



ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DO PLANEJAMENTO E GESTÃO
COORDENADORIA DE PERÍCIA MÉDICA

MANUAL DE PERÍCIA MÉDICA

FORTALEZA
2018

Secretário do Planejamento e Gestão

Francisco de Queiroz Maia Júnior

Secretário Adjunto

Antônio Sérgio Montenegro Cavalcante

Secretário Executivo

Júlio Cavalcante

Coordenador da Perícia Médica

Francisco de Assis Barreto Dias de Carvalho

Equipe de elaboração

Ana Paula Sousa Gomes

Carla Valéria Nogueira

Francisco de Assis Barreto Dias de Carvalho

Colaboração

Verônica Durand Costa Ribeiro

Ramiro Lopes Pereira

Alessandra Caland Noronha

Germana Benevides Falcão

Arão Zvi Pliacekos

Diagramação

Amilton Júnior

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO

2. PERÍCIA MÉDICA OFICIAL

- 2.1 Relação do Perito Oficial em Saúde com o Servidor ou seu Dependente Legal
- 2.2 Relação do Perito Oficial em Saúde com o Profissional de Saúde Assistente
- 2.3 Relação do Perito Oficial em Saúde com a Equipe Multiprofissional de Suporte à Perícia

3. TIPOS DE PERÍCIA

- 3.1 Perícia na Copem
- 3.3 Perícia domiciliar
- 3.4 Perícia documental
- 3.5 Perícia psicossocial

4. ESPECIFICAÇÕES DE PERÍCIA

- 4.1 Exame pericial para admissão
- 4.2 Licença para Tratamento de Saúde
- 4.3 Licença por motivo de doença em pessoa da família
- 4.4 Licença Decorrente de Acidente de Trabalho ou doença profissional
- 4.5 Readaptação de função
- 4.6 Remoção
- 4.7 Redução de carga horária
- 4.8 Aposentadoria ou reforma por invalidez
- 4.9 Reversão de aposentadoria ou reforma por invalidez
- 4.10 Promoções de oficiais e praças
- 4.11 Isenção de imposto de renda
- 4.12 Comprovação de invalidez em dependente maior

5. DOENÇAS ESPECIFICADAS EM LEI

- 5.1 Alienação Mental
- 5.2 Cardiopatia Grave
- 5.3 Cegueira após ingresso no serviço público
- 5.4 Doença de Parkinson
- 5.5 Espondiloartrose anquilosante
- 5.6 Doença de PAGET
- 5.7 Hanseníase
- 5.8 Nefropatia Grave

5.9 Neoplasia Maligna

5.10 Paralisia Irreversível e incapacitante

5.11 Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

5.12 Tuberculose Ativa

5.13 Hepatite Grave

5.14 Contaminação por radiação

5.15 Epilepsia vera

5.16 Aneurisma cerebral, mal formações arteriovenosas de grande volume e angioma arteriovenoso cerebral

5.17 Esclerose múltipla

5.18 Mucoviscidose (fibrose cística)

REFERÊNCIAS

APÊNDICES

Apêndice 1: Formulário de antecedentes patológicos

ANEXOS

Instrução Normativa/PGE N°02/2016

1. INTRODUÇÃO

A Coordenadoria de Perícia Médica (COPEM) integra a estrutura organizacional da Secretaria do Planejamento e Gestão do Estado do Ceará (SEPLAG). Esta, foi criada a partir da Lei Nº13.875, de 07 de fevereiro de 2007, a qual dispõe sobre a reformulação do atual modelo de gestão do Poder Executivo Estadual, e instituída pela Lei Nº14.082, de 16 de janeiro de 2008, que unifica as perícias civil e militar do Estado do Ceará.

Dessa forma, compete a COPEM realizar atividades periciais na área médica, psicológica e de assistência social, inerentes as Sistema Único de Previdência Social dos Servidores Civis e Militares, dos Agentes Públicos e dos Membros do Poder do Estado do Ceará (SUPSEC), Regime Próprio de Previdência Social de que trata a Lei Complementar nº12, de 23 de junho de 1999. Portanto, tem como missão, realizar perícia administrativa e previdenciária dos servidores e militares estaduais, tanto da capital como do interior, para fins de concessão de benefícios, de forma legal, justa e imparcial.

Atualmente, a COPEM é responsável pelas avaliações periciais a fim de admissão em cargo público, concessão de licença para tratamento de saúde, licença por motivo de doença em pessoa da família, licença decorrente de acidente de trabalho e doença profissional, readaptação de função, remoção, redução de carga horária, aposentadoria e reforma por invalidez, reversão de aposentadoria, isenção de imposto de renda, promoção e cursos de militares, desligamento do serviço ativo, e outros definidos em lei.

Neste sentido, este manual tem o objetivo de auxiliar o servidor ou militar, alvo dos benefícios prestados por esta Coordenadoria, bem como o servidor ou militar responsável por gestão de pessoas ou áreas afins da administração pública estadual, na obtenção de informações sobre os serviços de Perícia Médica e no acesso a estes serviços. Além disso, aos médicos peritos e funcionários da COPEM. Aqui, se encontram apresentadas algumas informações sobre os procedimentos administrativos utilizados na COPEM para concessão desses direitos.

2. PERÍCIA MÉDICA OFICIAL

- ◆ **CONCEITO:** 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 junta médicas pertencentes a Coordenadoria de Perícia Médica ou por ela convocado conforme Decreto nº 30550 de 24/05/2011.

A perícia oficial em saúde compreende duas modalidades:

Junta Médica: perícia oficial em saúde realizada por grupo de dois ou três médicos.

Perícia Médica Singular: perícia médica realizada por apenas um médico.

Por razões éticas, a participação do profissional médico 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.

◆ PRINCÍPIOS

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 ou militar 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 sociofamiliares, 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 norma 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 administração pública, 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. Não pode haver suspeição no ato pericial, sendo 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: ☐

A) For parte interessada; ☐

B) Tenha tido participação como mandatário da parte, ou sido designado como assistente técnico de órgão do Ministério Público, ou tenha prestado depoimento como testemunha; ☐

C) For cônjuge ou parente da parte interessada (consanguíneo ou afim, em linha reta ou colateral, até o segundo grau); ☐

D) 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

No princípio da integralidade deve-se considerar a avaliação do indivíduo como um todo, respeitando seus aspectos biopsicossociais, não se restringindo à doença, agravo ou transtorno. Integração Para que haja a integração na perícia oficial em saúde é necessário que se estimule corresponsabilidades, reunindo saberes e práticas, devendo respeitar as autonomias, experiências e culturas, 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

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.

2.1 RELAÇÃO DO PERITO OFICIAL EM SAÚDE COM O SERVIDOR OU 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)

2.2 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.

2.3 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 agravo que acometa o periciado.

3. TIPOS DE PERÍCIA

3.1 PERÍCIA NA COPEM

- ◆ **CONCEITO:** a perícia na Copem é a perícia presencial realizada nas dependências da Coordenadoria de Perícia Médica, por meio de agendamento prévio.

3.1.1 AGENDAMENTO: o agendamento pode ser feito pelo servidor ou militar, pela setorial ou pela própria Copem, dependendo da especificação de perícia.

3.1.2 AGENDAMENTO PELO SERVIDOR OU MILITAR:

A) SOLICITAÇÃO DE AGENDAMENTO PELO SERVIDOR OU MILITAR

Passo a passo

Acessar GUARDIÃO → SERVIDOR ONLINE

Selecionar opção AGENDAMENTO DE PERÍCIA MÉDICA

Adicionar solicitação de perícia, clicando em NOVO

Selecionar ESPECIFICAÇÃO DE PERÍCIA

Selecionar DATA e HORÁRIO disponível para agendamento

Se necessário, informar DATA DE AFASTAMENTO DO TRABALHO

Finalizar solicitação

Aguardar e-mail de confirmação do agendamento

Aviso importante: Para o servidor ou militar receber a confirmação de agendamento é necessário que os dados cadastrados no Sistema de Gestão de Pessoas (SGP) estejam atualizados.

B) AUTORIZAÇÃO DE AGENDAMENTO DO SERVIDOR OU MILITAR PELA SETORIAL

Passo a passo

Acessar GUARDIÃO → SPM

Selecionar AGENDAMENTO → INDIVIDUAL na barra de tarefas

Identificar solicitação de servidor que aguarda aprovação

Em AÇÕES, clicar em EDITAR e/ou AUTORIZAR solicitação do servidor

Servidor receberá e-mail com a confirmação do agendamento

NOTA: O agendamento feito pelo servidor ou militar é por meio do SERVIDOR ONLINE (item 2.1.2)

3.1.3 AGENDAMENTO PELA SETORIAL

Dependendo da especificação de perícia, o agendamento pela setorial pode ser individual ou em lote.

A) INDIVIDUAL: agendamento comum, individualizado, que não ultrapasse o número de cinco servidores. Ao final da solicitação, o agendamento está concluído.

