – Evolução crônica com infiltração progressiva e difusa da pele, mucosas das vias aéreas superiores, olhos, testículos, nervos, podendo afetar os linfonodos, o fígado e o baço.

Neuropatia Hansênica - Diagnóstico do Dano Neural – Sinais e Sintomas

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

Os principais nervos acometidos na hanseníase são:

- 1. Face – trigêmeo e facial
- 2. Braços – radial, ulnar e mediano
- 3. Pernas – fibular comum e tibial

Graus de Incapacidade

Avaliação do grau de incapacidade e da função neural:

Para determinar o grau de incapacidade física deve-se realizar o teste da sensibilidade dos olhos, mãos e pés. É recomendada a utilização do conjunto de monofilamentos de Semmes-Weinstein nos pontos de avaliação de sensibilidade em mãos e pés e do fio dental (sem sabor) para os olhos.

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

GRAU	CARACTERÍSTICAS
0	Nenhum problema com os olhos, mãos e pés devido à hanseníase.
1	Diminuição ou perda da sensibilidade nos olhos. Diminuição ou perda da sensibilidade nas mãos e/ou pés.
2	Olhos: lagofalmo e/ou ectrópio; triquíase; opacidade corneana central; acuidade visual menor que 0,1 ou incapacidade de contar dedos a 6 cm de distância. Mãos: lesões tróficas e/ou lesões traumáticas; garras; reabsorção; mão caída. Pés: lesões tróficas e/ou lesões traumáticas; garras; reabsorção; pé caído;

contratura do tornozelo.

Nota: A inspeção do nariz deverá ser realizada concomitantemente ao exame de mãos, pés e olhos, com o objetivo de detectar ressecamento e úlceras da mucosa nasal, perfuração do septo e desabamento da pirâmide nasal.

Teste manual da exploração da força muscular

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

Critérios de Enquadramento

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

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

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

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

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

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

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

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

a9) Nefropatia Grave

Conceito:

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

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

1. Os sintomas clínicos;
2. As alterações bioquímicas.

Quadro Clínico

Manifestações clínicas

1. Ectoscópicas - palidez amarelada, edema, hemorragia cutânea e sinais de prurido;
2. Cardiovasculares - pericardite sero-fibrinosa, hipertensão arterial e insuficiência cardíaca;
3. Gastrointestinais - soluço, língua saburrosa, hálito amoniacal, náuseas, vômitos, hemorragias;
4. Digestivas - diarreia ou obstipação;
5. Neurológicas - cefaleia, astenia, insônia, lassidão, tremor muscular, convulsão e coma;
6. Oftalmológicas - retinopatia hipertensiva e retinopatia arteriosclerótica;
7. Pulmonares - pulmão urêmico e derrame pleural;
8. Urinárias - nictúria.

Alterações nos Exames Complementares

1. Alterações laboratoriais

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

2. Alteração nos exames por imagem

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

Considerações

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

Doenças Renais Crônicas – Estadiamento e Classificação*

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

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

São consideradas nefropatias graves:

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

Crítérios de Enquadramento

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

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

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

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

a10) Neoplasia Maligna

Conceito

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

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

Avaliação Diagnóstica e Estadiamento

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

1. Exame clínico especializado;
2. Exames radiológicos;
3. Exames ultrassonográficos;
4. Exames de tomografia computadorizada;
5. Exames de ressonância nuclear magnética;
6. Exames cintilográficos;
7. Exames endoscópicos;
8. Pesquisa de marcadores tumorais específicos;
9. Biópsia da lesão com exame histopatológico;
10. Exames citológicos;
11. Exames de imunohistoquímica;
12. Estudos citogenéticos em casos específicos.

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

Prognóstico

É determinado pelo grau de malignidade da neoplasia, que é influenciado pelos seguintes fatores:

1. Grau de diferenciação celular;
2. Grau de proliferação celular;
3. Grau de invasão vascular e linfática;
4. Estadiamento clínico e/ou cirúrgico;
5. Resposta à terapêutica específica;
6. Estatísticas de morbidade e mortalidade de cada tipo de neoplasia.

Objetivos da Avaliação Pericial

A avaliação pericial objetiva comprovar:

1. O diagnóstico da neoplasia por meio de exame histopatológico ou citológico;

2. A extensão da doença e a presença de metástases;
3. O tratamento cirúrgico, quimioterápico e radioterápico;
4. O prognóstico da evolução da doença, em consonância com as estatísticas de sobrevida para cada tipo de neoplasia;
5. O grau de incapacidade parcial ou total, temporária ou permanente;
6. A correlação da incapacidade com as atribuições do servidor.