Passo a passo

Acessar GUARDIÃO → SPM

Selecionar opção INDIVIDUAL na barra de tarefas

Adicionar solicitação de perícia

Informar CPF do servidor ou militar

Selecionar especificação de perícia

Se necessário, informar DATA DE AFASTAMENTO DO TRABALHO

Se necessário, selecionar documento cadastrado no item 2.1

Selecionar DATA e HORÁRIO disponível para agendamento

Finalizar agendamento (não requer autorização da Copem)

B) EM LOTE: mais de 5 servidores agendados para uma mesma especificação de perícia. Podem ser feitos exclusivamente nos casos de admissão, promoção e curso. A setorial deve aguardar retorno da Copem com definição de data e hora.

Passo a passo

Acessar GUARDIÃO → SPM

Selecionar opção EM LOTE na barra de tarefas

Adicionar solicitação de agendamento em lote

Selecionar especificação de perícia

Selecionar documento cadastrado (explicação no item 2.1)

Se admissão, selecionar cargo

Adicionar CPFs (um por linha e sem pontuação)

Aguardar e-mail de confirmação de agendamento

ALGUNS PASSOS IMPORTANTES PARA O AGENDAMENTO PELA SETORIAL:

I - CADASTRO DE DOCUMENTOS PELA SETORIAL (Curso, Promoção, Admissão)

O agendamento para as especificações de perícia Curso, Promoção ou Admissão, na modalidade individual ou em lote, só pode ser realizado após o cadastro do documento específico que direciona a avaliação pericial do

médico.

Passo a passo

Acessar GUARDIÃO → SPM

Selecionar opção DOCUMENTO na barra de tarefas

Adicionar documento

Inserir descrição

Selecionar tipo de documento

Anexar documento em PDF

Salvar cadastro

II - CADASTRO DE NÃO SERVIDOR

Em caso de ADMISSÃO aos órgãos dos poderes legislativo e judiciário, o periciado deve ser cadastrado no SPM (Sistema de Perícia Médica) pelo funcionário do órgão/entidade demandante como NÃO SERVIDOR para que seja agendada sua perícia.

Passo a passo

Acessar GUARDIÃO → SPM

Selecionar a opção NÃO SERVIDOR na barra de tarefas

Adicionar não servidores

Preencher as informações solicitadas

Salvar cadastro

IMPORTANTE:

Após finalizar solicitação EM LOTE, a Copem receberá a demanda e realizará o agendamento dos CPFs cadastrados. Em seguida, a Setorial receberá e-mail com as informações de data e hora dos agendamentos, sendo de sua responsabilidade comunicar os periciados sobre sua perícia;

Em caso de admissão do Poder Executivo, é de responsabilidade do órgão/entidade demandante realizar o cadastro do(s) candidato(s) no SGP.

3.1.4 AGENDAMENTO PELA COPEM

A Copem apenas realizará agendamentos para especificações de perícias em que a setorial ou o servidor ou militar NÃO tenham permissão para agendar. Nesses casos, o interessado deverá entrar em contato pela Central de Agendamento da Copem (85) 3101.2034/ 2042 e agendar diretamente sua perícia.

PERMISSÕES DE AGENDAMENTO – QUADRO RESUMO

Especificação de perícia	Servidor	Setorial	Copem
Admissão		X *	
Aposentadoria/reforma por invalidez			X
Curso		X*	
Licença para tratamento de saúde	X	X	
Ortopédica			X
Otorrinolaringológica			X
Perícia Especial			X
Promoção de militar		X*	
Psiquiátrica			X
Readaptação de função	X	X	
Remoção			X
Redução de carga horária			X
Isenção de imposto de renda			X
Comprovação de invalidez em dependente maior			X
Revisão de aposentadoria			X
Revisão de pensão			X
Suspensão de licença para tratamento de saúde	X	X	
Suspensão de readaptação de função	X	X	

* Agendamentos que podem ser feitos em lote.

3.1.5 ATENDIMENTO PERICIAL

O periciado deverá comparecer à Copem no dia e horário agendado, portando documento de identificação válido em todo território nacional, atestado médico (original ou cópia autenticada); exames complementares que subsidiem o atestado médico (se houver); bem como outros documentos exigidos de acordo com a especificação de perícia.

3.1.6 RESULTADO DE PERÍCIA

O Resultado de Perícia será impresso e entregue logo após o atendimento pericial no setor Resultado de Perícia, caso a perícia esteja concluída. Em caso de pendência, o resultado ficará disponível no SPM tão logo seja resolvida, podendo ser acessada pelo setor de Recursos Humanos de setorial.

3.2 PERÍCIA ITINERANTE

◆ **CONCEITO:** é a perícia destinada aos servidores e militares do interior do Estado realizada nas cidades de Quixadá, Sobral e Juazeiro do Norte. Periodicamente, uma equipe de peritos da Copem se deslocam para o interior com o objetivo de periciar servidores, militares e dependentes para concessão de:

- licença para tratamento de saúde
- licença por motivo de doença em pessoa da família
- readaptação de função
- suspensão de licença para tratamento de saúde
- suspensão de readaptação
- aposentadoria
- desligamento do serviço ativo
- remoção
- redução de carga horária
- Comprovação de invalidez de dependente maior
- Isenção de imposto de renda

3.2.1 SOLICITAÇÃO: nos casos de remoção, redução de carga horária, comprovação de invalidez de dependente maior e isenção de imposto de renda, a solicitação será feita pelo próprio interessado, por meio da Central de Agendamento da Copem (85) 3101.2042 / 2034. Nos demais casos, a Copem realiza uma triagem das solicitações de perícia documental e seleciona uma quantidade compatível com o número de vagas destinadas para perícia itinerante num determinado período.

3.2.2 AGENDAMENTO: após definição da data da Perícia Itinerante, a Copem fica responsável por agendar no SPM todas as pessoas que serão periciadas e entrar em contato com as mesmas, diretamente ou via setorial, para divulgação da data, hora e local de realização da perícia. No caso das perícias domiciliares/hospitalares, os periciados serão informados da data em que receberão a visita.

3.2.3 ATENDIMENTO PERICIAL

O atendimento presencial acontecerá em um dos órgãos estaduais da cidade

pólo, parceiros da Copem, por ordem de chegada, respeitando as devidas prioridades. Todos os periciados serão avaliados por médicos e, a depender da necessidade, também serão avaliados por psicólogo. Nos casos de atendimento presencial domiciliar/hospitalar, o periciado receberá a visita de um médico ou assistente social, dependendo da especificação de perícia.

3.2.4 RESULTADO DE PERÍCIA

O resultado da perícia ficará disponível no sistema imediatamente após a realização da mesma, ou da resolução da situação pendente, podendo ser acessado pelos responsáveis pelo SPM em cada setorial.

3.3 PERÍCIA DOMICILIAR

- ◆ **CONCEITO:** trata-se da perícia realizada por médico perito ou por assistente social (este último apenas nos casos de licença por motivo de doença em pessoa da família) na própria residência ou instituição de saúde onde o periciado (servidor, militar ou familiar) recebe tratamento, respeitando suas as limitações. Para qualquer especificação de perícia poderá ser solicitada uma perícia domiciliar, desde que o periciado esteja impossibilitado de comparecer à Copem ou aos locais de realização da perícia itinerante.

3.3.1 SOLICITAÇÃO

A) PERÍCIA DOMICILIAR NA CAPITAL

Se o domicílio ou hospital em que se dará a visita do profissional da Copem localizar-se em Fortaleza ou região metropolitana, a solicitação é feita pelo próprio servidor, militar ou pessoa de sua confiança, que se dirigirá à recepção da Copem portando os documentos necessários, de acordo com a especificação de perícia.

Na recepção da Copem, será preenchido um formulário no SPM com os dados concernentes ao estado de saúde geral do periciado, além de outras informações sobre endereço atual onde deve ser realizada a visita, bem como os horários previstos de ausência do periciado e/ou servidor, militar acompanhante do endereço anunciado.

B) PERÍCIA DOMICILIAR NO INTERIOR

A perícia domiciliar realizada no interior do estado obedecerá ao fluxo de Perícia Itinerante, detalhado no item 2.2.

3.3.2 AUTORIZAÇÃO

Os dados fornecidos pelo servidor/ militar, bem como a documentação médica apresentada, serão analisados pelo coordenador da Copem num prazo de cinco dias, para que seja verificada a necessidade de deslocamento de

profissional perito para realização de perícia in loco.

Após a autorização, a solicitação de perícia entra na fila de domicílios e obedecerá a ordem de entrada em combinação com a divisão das rotas por bairros (otimização do tempo e combustível).

No caso de licença por motivo de doença em pessoa da família, não há necessidade de autorização do coordenador.

IMPORTANTE: As perícias domiciliares ocorridas em Fortaleza e região metropolitana não são agendadas. Por esse motivo, é importante que o periciado ou familiar que aguarda a vista do perito, entre em contato com a Copem para informar de ausências não previstas durante a solicitação de perícia, detalhando dias e horários. Dessa forma, evita-se que o perito vá até o local desnecessariamente.

3.3.3 ATENDIMENTO PERICIAL

Nos casos de perícia domiciliar para concessão de licença por motivo de doença em pessoa da família, o servidor ou militar receberá a visita de um assistente social num prazo de 15 dias úteis a partir da data de solicitação. Com base na observação da dinâmica familiar e avaliação da necessidade de acompanhamento integral, o assistente social emitirá parecer social que subsidiará a elaboração do laudo pericial pelo médico.

Nas demais especificações de perícia, o médico perito realizará a visita também no prazo de 15 dias e, com base na observação e documentação apresentada, concluirá a perícia.

3.3.4 RESULTADO DE PERÍCIA

O resultado da perícia domiciliar ficará disponível no sistema num prazo de três dias úteis após a realização da mesma, ou da resolução da situação pendente, podendo ser acessado pelos responsáveis pelo SPM em cada setorial ou adquirido em via impressa no setor de RESULTADO DE PERÍCIA da Copem.

3.4 PERÍCIA DOCUMENTAL

- ◆ **CONCEITO:** é a perícia realizada pelo médico perito por meio da análise de documentos do periciado, sem necessidade da presença deste. Por esse motivo, ela é exclusiva para os servidores e militares que moram no interior do Estado, que não precisam se deslocar enfermos até a capital.

A avaliação documental é permitida para as especificações de perícia abaixo:

- Licença para tratamento de saúde

- Licença por motivo de doença em pessoa da família
- Suspensão de licença para tratamento de saúde
- Promoção
- Curso

IMPORTANTE:

Após seis meses de prorrogação de licença, ou a qualquer momento em que o médico perito considerar necessário, o servidor ou militar será convocado a comparecer à capital, e a Perícia Documental será substituída por Perícia na Copem.

3.4.1 SOLICITAÇÃO DE PERÍCIA DOCUMENTAL

A) Servidor ou militar dirige-se ao seu Órgão/Entidade de lotação e solicita perícia documental, portando os seguintes documentos:

- atestado médico original ou cópia autenticada;
- documento de identidade com CPF.

B) Funcionário do Órgão/Entidade deverá:

I) Conferir a documentação, observando se o atestado foi emitido no nome do periciado e se o atestado possui a identificação legível do médico com o respectivo CRM e assinatura.

NOTA: se as informações de identidade e/ou o atestado médico não estiverem conformes, não solicitar perícia documental e orientá-lo como proceder para resolver a situação.

II) Abrir processo no ViProc e instruir processo com documentação necessária: atestado médico original ou cópia autenticada, documento de identidade com CPF, exames complementares, se houver.

NOTA: Se o órgão não fizer uso de ViProc, passa para a etapa seguinte.

III) Abrir solicitação de perícia no sistema, inserir CPF do servidor ou militar e cadastrar/preencher:

Passo a passo:

Acessar GUARDIÃO → SPM

Selecionar opção AGENDAMENTO → PERÍCIA DOCUMENTAL

Selecionar a opção NOVO

Escolher a Especificação de Perícia

Inserir Número do processo no ViProc (se houver)

Inserir Data de início do afastamento do trabalho

IV) Anexar documentos.

V) Finalizar solicitação de perícia no sistema e informar ao servidor ou militar que sua solicitação será enviada para sede da Copem.

VI) Tramitar processo no ViProc para setor de PROTOCOLO da Seplag (Coordenadoria de Perícia Médica).

NOTA1: Nos casos de órgãos que não possuem Vipro, enviar documentação por correio, malote ou por terceiros.

NOTA2: Confirmar com o servidor ou militar se endereço e contato telefônico cadastrado no sistema está correto, caso não esteja, e o servidor/ militar apresentar um comprovante de endereço, atualizar o cadastro no SGP.

3.4.2 RESULTADO DE PERÍCIA

O resultado da perícia documental ficará disponível no sistema num prazo de 10 dias úteis após a realização desta, podendo ser acessado pelos responsáveis pelo SPM no órgão/entidade de cada município.

3.5 PERÍCIA PSICOSSOCIAL

- ◆ **CONCEITO:** é a perícia realizada por psicólogo ou assistente social da Perícia Médica a fim de auxiliar na decisão pericial. Quando o médico perito considerar necessário, poderá assinalar pendência durante o atendimento e solicitar uma avaliação social ou psicológica para subsidiar a conclusão do laudo pericial de qualquer especificação de perícia.

3.5.1 SOLICITAÇÃO

A solicitação sempre será feita pelo médico perito, no próprio sistema SPM, e aparecerá na lista de solicitação de avaliação psicossocial do psicólogo ou assistente social.

3.5.2 AGENDAMENTO

O periciado deve aguardar o contato telefônico do psicólogo ou do assistente social para agendamento.

3.5.3 ATENDIMENTO

O atendimento poderá ser feito na Copem e/ou em visita domiciliar, dependendo da conveniência do perito.

3.5.4 RESULTADO DE PERÍCIA

Após atendimento, o psicólogo ou assistente social elaborará o parecer/laudo psicológico ou social, que ficará disponível no sistema para que o médico perito conclua a perícia, finalizando a pendência, sem necessidade de novo atendimento.

4. ESPECIFICAÇÕES DE PERÍCIA

4.1 EXAME PERICIAL PARA ADMISSÃO

- ◆ **CONCEITO:** é o exame médico pericial realizado para investidura em cargo público no Governo do Estado do Ceará.
- ◆ **PÚBLICO ALVO:** cidadãos, que não são servidores civis ou militares estaduais, aprovados em concurso público.

- ◆ **FUNDAMENTAÇÃO LEGAL:**

Servidores civis: inciso VI do Art. 20 da Lei 9826/74 (atualizada em 2011).

Militares: inciso XIII, alínea b do Art. 10 da Lei 13729/06.

Policiais civis: inciso IV do Art. 11 da Lei 12.124/ 93.

- ◆ **DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA REALIZAÇÃO DA PERÍCIA:** formulário de antecedentes clínico-cirúrgicos disponível na COPEM (apêndice 1); documento de identificação oficial; exames solicitados em edital do concurso. *Para os candidatos com deficiência:* 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.

- ◆ **AValiação PERICIAL:** sempre será determinado por médico perito, baseando-se:

1. Em exames clínicos e laudos/ relatórios solicitados pelo edital do concurso. 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 ocupará. 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.

2. Em formulário de antecedentes clínico-cirúrgicos;

3. Em relatório psicossocial elaborado por profissionais da Coordenadoria

de Perícia Médica, nos casos específicos;

4. Nos manuais de Procedimentos Médico Periciais;

5. No seu conhecimento e experiência sobre as repercussões físicas e psicológicas das diversas enfermidades.

Diante do exame para admissão ao serviço público estadual, o médico perito poderá:

1. Considerar o candidato apto para ingressar no serviço público com capacidade física e mental para exercer a função na qual investirá;

2. Considerar inapto para ingressar no serviço público com impedimento físico e/ou mental de exercer a função na qual investirá.

- ◆ **AVALIAÇÃO DE DEFICIÊNCIA:** Os candidatos aprovados por concurso público na condição de deficientes, conforme Decretos nº 3.298, de 1999 e nº 5.296, de 2004 e súmula 377 do Supremo Tribunal Federal de Justiça, serão avaliados pela 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.

A caracterização ou constatação da deficiência, por se tratar de um ato médico, será atribuição exclusiva de perito oficial. Caso o perito tenha dúvidas quanto a inclusão ou não do candidato com deficiência, poderá solicitar a realização de uma junta médica composta por 2 ou mais médicos.

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; Conforme Súmula nº 377 - 22/04/2009 - DJe 05/05/2009 do Superior Tribunal de Justiça, o portador de visão monocular tem direito de concorrer, em concurso público, às vagas reservadas aos deficientes. De acordo com a OMS (Organização Mundial de Saúde), a visão monocular é caracterizada quando o paciente com a menor correção tiver visão igual ou inferior a 20/200, neste caso é utilizado o termo “cegueira legal”. A CID 10 (classificação Internacional de Doenças) neste caso é H54-4. Assim, o deficiente que possui visão monocular tem visão bastante reduzida de um olho, o que já configura de plano a perda tanto da estrutura, quanto da função fisiológica e anatômica.

O Conselho Brasileiro de Oftalmologia define a visão monocular como a presença de visão normal em um olho e cegueira no olho contralateral - acuidade visual inferior a 20/400 com a melhor correção visual.

A visão monocular limita muito a sensação tridimensional. Outros fatores também são importantes: paralaxe, noção de tamanho relativo e tons de sombreamento da imagem vista. A ausência de estereopsia (visão binocular) limita o ser humano em várias atividades consideradas normais, tais como: práticas esportivas, profissionais e de lazer, inclusive impede de assistir a imagens que utilizam a tecnologia 3D (3ª dimensão), que usam estruturas com dois projetores, um para reproduzir a imagem para o olho esquerdo e o outro, para o olho direito.

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.

4.2 LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE

◆ **CONCEITO:** é a licença para o servidor civil ou militar que realizará tratamento de saúde, por motivo de doença comprovada, quando a enfermidade incapacitar momentaneamente de exercer suas atividades funcionais, por período superior a 72 horas.

◆ **PÚBLICO ALVO:** servidores civis e militares do Estado do Ceará.

◆ **FUNDAMENTAÇÃO LEGAL:**

Servidores civis: inciso I do Art. 80 e Art. 88 da Lei 9826/74 (atualizada em 2011).