Critérios de Enquadramento

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

1. Neoplasias com mau prognóstico em curto prazo;
2. Neoplasias incuráveis;
3. Sequelas do tratamento, mesmo quando erradicada a neoplasia maligna;
4. Recidiva ou metástase da neoplasia maligna.

A perícia deverá citar no registro da avaliação pericial:

1. O tipo histopatológico da neoplasia;
2. Sua localização;
3. A presença ou não de metástases;
4. O estadiamento clínico pelo sistema TNM, podendo ser utilizada outra classificação, em casos específicos, não contemplada por este sistema;
5. Acrescentar a expressão neoplasia maligna, para fim de enquadramento legal.

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

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

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

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

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

a11) Paralisia Irreversível e Incapacitante

Conceito

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

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

A paralisia será considerada irreversível e incapacitante quando, esgotados os recursos terapêuticos da medicina especializada e os prazos necessários à recuperação motora, permanecerem distúrbios graves e extensos que afetem a mobilidade, a sensibilidade e a troficidade.

São equiparadas às paralisias as lesões osteomusculoarticulares, as vasculares graves e crônicas, e as paresias das quais resultem alterações extensas e definitivas das funções nervosas, da motilidade e da troficidade, esgotados os recursos terapêuticos da medicina especializada e os prazos necessários à recuperação.

Classificação das Paralisias

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

1. Paralisia isolada ou periférica - quando é atingido um músculo ou um grupo de músculos;
2. Monoplegia - quando são atingidos todos os músculos de um só membro;
3. Hemiplegia - quando são atingidos os membros superiores e inferiores do mesmo lado, com ou sem paralisia facial homolateral;
4. Paraplegia ou diplegia - quando são atingidos os membros superiores ou os inferiores, simultaneamente;
5. Triplegia - quando resulta da paralisia de três membros;
6. Tetraplegia - quando são atingidos os membros superiores e os inferiores.

Critérios de Enquadramento

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

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

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

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

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

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

a12) Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Sida/Aids)

Conceito

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

Classificação

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

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

Categoria “A”:

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

Categoria “B”: indivíduos com sorologia positiva para o HIV, sintomáticos, com as seguintes condições clínicas:

1. Angiomatose bacilar;
2. Candidíase vulvovaginal persistente, de mais de um mês, que não responde ao tratamento específico;
3. Candidíase orofaríngea;
4. Sintomas constitucionais (febre maior que 38,5° C ou diarreia com mais de um mês de duração).

Categoria “C”: indivíduos soropositivos e sintomáticos que apresentam infecções oportunistas ou neoplasias:

1. Candidíase esofágica, traqueal ou brônquica;
2. Criptococose extrapulmonar;

3. Câncer cervical uterino;
4. Retinite, esplenite ou hepatite por citomegalovírus;
5. Herpes simples mucocutâneo com mais de um mês de evolução;
6. Histoplasmose disseminada;
7. Isosporíase crônica;
8. Micobacteriose atípica;
9. Tuberculose pulmonar ou extrapulmonar;
10. Pneumonia por *P. carinii*;
11. Pneumonia recorrente com mais de dois episódios em um ano;
12. Bacteremia recorrente por bactérias do gênero "salmonella";
13. Toxoplasmose cerebral;
14. Leucoencefalopatia multifocal progressiva;
15. Criptosporidiose intestinal crônica;
16. Sarcoma de Kaposi;
17. Linfoma de Burkitt, imunoblástico ou primário de cérebro;
18. Encefalopatia pelo HIV;
19. Síndrome consumptiva pelo HIV (perda de peso involuntária superior a 10% do peso habitual do paciente, **excluída** a tuberculose como causa básica);
20. Reativação de doença de Chagas (meningoencefalite e/ou miocardite).

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

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

Critérios de Enquadramento:

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

Quadro de Classificação Clínica e Laboratorial

GRUPOS	LT-CD4+	CATEGORIAS CLÍNICAS		
		A	B	C
1	> 500/mm ³	A1	B1	C1
2	200-499/mm ³	A2	B2	C2
3	< 200/ mm ³	A3	B3	C3

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

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

a13) Tuberculose Ativa

Conceito

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

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

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

Classificação:

Indivíduo sem tuberculose latente ou ativa

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

Infecção latente por tuberculose

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

Tuberculose Ativa

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

Classificação da Tuberculose Ativa conforme o local de acometimento

1. Tuberculose Pulmonar

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

○ TB primária:

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

○ TB pós- primária:

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

○ TB miliar:

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

2. TB extrapulmonar

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

○ Tuberculose pleural

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

○ Empiema pleural por tuberculose

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

○ Tuberculose ganglionar periférica

É a forma mais frequente de TB extrapulmonar em pacientes infectados pelo HIV e crianças, sendo mais comum abaixo dos 40 anos. As localizações mais frequentes são as mediastínicas e nos gânglios periféricos

da região cervical anterior e posterior, além de supraclavicular. Os gânglios podem apresentar-se endurecidos ou amolecidos, aderentes entre si e aos planos profundos, podendo evoluir para flutuação e/ou fistulização espontânea, com inflamação da pele adjacente.

- **Tuberculose meningoencefálica**

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

- **Tuberculose pericárdica**

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

- **Tuberculose óssea**

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

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

- **Tuberculose renal e outras**

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

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

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

Diagnóstico da Tuberculose

- **Diagnóstico Clínico**

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

- **Diagnóstico Bacteriológico**

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

A cultura para micobactérias é um método de elevada especificidade e sensibilidade no diagnóstico da TB. Nos casos pulmonares com baciloscopia negativa, a cultura do escarro pode aumentar em até 30% o diagnóstico bacteriológico da doença. Quando associada ao teste de sensibilidade a antimicrobianos permite identificação de cepas de micobactérias resistentes ao tratamento habitual.

- **Diagnóstico radiológico e a classificação das lesões conforme imagem**

TB primária

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

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

O aspecto miliar na radiografia de tórax pode ocorrer tanto na TB primária quanto na TB pós-primária e corresponde a um quadro de disseminação hematogênica da doença. Apresenta-se como pequenas opacidades nodulares medindo de 1mm-3mm de diâmetro, distribuídas de forma simétrica em até 90% dos casos. Pode haver associação com opacidades parenquimatosas em até 40% dos casos, em crianças. Linfonomegalias são observadas em 95% das crianças e em cerca de 10% dos adultos.

TB pós-primária

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

TB secundária

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

Sequela de TB

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

○ Diagnóstico com prova tuberculínica

A prova tuberculínica (PT) consiste na inoculação intradérmica de um derivado proteico do *M. tuberculosis* para medir a resposta imune e celular a esses antígenos. É utilizada em adultos e crianças para o diagnóstico da infecção latente pelo *M. tuberculosis* (ILTb). A interpretação da prova tuberculínica depende da probabilidade de infecção latente, risco de adoecimento por TB, tamanho do endurecido (resposta da PT) e idade.

○ Outros métodos diagnósticos

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

Tratamento

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

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

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

Critérios de Enquadramento

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

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

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

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

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

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

Ficam abrangidos pelo enquadramento legal os servidores que:

1. tenham adquirido ou venham a desenvolver formas resistentes de bacilos da TB, refratárias aos esquemas terapêuticos existentes,
2. na cura, por consequência da resolução cicatricial do processo, possam ter desenvolvido grande limitação funcional, comprometendo sua capacidade para o trabalho. Como exemplo, a sequela pulmonar em que ocorre importante redução da capacidade funcional respiratória (superior a 55% do volume corrente ou da capacidade pulmonar total) que imponha importante limitação física ao indivíduo.
3. forem portadores de lesões tuberculosas extrapulmonares serão avaliados pela perícia à luz dos critérios gerais descritos nesta norma e daqueles pertinentes a cada caso, conforme parecer das clínicas especializadas.
4. apresentarem outras sequelas das lesões tuberculosas, irreversíveis, graves e determinantes de invalidez definitiva.

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

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

Cabe ao perito constatar o registro da notificação compulsória.

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

b) Doenças especificadas no Art. 1º da Lei nº 11.052/2004 e no Ato Declaratório Interpretativo SRF nº 11/2006

b1) Hepatopatia Grave

Conceito

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

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

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

Constituem Características das Hepatopatias Graves

Quadro clínico:

1. Emagrecimento;
2. Icterícia;
3. Ascite;
4. Edemas periféricos;
5. Fenômenos hemorrágicos;
6. Alterações cutaneomucosas sugestivas: aranhas vasculares, eritema palmar, queda dos pelos, sufusões hemorrágicas, mucosas hipocoradas;
7. Alterações neuropsiquiátricas de encefalopatia hepática.