Militares: §1º, inciso V do Art. 62 da Lei 13729/06.

Policiais civis: inciso I do Art. 62 e Art. 63 da Lei 12.124/ 93.

Promotores e procuradores de justiça do Ministério Público: inciso I do Art. 195 e parágrafo único do Art. 196, da Lei Complementar nº 72/08.

◆ **DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA REALIZAÇÃO DA PERÍCIA:** atestado médico original; documento de identificação oficial, exames complementares relacionados a doença que motiva o afastamento; comprovante de endereço para o caso de perícia domiciliar.

◆ **AVALIAÇÃO PERICIAL:** sempre será determinado pelo médico perito, baseando-se:

1. Em exames clínicos e laudos/ relatórios do médico assistente e, quando necessário, outros profissionais da área de saúde (psicólogos, fonoaudiólogos, assistentes sociais, etc.);
2. Em relatório psicossocial elaborado por profissionais da Coordenadoria de Perícia Médica, nos casos específicos;
3. Nos manuais de Procedimentos Médico Periciais;
4. No seu conhecimento e experiência sobre as repercussões físicas e psicológicas das diversas enfermidades.

Diante de uma solicitação de licença, o médico perito poderá:

1. Conceder a licença ou a prorrogação desta. O tempo de duração de uma licença não excederá 60 dias por avaliação pericial. Será considerado como prorrogação, a licença concedida até 60 dias do término da licença anterior, quando se tratar de licenças com a mesma finalidade;
2. Negar, quando não verificada justificativa para o afastamento do servidor;
3. Encaminhar para o processo de aposentadoria ou reforma por invalidez, se verificada a incapacidade permanente do servidor por Junta Oficial em Saúde, composta por médicos da COPEM; Em caso de servidores civis, policiais civis, promotores e procuradores de justiça do Ministério Público é efetuado encaminhamento para aposentadoria por invalidez após 24 meses de licenças consecutivas e ininterruptas.
4. Encaminhar para readaptação de função.

4.3 LICENÇA POR MOTIVO DE DOENÇA EM PESSOA DA FAMÍLIA

◆ **CONCEITO:** é a licença concedida ao servidor civil ou militar quando verificada a necessidade de afastamento a fim de prestar assistência pessoal e indispensável ao tratamento de saúde de familiar doente, desde que esta não possa ser realizada concomitante ao exercício profissional.

◆ **PÚBLICO ALVO:** servidores civis e militares do Estado do Ceará.

◆ **FUNDAMENTAÇÃO LEGAL:**

Servidores civis: inciso III do Art. 80 e 99 da Lei 9826/74 (atualizada em 2011).

Militares: §1º, inciso IV do art. 62 da Lei 13729/06.

Policiais civis: inciso III do art. 62 e Art. 65 da Lei 12.124/93.

Promotores e procuradores de justiça do Ministério Público: inciso II do Art. 195 e Art. 200 da Lei Complementar nº 72/08.

◆ **DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA REALIZAÇÃO DA PERÍCIA:** atestado médico original; documento de identificação oficial do servidor/ militar; comprovante de parentesco (*pais:* identidade do servidor; *filhos:* certidão de nascimento ou identidade do filho; *cônjuge:* certidão de casamento; *companheiro:* declaração de união estável); comprovante de endereço.

◆ **AValiação PERICIAL:** sempre será determinado pelo médico perito, baseando-se:

1. Em exames clínicos e laudos/relatórios do médico assistente e, quando necessário, outros profissionais da área de saúde (psicólogos, fonoaudiólogos, assistentes sociais, etc.);
2. Em parecer social emitido por Assistente Social da COPEM que realizará visita domiciliar e avaliação sociofamiliar;
3. Nos manuais de Procedimentos Médico Periciais;

Diante de uma solicitação de licença, o médico perito poderá:

1. Conceder a licença ou a prorrogação desta. O tempo de duração de uma licença não excederá 60 dias por avaliação pericial. Será considerado como prorrogação, a licença concedida até 60 dias do término da licença anterior, quando se tratar de licenças com a mesma finalidade;
2. Negar, quando não verificada justificativa para o afastamento do servidor;

◆ **ESPECIFICAÇÕES DO BENEFÍCIOS:** este tipo de benefício só poderá ser concedido aos servidores civis e militares em razão de assistência aos pais, filhos, cônjuge do qual não estejam separados e companheiro. Policiais civis, promotores e procuradores de justiça do Ministério Público fazem jus também ao acompanhamento de ascendentes, descendente, colateral, consanguíneo, ou afim até o 2º grau.

Além disso, conforme estabelecido pelo Art. 27, §6º da Lei 9826/74, servidores civis em *estágio probatório* não tem direito a este benefício. Os Policiais Civis tem o direito de afastar-se por motivo de doença em pessoa da família mesmo em estágio probatório, porém sem que seja contado como tempo de serviço o período em que estiver de licença.

Ademais, *dois servidores ou militares não podem acompanhar o mesmo*

familiar concomitantemente.

4.4 LICENÇA DECORRENTE DE ACIDENTE DE TRABALHO OU DOENÇA PROFISSIONAL

◆ **CONCEITO:** é a licença concedida ao servidor quando necessitar de afastamento devido a dano físico ou mental por efeito ou ocasião do serviço, inclusive no deslocamento para o trabalho ou deste para o domicílio do funcionário. Bem como, devido a agressão, não provocada, sofrida pelo servidor no serviço ou em razão dele. Por doença profissional, entende-se a que tenha sido peculiar ou inerente ao trabalho exercido, comprovada, em qualquer hipótese, a relação de causa e efeito.

◆ **PÚBLICO ALVO:** servidores civis e militares do Estado do Ceará.

◆ **FUNDAMENTAÇÃO LEGAL:**

Servidores civis: inciso X, §§1º, 2º, 3º e 4º do Art. 68 e 89 da Lei 9826/74 com redação dada pela Lei 13578/2005.

Militares: §1º, inciso V do Art. 62 da Lei 13729/06 (licença para tratamento de saúde).

Policiais civis: inciso II do Art. 62 da Lei 12.124/ 93.

◆ **DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA REALIZAÇÃO DA PERÍCIA:** atestado médico original, documento de identificação oficial. *Para os militares:* atestado de origem ou inquérito sanitário de origem. *Para os servidores civis:* ofício do RH a COPEM constando dados de identificação do servidor, bem como detalhes do acidente ou agressão não provocada com provas de testemunhas, fotografias, boletins de ocorrência e avaliação médica realizada com atestados e exames referentes ao acidente.

◆ **AVALIAÇÃO PERICIAL:** sempre será determinado pelo médico perito, baseando-se:

1. Em exames clínicos e laudos/relatórios do médico assistente e, quando necessário, outros profissionais da área de saúde (psicólogos, fonoaudiólogos, assistentes sociais, etc.), no atestado de origem ou CATSP;
2. Em relatório psicossocial elaborado por profissionais da Coordenadoria de Perícia Médica, nos casos específicos;
3. Nos manuais de Procedimentos Médico Periciais;
4. No seu conhecimento e experiência sobre as repercussões físicas e psicológicas das diversas enfermidades.

Diante de uma solicitação de licença, o médico perito poderá:

1. Conceder a licença ou a prorrogação desta. O tempo de duração de uma

licença não excederá 60 dias por avaliação pericial. Será considerado como prorrogação, a licença concedida até 60 dias do término da licença anterior, quando se tratar de licenças com a mesma finalidade;

2. Negar, quando não verificada justificativa para o afastamento do servidor;

3. Encaminhar para o processo de aposentadoria por invalidez, se verificada a incapacidade permanente do servidor por Junta Oficial em Saúde, composta por médicos da COPEM;

4. Encaminhar para readaptação de função.

◆ ESPECIFICAÇÕES DO BENEFÍCIO:

Consideram-se acidente do trabalho 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:

I - o acidente ligado ao trabalho que, embora não tenha sido a causa única, haja contribuído diretamente para a morte do servidor ou militar, 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 servidor ou militar no local e no horário do trabalho, em consequência 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 do órgão ou entidade;

b) na prestação espontânea de qualquer serviço ao órgão ou entidade para lhe evitar prejuízo ou proporcionar proveito;

c) em viagem a serviço do órgão ou entidade, inclusive para estudo quando financiada por estar dentro de seus planos para melhor capacitação do funcionário, 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 funcionário.

Nos períodos destinados a refeição ou descanso, ou por ocasião da satisfação de outras necessidades fisiológicas, no local do trabalho ou durante este, o servidor ou funcionário 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 consequências do anterior.

☒ Orientações para o Registro e a Configuração do Acidente em Serviço:

O registro do acidente em serviço deve ser feito junto ao setor de recursos humanos do órgão do servidor. Onexo 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.

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, *mediante ofício a COPEM constando dados de identificação do servidor, bem como detalhes do acidente ou agressão não provocada com provas de testemunhas, fotografias, boletins de ocorrência e avaliação médica realizada com atestados e exames referentes ao acidente.*

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 ou militar 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 ou militar não poderá desviar de seu percurso habitual por interesse próprio, vez que, se tal fato ocorrer, será considerado acidente comum.

Caberá ao perito médico oficial da COPEM estabelecer onexo causal dos acidentes de trabalho, bem como nas doenças profissionais e registrando no prontuário médico do servidor.

4.5 READAPTAÇÃO DE FUNÇÃO

◆ **CONCEITO:** consiste na prescrição do servidor civil ou militar em atividades compatíveis com a sua capacidade laborativa reduzida, temporária ou definitiva, levando em consideração sua patologia e novo estado psíquico ou somático, quando não se justificar licença para tratamento de saúde ou aposentadoria por invalidez.

◆ **PÚBLICO ALVO:** servidores civis e militares do Estado do Ceará.

◆ **FUNDAMENTAÇÃO LEGAL:**

Servidores civis: Art. 250 da Lei 9826/74 (atualizada em 2011).

Militares: § 2º do Art. 188 e Art. 219 da Lei 13729/2006.

Policiais civis: Art. 171 da Lei 12.124/ 93.

◆ **DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA REALIZAÇÃO DA PERÍCIA:** atestado médico original justificando a readaptação, documento de identificação oficial, exames complementares relacionados a doença que motiva a readaptação.

◆ **AVALIAÇÃO PERICIAL:** sempre será determinado pelo médico perito, baseando-se:

1. Em exames clínicos e laudos/relatórios do médico assistente e, quando necessário, outros profissionais da área de saúde (psicólogos, fonoaudiólogos, assistentes sociais, etc.);
2. Em relatório psicossocial elaborado por profissionais da Coordenadoria de Perícia Médica, nos casos específicos;
3. Nos manuais de Procedimentos Médico Periciais;
4. No seu conhecimento e experiência sobre as repercussões físicas e psicológicas das diversas enfermidades.

Diante de uma solicitação para readaptação de função, o médico perito poderá:

1. Conceder a readaptação da função, temporariamente ou definitivamente;
2. Negar, quando não verificada justificativa para o servidor ser readaptado;
3. Encaminhar para o processo de aposentadoria por invalidez, se verificada a incapacidade permanente do servidor por Junta Oficial em Saúde, composta por médicos da COPEM;

4.6 REMOÇÃO

◆ **CONCEITO:** é o deslocamento do funcionário público de uma para outra unidade ou entidade do Sistema Administrativo, processada de ofício ou a pedido do funcionário, atendidos o interesse público e a conveniência administrativa.

◆ **PÚBLICO ALVO:** servidores civis do Estado do Ceará.

◆ **FUNDAMENTAÇÃO LEGAL:**

Servidores Civis: Art. 37 e 38 da Lei 9826/74 (atualizada em 2011).

Policiais Civis: Art. 32 e 33 da Lei 12.124/ 93.

Promotores e procuradores de justiça do Ministério Público: Art. 147 e 148 da Lei Complementar nº 72/08.

◆ **DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA REALIZAÇÃO DA PERÍCIA:**

Em caso de remoção motivada por tratamento de saúde própria: atestado médico original justificando a doença que leva remoção, documento de identificação oficial, exames complementares relacionados a doença do servidor que solicita remoção.

Em caso de remoção motivada por doença de familiar/ dependente: atestado médico original justificando a doença do familiar/dependente, documento de identificação oficial do servidor, comprovante de parentesco (*pais:*

identidade do servidor; *filhos*: certidão de nascimento ou identidade do filho; *cônjuge*: certidão de casamento; *companheiro*: declaração de união estável), exames complementares relacionados a doença que motiva a remoção.

◆ **AVALIAÇÃO PERICIAL:** sempre será determinado pelo médico perito, baseando-se:

1. Em exames clínicos e laudos/relatórios do médico assistente e, quando necessário, outros profissionais da área de saúde (psicólogos, fonoaudiólogos, assistentes sociais, etc.);
2. Em relatório psicossocial elaborado por profissionais da Coordenadoria de Perícia Médica, nos casos específicos;
3. Nos manuais de Procedimentos Médico Periciais;
4. No seu conhecimento e experiência sobre as repercussões físicas e psicológicas das diversas enfermidades.

Diante de uma solicitação para remoção, o médico perito poderá:

1. Ser favorável a remoção, temporariamente ou definitivamente;
2. Não ser favorável a remoção, quando não verificada justificativa para o servidor ser removido;

4.7 REDUÇÃO DE CARGA HORÁRIA

◆ **CONCEITO:** é a concessão de redução da carga horária de trabalho para os funcionários pais de filho ou dependente legal, excepcional, que sofre de moléstia ou doença grave irreversível, a fim de garantir o cuidado a este, desde que comprovada a condição de doença deste.

◆ **PÚBLICO ALVO:** servidores civis e militares em razão de filho ou dependente legal excepcional, que sofre de doença grave irreversível.

◆ **FUNDAMENTAÇÃO LEGAL:**

Servidores Civis: Art. 111 da Lei 9826/74 (atualizada em 2011), Lei 11.160/85; Lei 11.182/86;

Militares: Art. 52, inciso XXXII da Lei 13729/2006;

Policiais civis: Art. 172 da Lei 12124/93 e Art. 111 da Lei 9826/74 (atualizada em 2011), Lei 11.160/85; Lei 11.182/86.

◆ **DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA REALIZAÇÃO DA PERÍCIA:** atestado médico original justificando a doença do familiar/dependente, documento de identificação oficial do servidor/ militar, comprovante de parentesco (*pais*: identidade do servidor; *filhos*: certidão de nascimento ou identidade do filho; *cônjuge*: certidão de casamento;

companheiro: declaração de união estável), exames complementares relacionados a doença que motiva a redução.

◆ **AVALIAÇÃO PERICIAL**: sempre será determinado pelo médico perito, baseando-se:

1. Em exames clínicos e laudos/relatórios do médico assistente e, quando necessário, outros profissionais da área de saúde (psicólogos, fonoaudiólogos, assistentes sociais, etc.);
2. Em relatório psicossocial elaborado por profissionais da Coordenadoria de Perícia Médica, nos casos específicos;
3. Nos manuais de Procedimentos Médico Periciais;
4. No seu conhecimento e experiência sobre as repercussões físicas e psicológicas das diversas enfermidades.

Diante de uma solicitação para redução de carga horária, o médico perito poderá:

1. Ser favorável a redução, temporariamente ou definitivamente;
2. Não ser favorável a redução, quando não verificada justificativa para o servidor ter a redução da carga horária;

4.8 APOSENTADORIA OU REFORMA POR INVALIDEZ

◆ **CONCEITO**: é o benefício concedido ao servidor considerado incapaz para todas as funções do cargo e para o trabalho em geral em caráter permanente, inclusive verificado que não tenha condições de ser readaptado de função. A reforma por invalidez refere-se a este benefício concedido aos militares estaduais.

◆ **PÚBLICO ALVO**: servidores civis e militares do Estado do Ceará.

◆ **FUNDAMENTAÇÃO LEGAL**:

Servidores Civis: *Proporcional*: inciso I do Art. 152 e 156 da Lei 9826/74 com redação dada pela Lei 13.578/2005.

Integral: inciso I do Art. 152 e 154 da Lei 9826/74 com redação dada pela Lei 13.578/2005.

Militares: *Proporcional*: inciso I do Art. 193, da Lei 13729/2006.

Integral: inciso I do Art. 190, Art. 192 e inciso II do Art. 193 da Lei 13729/2006.

Policiais Civis: *Proporcional*: Art. 89 e Art. 91 da lei 12.124/ 93.

Integral: inciso I do Art. 89 da lei 12.124/ 93.

Promotores e procuradores de justiça do Ministério Público: *Proporcional*: inciso I, §§ 1º e 2º do Art. 162 da Lei Complementar nº 72/08.

Integral: inciso I, § 3º do Art. 162 da Lei Complementar nº 72/08.

◆ **DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA REALIZAÇÃO DA PERÍCIA:** atestado médico original, documento de identificação oficial do servidor/ militar, exames complementares relacionados a doença do servidor que solicita aposentadoria.

◆ **AVALIAÇÃO PERICIAL:** sempre será determinado pelo médico perito, baseando-se:

1. Em exames clínicos e laudos/relatórios do médico assistente e, quando necessário, outros profissionais da área de saúde (psicólogos, fonoaudiólogos, assistentes sociais, etc.);
2. Em relatório psicossocial elaborado por profissionais da Coordenadoria de Perícia Médica, nos casos específicos;
3. Nos manuais de Procedimentos Médico Periciais;
4. No seu conhecimento e experiência sobre as repercussões físicas e psicológicas das diversas enfermidades.

Diante de uma solicitação de aposentadoria, o médico perito poderá:

1. Ser favorável a aposentadoria ou reforma por invalidez;
2. Não ser favorável a aposentadoria ou reforma por invalidez, reconduzindo ao exercício profissional ou a readaptação de função.

◆ **ESPECIFICAÇÕES DO BENEFÍCIOS:** no caso dos servidores públicos civis e dos promotores e procuradores de justiça do Ministério Público a aposentadoria por invalidez será concedida sendo precedido de licença por período contínuo de pelo menos 24 meses, salvo quando a Junta Médica declarar a incapacidade definitiva ou em casos de acidente de trabalho e doença profissional.