Quadro laboratorial:

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

Nos exames por imagem são observadas as seguintes alterações

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

São causas etiológicas das hepatopatias graves

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

Classificação

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

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

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

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

CLASSE	TOTAL DE PONTOS
A	5 a 6
B	7 a 9
C	10 a 15

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

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

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

- Subclínica: alteração em testes psicométricos;
- Estágio 1: desatenção, irritabilidade, alterações da personalidade, tremores periféricos e incoordenação motora;
- Estágio 2: sonolência, redução da memória, alterações do comportamento, tremores, fala arrastada, ataxia;
- Estágio 3: confusão, desorientação, amnésia, sonolência, nistagmo, hiporreflexia e rigidez muscular; e
- Estágio 4: coma, midríase e postura de descerebração, arreflexia.

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

Critérios de Enquadramento

As hepatopatias classificadas na Classe A de Child-Pugh não são consideradas graves.

As hepatopatias classificadas na Classe B de Child-Pugh serão consideradas como hepatopatia grave quando houver presença de ascite e/ou encefalopatia de forma recidivante.

As hepatopatias classificadas na Classe C de Child-Pugh serão enquadradas como hepatopatia grave.

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

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

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

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

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

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

B2) Contaminação por Radiação

Conceito

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

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

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

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

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

Quadros clínicos que cursam com a síndrome aguda da radiação:

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

1. Hematopoiético: caracteriza-se por alterações hematológicas (leucopenia, trombocitopenia, reticulocitopenia) provenientes de exposição à radiação ionizante das células tronco e precursoras da medula óssea. O quadro surge ao ser alcançado o limiar de dose de 0,8 a 1,0 Gy, considerando-se uma distribuição uniforme e homogênea de dose;
2. Gastrointestinal: caracteriza-se por alterações da mucosa gastrointestinal, decorrentes de exposição de corpo inteiro à radiação ionizante, levando à síndrome disabsortiva, perda hidroeletrólítica e sanguínea. As lesões da mucosa ocorrem, em geral, a partir do limiar de 7,0 Gy; e
3. Neurovascular: caracteriza-se por manifestações neurológicas e vasculares que conduzem, inevitavelmente, à morte. Ocorre com doses extremamente altas de radiação, superiores a 20 Gy.

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

Quadros clínicos e classificação da síndrome cutânea da radiação

A síndrome cutânea da radiação pode ser classificada em:

1. Grau I ou leve (exposição de 8,0 Gy a 10,0 Gy): evolui com pele seca e pigmentação;
2. Grau II ou moderada (exposição > 12,0 Gy a 30,0 Gy): evolui com atrofia de pele, podendo se estender ao subcutâneo e músculos, e com úlcera tardia;
3. Grau III ou grave (exposição de 30,0 Gy a 50,0 Gy): evolui com cicatrizes, fibrose, alterações escleróticas, degenerativas e necrose;

4. Grau IV ou muito grave (exposição acima de 50,0 Gy): evolui com deformidade e recidiva de úlceras, podendo necessitar de ablação ou amputação.

Diagnóstico

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

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

Critérios de Enquadramento

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

Ficam abrangidos pelo enquadramento legal os servidores que apresentarem:

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

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

B3) Fibrose Cística

Conceito

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

Não existem estudos epidemiológicos ou triagem neonatal abrangente que permitam estimar a incidência de Fibrose Cística nas diversas regiões do Brasil. Há estimativas de que 10% do total anual de afetados são diagnosticados, o que confere uma impressão errônea de baixa incidência na população brasileira.

É uma doença rara que afeta ambos os sexos igualmente.

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

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

Os pulmões são normais no nascimento, mas a partir daí, os distúrbios respiratórios podem ocorrer a qualquer momento. As secreções brônquicas espessas obstruem as pequenas vias aéreas, produzindo inflamação. À medida que a doença evolui, as paredes brônquicas tornam-se espessas, as vias aéreas

enchem-se de secreções infectadas, áreas do pulmão contraem (atelectasia) e os linfonodos aumentam de tamanho. Todas essas alterações reduzem a capacidade dos pulmões de transferir oxigênio para o sangue.