O servidor civil ou militar aposentado ou reformado por invalidez receberá vencimentos integrais nos casos de acidente de trabalho ou doença profissional e doença grave, incurável ou contagiosa, dispostas em lei.

4.9 REVERSÃO DE APOSENTADORIA OU DA REFORMA POR INVALIDEZ

◆ **CONCEITO:** é reingresso ao serviço público do servidor aposentado ou militar reformado quando insubsistentes os motivos da aposentadoria ou reforma por invalidez. A revisão desta será avaliada pela Perícia Médica Oficial.

◆ **PÚBLICO ALVO:** servidores civis e militares do Estado do Ceará.

◆ **FUNDAMENTAÇÃO LEGAL:**

Servidores Civis: Art.60, Art. 61 e parágrafo único do Art. 91 da Lei 9826/74 (atualizada em 2011).

Militares: Art. 174, inciso II do Art. 188 e Art. 194 da Lei 13729/2006.

Promotores e procuradores de justiça do Ministério Público: Art. 153 da Lei Complementar nº 72/08.

◆ **DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA REALIZAÇÃO DA PERÍCIA:** atestado médico original, documento de identificação oficial, exames complementares relacionados a doença do servidor.

◆ **AVALIAÇÃO PERICIAL:** sempre será determinado pelo médico perito, baseando-se:

1. Em exames clínicos e laudos/relatórios do médico assistente e, quando necessário, outros profissionais da área de saúde (psicólogos, fonoaudiólogos, assistentes sociais, etc.);
2. Em relatório psicossocial elaborado por profissionais da Coordenadoria de Perícia Médica, nos casos específicos;
3. Nos manuais de Procedimentos Médico Periciais;
4. No seu conhecimento e experiência sobre as repercussões físicas e psicológicas das diversas enfermidades.

Diante de uma solicitação de reversão, o médico perito poderá:

1. Ser favorável a reversão e reingresso ao serviço público;
2. Não ser favorável a reversão e indicar permanência da aposentadoria ou reforma por invalidez.

◆ **ESPECIFICAÇÕES DO BENEFÍCIOS:** *os policiais civis não fazem jus ao benefício de reversão de aposentadoria conforme estabelecido no Art. 162 do Estatuto da Polícia Civil.*

A reavaliação da aposentadoria e da reforma por invalidez será realizada a cada dois anos, a fim de atestar que a invalidez permanece irreversível, conforme estabelecido em lei.

4.10 PROMOÇÕES DE OFICIAIS E PRAÇAS

◆ **CONCEITO:** é a perícia para fins de ascensão de posto ou graduação dos militares estaduais, podendo ocorrer por merecimento ou antiguidade.

◆ **PÚBLICO ALVO:** militares do Estado do Ceará.

◆ **FUNDAMENTAÇÃO LEGAL:** Inciso VII do Art. 52 da Lei 13729/2006 e Lei 15797/ 2015.

◆ **DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA REALIZAÇÃO DA PERÍCIA:** atestado médico original de aptidão física, documento de identificação oficial do militar, e exames solicitados pela COPEM.

- ◆ **AVALIAÇÃO PERICIAL:** sempre será determinado pelo médico perito, baseando-se:

1. Em exames clínicos e laudos/relatórios do médico assistente e, quando necessário, outros profissionais da área de saúde (psicólogos, fonoaudiólogos, assistentes sociais, etc.);
3. Nos manuais de Procedimentos Médico Periciais;
4. No seu conhecimento e experiência sobre as repercussões físicas e psicológicas das diversas enfermidades.

Diante de uma solicitação de reversão, o médico perito poderá:

1. Ser favorável a promoção;
2. Não ser favorável a promoção e indicar permanência do militar no posto ou graduação que ocupa.

4.11 COMPROVAÇÃO DE INVALIDEZ EM DEPENDENTE MAIOR

- ◆ **CONCEITO:** perícia realizada para comprovação de invalidez omni-profissional de filhos de servidores e militares maiores, com dependência econômica, para fins de recebimento de pensão.

- ◆ **PÚBLICO ALVO:** servidores civis e militares do Estado do Ceará.

- ◆ **FUNDAMENTAÇÃO LEGAL:**

Lei complementar 12 de 1999 e Emenda Constitucional 69 de 2011.

- ◆ **DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA REALIZAÇÃO DA PERÍCIA:** atestado médico original, documento de identificação oficial do servidor, exames complementares relacionados a doença do servidor que solicita aposentadoria.

- ◆ **AVALIAÇÃO PERICIAL:** sempre será determinado pelo médico perito, baseando-se:

1. Em exames clínicos e laudos/relatórios do médico assistente e, quando necessário, outros profissionais da área de saúde (psicólogos, fonoaudiólogos, assistentes sociais, etc.);
2. Em relatório psicossocial elaborado por profissionais da Coordenadoria de Perícia Médica, nos casos específicos;
3. Nos manuais de Procedimentos Médico Periciais;
4. No seu conhecimento e experiência sobre as repercussões físicas e psicológicas das diversas enfermidades.

Diante de uma solicitação de aposentadoria, o médico perito poderá:

1. Ser favorável a aposentadoria ou reforma por invalidez;
2. Não ser favorável a aposentadoria ou reforma por invalidez, reconduzindo ao exercício profissional ou a readaptação de função.

4.12 ISENÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA

- ◆ **CONCEITO:** benefício concedido para pessoas aposentadas, quer por invalidez, quer por tempo de serviço, e militares reformados, desde que sejam portadoras das doenças elencadas em lei.
- ◆ **PÚBLICO ALVO:** ex servidores públicos ou militares do Estado do Ceará.

- ◆ **FUNDAMENTAÇÃO LEGAL:** lei 7713/88 atualizada pela Lei 11.052/04.

- ◆ **DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA REALIZAÇÃO DA PERÍCIA:** atestado médico original, documento de identificação oficial do ex servidor ou militar, exames complementares relacionados a doença do solicitante da isenção.

- ◆ **AVALIAÇÃO PERICIAL:** sempre será determinado pelo médico perito, baseando-se:

1. Em exames clínicos e laudos/relatórios do médico assistente e, quando necessário, outros profissionais da área de saúde (psicólogos, fonoaudiólogos, assistentes sociais, etc.);
2. Em relatório psicossocial elaborado por profissionais da Coordenadoria de Perícia Médica, nos casos específicos;
3. Nos manuais de Procedimentos Médico Periciais;
4. No seu conhecimento e experiência sobre as repercussões físicas e psicológicas das diversas enfermidades.

Diante de uma solicitação de isenção, o médico perito poderá:

1. Ser favorável a isenção do imposto de renda;
2. Não ser favorável a isenção do imposto de renda.

5. DOENÇAS ESPECIFICADAS EM LEI

5.1 ALIENAÇÃO MENTAL

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

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

◆ CRITÉRIOS DE ENQUADRAMENTO

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

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 cronificados 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 cronificados 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.

5.2 CARDIOPATIA GRAVE

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.

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. Cinecoronariogramia - 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 graus, 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.

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 órgão-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.

5.3 CEGUEIRA APÓS INGRESSO NO SERVIÇO PÚBLICO

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 limitarse 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.

SNELLEN	DECIMAL	% DE VISÃO
20/20	1,0	100
20/22	0,9	98
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
20/200	0,1	20
20/400	0,05	10

◆ CRITÉRIOS 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 percepção luminosa, determinada por afecção crônica, progressiva e irreversível, com base em parecer especializado - Cegueira Total.

2. A perícia também concluirá pela invalidez permanente por Cegueira dos servidores que apresentarem diminuição acentuada da acuidade visual, nos graus II, III e IV descritos nos itens acima, em decorrência de afecção crônica, progressiva, não suscetível de correção óptica, nem removível por tratamento médico cirúrgico, com base em parecer especializado.

3. Serão considerados portadores de deficiência visual comparável à cegueira os servidores que apresentarem acuidade visual no melhor olho, de 20/200 (0,1), esgotados os meios ópticos e cirúrgicos para correção ou campo visual igual ou inferior a 20 graus (campo tubular), ou ocorrência de ambos, não suscetível de correção óptica, nem removível por tratamento médico cirúrgico, com base em parecer especializado - considerado Cegueira Legal.

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

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

Somente a cegueira adquirida posterior ao ingresso do servidor no cargo constitui motivo para aposentadoria por invalidez permanente.

É necessário ter atenção para servidores que entram no serviço público com graves deficiências visuais ou mesmo cegos, que, no caso de agravamento, poderão pleitear aposentadoria. Nesse caso, deve-se reportar ao exame de admissão para se ter um parâmetro de avaliação da condição atual.

5.4 DOENÇA DE PARKINSON

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

a. Tremor: hipercinesia, predominantemente postural, rítmica e não intencional, que diminui com a execução de movimentos voluntários e pode cessar com o relaxamento total;

b. Rigidez muscular: sinal característico e, eventualmente, dominante, acompanha-se do exagero dos reflexos tônicos de postura e determina o aparecimento de movimentos em sucessão fracionária, conhecidos como "sinal da roda dentada";

c. Oligocinesia: diminuição da atividade motora espontânea e consequente lentidão de movimentos. Os movimentos lentos (bradicinesia) são típicos à medida que a rigidez progride. Os movimentos também se tornam reduzidos (hipocinesia) e difíceis de iniciar (acinesia);

d. Instabilidade postural: o paciente tem dificuldade na marcha (início, giros, parada) e na postura;

e. Demência: pode ocorrer tardiamente.

◆ 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. 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.

5.5 ESPONDILOARTROSE ANQUILOSANTE

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

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

As articulações periféricas também podem ser comprometidas, principalmente as das raízes dos membros (ombros e coxofemorais), daí a designação rizomélica. Entende-se por anquilose ou ancilose a rigidez ou fixação de uma articulação, reservando-se o conceito de anquilose óssea verdadeira à fixação completa de uma articulação em consequência da fusão patológica dos ossos que a constituem.

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

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

◆ CRITÉRIOS DE ENQUADRAMENTO

A perícia oficial em saúde procederá ao enquadramento legal dos portadores de espondilite anquilosante pela invalidez permanente acarretada por essa doença. A perícia, ao firmar seus laudos, deverá fazer constar:

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.

5.6 DOENÇA DE PAGET

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:

1. Fase ativa ou osteoporótica, caracterizada pela formação de tecido ósseo ricamente vascularizado, onde são comuns fraturas com consolidação rápida;
2. 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.

5.7 HANSENÍASE

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa curável, de notificação compulsória, causada pelo *Mycobacterium leprae* (bacilo de Hansen).

A doença tem curso crônico, com predileção pela pele e nervos periféricos, podendo apresentar surtos reacionais intercorrentes.

Sinais Cardinais da Hanseníase

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

◆ 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 (poli quimioterapia), 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.

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

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

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.

5.8 NEFROPATIA GRAVE

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

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

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

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.

ESTAGIO	FILTRAÇÃO GLOMERULAR	CREATININA	GRAU DE I.R.C.
0	>90	0,6-1,4	Grupo de risco 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
3	30-59	2,1-6,0	IR moderada
4	15-29	6,1-9,0	IR grave
5	<15	>9,0	IR terminal

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.
3. 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.

5.9 NEOPLASIA MALIGNA

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

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

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.

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.

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.

4.10 PARALISIA IRREVERSÍVEL E INCAPACITANTE

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

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

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

São equiparadas às paralisias as ausências de membros, as lesões osteo-musculo-articulares, 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.

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.

5.11 SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA

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 extrainguinais, 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 38,5º 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

GRUPOS	LT - CD4+	CATEGORIAS CLINICAS		
		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 bimestral pela perícia. Após os dois anos de licença médica, caso permaneçam incapacitados para retorno ao trabalho, serão aposentados.

5.12 TUBERCULOSE ATIVA

A tuberculose (TB) é uma doença infectocontagiosa de notificação compulsória causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, que pode acometer uma série de órgãos e/ou sistemas, possuindo predileção pelo pulmão. A evolução após o contato com o bacilo depende do hospedeiro. A suscetibilidade à infecção é praticamente universal, a maioria das pessoas resiste ao adoecimento após a primoinfecção 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 primoinfecção, mas o período de incubação pode se estender por muitos anos e mesmo décadas.

◆ 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 periciado 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 seqüela 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 seqüelas 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”.

5.13 HEPATITE GRAVE

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

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

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

Classificação

A insuficiência hepática desenvolve-se em consequência da perda demassa 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 mg%	3 a 3,5 mg%	< 3,5 mg%
Bilirrubina	< 2 mg%	2 a 3 mg%	> 3 mg%
Ascite	Ausente	Leve	Grave
Grau de encefalopatia	Ausente	Leve	Grave
Tempo de protrombina	>75%	50 a 75%	<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:

- a. Subclínica: alteração em testes psicométricos;
- b. Estágio 1: desatenção, irritabilidade, alterações da personalidade, tremores periféricos e incoordenação motora;
- c. Estágio 2: sonolência, redução da memória, alterações do comportamento, tremores, fala arrastada, ataxia;

d. 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 sub fulminantes 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 contra-indicação 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.

5.14 CONTAMINAÇÃO POR RADIAÇÃO

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

A perícia deverá comprovar a relação de causa e efeito da radiação ionizante com a doença apresentada pelo indivíduo.

A afirmativa de que uma doença incapacitante e invalidante possui relação de causa e efeito com a radiação ionizante necessita ser devidamente documentada

.

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

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

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

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

Quadros clínicos que cursam com a síndrome aguda da radiação:

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

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

2. Gastrointestinal: caracteriza-se por alterações da mucosa

gastrointestinal, decorrentes de exposição de corpo inteiro à radiação ionizante, levando à síndrome disabsortiva, perda hidroeletrolítica 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.

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

5.15 EPILEPSIA VERA

A epilepsia é uma condição neurológica bastante comum, acometendo aproximadamente uma em cada 100 pessoas. A doença é caracterizada pela ocorrência de crises epilépticas, que se repetem a intervalos variáveis. Essas crises são as manifestações clínicas de uma descarga anormal de neurônios, que são as células que compõem o cérebro.

A doença pode ter diversas causas, que variam de acordo com o tipo de epilepsia e com a idade do paciente.

Em idosos, por outro lado, as doenças cerebrovasculares (acidente vascular cerebral, ou AVC), bem como os tumores cerebrais, estão entre as causas mais frequentes.

Existem vários tipos de crises epiléticas, cada uma com características diferentes. Um dos tipos mais comuns é a crise tônico-clônica generalizada, chamada habitualmente de “convulsão”. Esse tipo de crise é facilmente reconhecível, pois o paciente apresenta abalos musculares generalizados, sialorréia (salivação excessiva) e, muitas vezes, morde a língua e perde urina e fezes.

Outras crises, entretanto, podem não ser reconhecidas por pacientes, seus familiares e até mesmo por médicos, pois apresentam manifestações sutis, como alteração discreta de comportamento, olhar parado e movimentos automáticos.

O diagnóstico é feito por meio da avaliação do histórico do paciente, com informações sobre os tipos de crise apresentados, a idade de início dos sintomas, a história familiar, entre outras. Exames complementares são importantes para auxiliar no diagnóstico, como o eletroencefalograma, a tomografia de crânio e a ressonância magnética do cérebro. O diagnóstico apropriado da epilepsia e do tipo de crise apresentado pelo paciente permite a escolha do tratamento.

A epilepsia não tem cura, embora as crises possam ser controladas com medicação em cerca de 70% dos casos. Em pessoas cujas crises não respondem à medicação, pode-se considerar cirurgia, neuroestimulação ou alterações na dieta.

Nem todos os casos de epilepsia se prolongam durante toda a vida e há um número significativo de pessoas que melhoram até ao ponto de já não ser necessária qualquer medicação.

◆ CRITÉRIOS DE ENQUADRAMENTO

Serão enquadrados como epilepsia vera, os casos de epilepsia de difícil controle, quando esgotados os meios disponíveis de tratamento e que seja incompatível com a atividade laboral, dado a frequência de crises.

5.16 ANEURISMA CEREBRAL, MAL FORMAÇÕES ARTERIOVENOSAS DE GRANDE VOLUME E ANGIOMA ARTERIOVENOSO CEREBRAL

O decreto governamental No 14.058 de 30.09.1980 inclui no rol de doenças do Art. 89 da lei 9826/74 estatuto do servidor publico estadual, os aneurismas cerebrais e as malformações arteriovenosas de grandes volumes bem como os angiomas arteriovenosos do território cerebral.

Os portadores de tais moléstias serão enquadrados como portadores desde que trate-se de patologia que não esteja indicada a correção cirúrgica pelo risco cirúrgico das mesmas, bem como as mesmas produzam incapacidade omniprofissional.

5.17 ESCLEROSE MÚLTIPLA

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

Quadro Clínico

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.

Evolução

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.

Diagnostico

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

Exames Complementares:

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.

5.18 MUCOVISCIDOSE (FIBROSE CÍSTICA)

A fibrose cística, também conhecida como mucoviscidose, é um distúrbio autossômico recessivo que faz com que determinadas glândulas exócrinas produzam secreções anormais, acarretando vários sintomas, afetando principalmente o trato digestivo e os pulmões.

A fibrose cística é a causa mais comum de doença pulmonar crônica grave em adultos jovens e o distúrbio hereditário fatal mais comum entre indivíduos caucasianos nos EUA. Não existem estudos epidemiológicos ou triagem neonatal abrangente que permitam estimar a incidência de Fibrose Cística nas diversas regiões do Brasil. Há estimativas de que 10% do total anual de afetados são diagnosticados, o que confere uma impressão errônea de baixa incidência na população brasileira. É uma doença rara que afeta ambos os sexos igualmente.

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

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

Os pulmões são normais no nascimento, mas a partir daí os distúrbios respiratórios podem ocorrer a qualquer momento. As secreções brônquicas espessas obstruem as pequenas vias aéreas, produzindo inflamação.

À medida que a doença evolui, as paredes brônquicas tornam-se espessas, as vias aéreas enchem-se de secreções infectadas, áreas do pulmão contraem (atelectasia) e os linfonodos aumentam de tamanho. Todas essas alterações reduzem a capacidade dos pulmões de transferir oxigênio para o sangue.