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

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

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

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

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

Considerações

Os achados clínicos na fibrose cística compreendem:

Sinais e sintomas: A fibrose cística deve ser suspeitada em um adulto jovem com uma história de doença pulmonar crônica (especialmente bronquiectasia), pancreatite ou infertilidade. Tosse com produção de escarro, diminuição da tolerância ao exercício e hemoptise recorrente são queixas típicas. Os pacientes também queixam, com frequência, de dor nos seios da face e secreção nasal purulenta. Esteatorréia, diarreia e dor abdominal também são comuns. Nos recém-nascidos, a fibrose cística pode provocar obstrução ileomeconial.

Achados laboratoriais: O estudo dos gases arteriais frequentemente revela hipoxemia e, em casos avançados, acidose respiratória crônica compensada. Os estudos de função pulmonar mostram um padrão misto restritivo e obstrutivo. Há uma redução da capacidade vital forçada, da velocidade de fluxo aéreo e da capacidade pulmonar total. A retenção de ar (elevada taxa de volume residual em relação à capacidade pulmonar total) e a redução na capacidade de difusão pulmonar são comuns.

Estudos por imagem: A hiperinsuflação é vista no início do processo da doença. Constrição peribrônquica, tampão mucoso, bronquiectasia (anéis e cistos), aumento das estrias intersticiais, opacidades periféricas pequenas arredondadas e atelectasias focais podem ser vistas separadamente ou em várias combinações. Pneumotórax também pode estar presente. A tomografia computadorizada (TC) em secções finas pode confirmar a presença de bronquiectasia.

Diagnóstico

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

Se o teste for repetidamente negativo, mas ainda assim houver uma elevada suspeita clínica da doença, deve ser realizada a tipagem do genótipo ou outros testes alternativos (medida da diferença do potencial de membrana nasal, análise do sêmen ou avaliação da função pancreática). A tipagem do genótipo identifica apenas os tipos mais frequentes da doença, porque as mutações do gene são muitas e os kits são padronizados. Mesmo assim, esse teste cobre aproximadamente 80% dos casos.

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

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

Sinais de exacerbação da doença pulmonar

- Aumento da tosse;
- Aumento da produção de catarro;

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

Prognóstico

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

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

Critérios de enquadramento pericial:

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

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

Capítulo VII

Outras Disposições

Licenças por Motivo de Saúde - Situações Especiais

A chefia imediata do servidor licenciado para tratamento de saúde não permitirá que ele reassuma o exercício de seu cargo, função ou emprego, ou entre em gozo de férias ou licença-prêmio, antes de ficar confirmada, por meio de avaliação pericial, a cessação da incapacidade para o trabalho, conforme informação contida no Laudo Pericial.

Quando julgar necessário, a perícia poderá determinar reavaliação antes da data prevista para o retorno ao trabalho.

O servidor que necessitar de tratamento de saúde durante o período de férias, não terá suas férias interrompidas. Após o término, deverá comparecer à unidade de atenção à saúde do servidor para avaliação da capacidade laborativa (art. 80 da Lei nº 8.112, de 1990).

O servidor que entrar de licença por motivo de saúde até o dia anterior ao início de suas férias terá suas férias suspensas enquanto durar o afastamento, e remar cadas.

A solicitação de avaliação pericial para as licenças por motivo de saúde (arts. 83, 203, 204, 207 e 211 da Lei nº 8.112, de 1990) podem ser solicitadas diretamente à Unidade SIASS. As demais avaliações periciais com fins de remoção, isenção de imposto de renda, revisão de aposentadoria e outras deverão ser dirigidas à área de Recursos Humanos do órgão de lotação do servidor.

Recepção administrativa nos casos de impossibilidade de realização de perícia oficial

Nos casos em que se esgotam as possibilidades de encaminhamento de servidor ou seus dependentes para a perícia oficial em saúde, a exemplo dos servidores lotados/em exercício em órgãos federais distantes dos grandes centros urbanos, a Lei nº 8.112, de 1990, em seus artigos 230 e 203, dispõe:

“Art. 230. A assistência à saúde do servidor, ativo ou inativo, e de sua família compreende assistência médica, hospitalar, odontológica, psicológica e farmacêutica, terá como diretriz básica o implemento de ações preventivas voltadas para a promoção da saúde e será prestada pelo Sistema Único de Saúde – SUS, diretamente pelo órgão ou entidade ao qual estiver vinculado o servidor, ou mediante convênio ou contrato, ou ainda na forma de auxílio, mediante ressarcimento parcial do valor despendido pelo servidor, ativo ou inativo, e seus dependentes ou pensionistas com planos ou seguros privados de assistência à saúde, na forma estabelecida em regulamento.

§ 1º Nas hipóteses previstas nesta Lei em que seja exigida perícia, avaliação ou inspeção médica, na ausência de médico ou junta médica oficial, para a sua realização o órgão ou entidade celebrará, preferencialmente, convênio com unidades de atendimento do sistema público de saúde, entidades sem fins lucrativos declaradas de utilidade pública, ou com o Instituto Nacional do Seguro Social - INSS.

§ 2º Na impossibilidade, devidamente justificada, da aplicação do disposto no parágrafo anterior, o órgão ou entidade promoverá a contratação da prestação de serviços por pessoa jurídica, que constituirá junta médica especificamente para esses fins, indicando os nomes e especialidades dos seus integrantes, com a comprovação de suas habilitações e de que não estejam respondendo a processo disciplinar junto à entidade fiscalizadora da profissão.

Art. 203. A licença de que trata o art. 202 desta Lei será concedida com base em perícia oficial.

§ 2º Inexistindo médico no órgão ou entidade no local onde se encontra ou tenha exercício em caráter permanente o servidor, e não se configurando as hipóteses previstas nos parágrafos do art. 230, será aceito atestado passado por médico particular.

§ 3º No caso do § 2º deste artigo, o atestado somente produzirá efeitos depois de recepcionado pela unidade de recursos humanos do órgão ou entidade.”

Assim, quanto à recepção administrativa de atestado médico ou odontológico, o órgão deverá esgotar todas as alternativas previstas no art. 230 da Lei nº 8.112, de 1990, antes de aplicar o art. 203 da mesma Lei.

Perícia em Trânsito: Servidor, Familiar ou Dependente que Necessita de Avaliação Pericial Fora do Local de Lotação ou Exercício

O servidor em trânsito, que necessitar de avaliação pericial, para a concessão de licença deverá solicitar à área de gestão de pessoas de seu órgão de lotação ou de exercício, que indicará à Unidade SIASS ou serviço de saúde mais adequado a realização da perícia, a qual formalizará o pedido de atendimento.

Essa avaliação será realizada por perícia singular ou junta, dependendo do pleito e do período de afastamento, cujo resultado será encaminhado ao local de lotação ou exercício do servidor, obedecendo às demais disposições das normas aplicadas à perícia oficial em saúde, respeitando o tipo de licença e o vínculo empregatício. Por haver exigência legal e ética, os documentos de exame de perícia médica e odontológica tramitarão em envelope lacrado, por seu caráter sigiloso.

Avaliação Pericial por Solicitação de Autoridade Superior

O servidor que apresentar indícios de lesão orgânica ou funcional será submetido à inspeção médica, nos termos do art. 206, da Lei nº 8.112, de 1990. A notificação do indício de lesão será encaminhada pela respectiva chefia imediata ao titular da unidade de recursos humanos, que deverá adotar as providências para viabilizar a avaliação pericial.

O requerimento, devidamente justificado e dado ciência ao servidor, tramitará sob sigilo, cabendo ao titular da unidade de recursos humanos proceder à convocação do servidor, fixando-lhe data e hora de apresentação à Unidade SIASS ou serviço de saúde do órgão.

Será punido com suspensão de até 15 (quinze) dias o servidor que, injustificadamente, recusar-se a ser submetido à inspeção médica determinada 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, § 1º, da Lei nº 8.112, de 1990).

Ressalta-se que a aplicação das penalidades compete às autoridades citadas no art. 141 da Lei nº 8.112, de 1990.

Interdição e Curatela

Constatada a alienação mental de servidor por meio de laudo pericial oficial e, nessa condição, sua incapacidade para os atos da vida civil, a área de recursos humanos deverá prosseguir com o processo de concessão de aposentadoria por invalidez, independentemente de apresentação do termo de curatela. Também não será exigida a apresentação do termo de curatela para a concessão de pensão ao pensionista acometido de alienação mental.

Adicionalmente, a área de recursos humanos deverá comunicar os parentes próximos ou o Ministério Público sobre a possibilidade legal da interdição com a nomeação de curador, conforme previsto no Código Civil Brasileiro." (NR)

Anexos