As manifestações pulmonares em adultos incluem bronquite crônica e aguda, bronquiectasia, pneumonia, atelectasia e cicatrização peribrônquica e parenquimatosa. Pneumotórax e hemoptise são comuns. Hipoxemia, hipercapnia e cor pulmonale ocorrem em casos avançados. Também podem ocorrer cálculos biliares e cirrose hepática.

Quase todos os homens com fibrose cística têm ausência congênita bilateral dos vasos deferentes com azoospermia. As mulheres apresentam diminuição da fertilidade em razão da viscosidade das secreções cervicais, porém muitas conseguem ter gravidez a termo.

Cerca de 2 a 3% dos indivíduos com fibrose cística apresentam diabetes insulino dependente, 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.

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 a 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.

◆ CRITÉRIOS DE ENQUADRAMENTO

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

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Manual de Perícia Oficial em Saúde do Servidor Público Federal**. Brasília: 2010.

CEARÁ. **Lei 9826/74, de 14 de maio de 1974**. Dispõe sobre o Estatuto dos Funcionários Públicos Cíveis do Estado. Organizadores Carlos Edilson Araújo e Ruth Rodrigues de Lima. Fortaleza: INESP, 2011.

_____. **Lei 13729, de 11 de janeiro de 2006: atualizado e consolidado**. Dispõe sobre o Estatuto dos Militares Estaduais do Ceará. Fortaleza: INESP, 2017.

_____. **Lei 12124, de 06 de julho de 1993**. Dispõe sobre o Estatuto da Polícia Civil de Carreira e dá outras providências. In: Coletânea Normativa da Polícia Civil do Estado do Ceará. Org. Cármen Lúcia Marques de Souza. Fortaleza: INESP, 2017.

SANTA CATARINA. **Manual de Normas Técnicas Médico- Periciais**. 2ªed. Florianópolis: 2010.

APÊNDICES

Apêndice 1: Formulário de Antecedentes Clínico-cirúrgicos



PERÍCIA ADMISSIONAL

Nome _____ CPF _____
RG _____ Órgão _____ Cargo _____
Estado Civil _____ Sexo: () Masculino () Feminino - Nascido em __/__/__
Endereço: _____
Telefone fixo () _____ Celular () _____
Fortaleza - CE __/__/__
Assinatura _____

FORMULÁRIO DE ANTECEDENTES CLÍNICO-CIRÚRGICOS

Informação sigilosa e confidencial em caráter obrigatório, sujeita às penalidades da Lei no caso do preenchimento inverídico intencional - Art. 299 do Código Penal - Decreto - Lei 2848/40

I - O candidato foi ou é portador de:

1. Doença infectocontagiosa crônica com sintomas clínicos?

() Não () Sim.

Qual? _____

2. Moléstia psiquiátrica por período maior ou igual a 06 (seis) meses/internação psiquiátrica?

() Não () Sim.

Qual? _____

3. Patologia reumática crônica (reumatismo) com dor e inflamação articular?

() Não () Sim.

Qual? _____

4. Disfonia vocal/laringe crônica/alergia respiratória/rouquidão crônica?

() Não () Sim.

Qual? _____

5. Anomalia congênita, doença genética ou síndrome clínica com distúrbio psicomotor ou do aprendizado, do crescimento/desenvolvimento, paralisia cerebral ou má-formação?

() Não () Sim.

Qual? _____

II - O candidato sofreu ou sofre de:

1. Doença venérea de transmissão sexual (DST)?

() Não () Sim.

Qual? _____

2. Cirurgia, trauma ou seqüela de traumatismo/fratura/paralisia?

() Não () Sim.

Qual? _____

3. Internação hospitalar prévia?

() Não () Sim.

Qual? _____

4. Hemorragia/leucemia/doença

linfática/anemia/icterícia/sangramento/transfusão/transplante?

() Não () Sim.

Qual? _____

5. Tumor/câncer/displasia mamária/nódulo/cisto/neoplasia maligna comprovada por punção biópsia ou exame anatomopatológico?

() Não () Sim.

Qual? _____

6. Angina/arritmia/isquemia/dor precordial/palpitação/crise hipertensiva?

() Não () Sim.

Qual? _____

III - O candidato fez ou faz uso crônico de medicação:

1. Anti-hipertensiva, analgésico, anti-inflamatório, hormônio, insulina, corticoide, digitálico, diurético, antialérgico, quimioterapia, radioterapia, transfusão, antibiótico, broncodilatador, antiácido, reposição hormonal, estrógeno e progesterona, quimioterápico para tuberculose, hanseníase, AIDS, câncer?

() Não () Sim.

Qual? _____

2. Psicotrópica controlada: tranquilizante, antidepressivo, sonífero hipnótico, antipsicótico, narcótico, anticonvulsivante, estabilizador do humor, neuroléptico, lítio?

() Não () Sim.

Qual? _____

IV - O candidato necessitou ou necessita de uso de prótese/ órtese/ marca-passo/ válvula cardíaca/ transplante arterial/ membro mecânico/ transfusão/ aparelhos ópticos e de audição/ revascularização miocárdio angioplastia/ ponte de safena?

() Não () Sim.

Qual? _____

V - O candidato foi impedido de doar sangue por motivo de: sorologia positiva para qualquer infecção ou toxicomania ou insuficiência de órgão vital ou doença do sangue?

() Não () Sim.

Qual? _____

Por ser verdade, firmo o documento.

Local: _____ Data: __/__/__

ANEXOS

INSTRUÇÃO NORMATIVA/PGE Nº 02/2016.

ESTABELECE REGRAS A SEREM OBSERVADAS PARA A REALIZAÇÃO DE PERÍCIAS MÉDICAS OFICIAIS DO ESTADO, DESTINADAS A CONSTATAR A INVALIDEZ DE DEPENDENTE OU SEGURADO NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL DO ESTADO DO CEARÁ - SUPSEC.

O PROCURADOR-GERAL DO ESTADO, no uso das atribuições que lhe confere o inciso VII, do art. 28, da Lei Complementar Estadual nº 58, de 31 de março de 2006, CONSIDERANDO as disposições do artigo 3º da Lei nº 14.082, de 16/01/2008 que unifica as perícias médicas do Estado e dá outras providências, bem como o disposto nos artigos 152 e 154 da Lei 9.826 de 14 de maio de 1974, artigo 6º, § 1º, III da Lei Complementar nº 12 de 23/06/99, artigo 331, § 1º, II, alínea c, da Constituição Estadual, alterado pela Emenda Constitucional nº 69 de 18/01/2011, que estabelece a realização de perícia médica para fins de análise da incapacidade para o trabalho no âmbito do serviço público estadual; CONSIDERANDO o disposto na Lei Complementar nº 12, de 23/06/1999, com a redação dada pela Lei Complementar nº 159, de 14/01/2016, que estabelece condições de análise de invalidez no âmbito do Sistema Único de Previdência Social do Estado do Ceará - SUPSEC; CONSIDERANDO a necessidade de uniformização, no âmbito do sistema previdenciário estadual, de medidas para constatação dos requisitos legais para a concessão de benefícios por invalidez. RESOLVE:

Art. 1º Esta Instrução normativa disciplina o procedimento para solicitação de perícia médica pela Coordenadoria de Perícia Médica - COPEM, para fins de análise de incapacidade laboral destinada à concessão de benefício previdenciário decorrente de invalidez no âmbito do Sistema Único de Previdência Social Estado do Ceará - SUPSEC.

Parágrafo único. O disposto nesta Instrução aplica-se aos órgãos da Administração Pública Estadual direta e indireta do Poder Executivo, e, no que couber, aos órgãos e entidades dos demais Poderes.

Art. 2º A realização de perícia médica para a emissão de laudo médico objetivando a comprovação de invalidez de filho dependente maior, com intuito de obter benefício de pensão por morte pelo Sistema Único de Previdência Social do Estado do Ceará - SUPSEC, depende da apresentação dos seguintes documentos:

I - informação do DETRAN comprovando situação atual da habilitação do interessado (existência, inexistência, regularidade, inatividade) nos casos de invalidez decorrentes de doença mental ou neurológica que provoquem incapacidade de gerir a si e a seus bens;

II - extrato previdenciário fornecido pelo INSS, informando se o requerente recebe algum benefício do RGPS e se possui períodos de recolhimento de contribuição previdenciária para esse regime, com a devida especificação do vínculo e dos respectivos períodos, caso existentes;

III - documento de identidade aceito em todo o território nacional;

IV - relatórios médicos e exames complementares que subsidiem a perícia médica na comprovação da invalidez;

V - declaração, sob as penas da lei, de que não exerce qualquer outra atividade remunerada; de que não recebe benefício de Regime Próprio de Previdência Social de outra unidade da Federação; de que tem pleno conhecimento de que o recebimento irregular de qualquer valor que venha a ser pago, relativo à constatação de invalidez na data da perícia, além de obrigar a imediata

devolução das importâncias indevidamente recebidas, constitui crime, nos termos dos arts. [171](#) e 299do Código Penal;

VI - termo de compromisso, no qual o requerente se compromete a, a qualquer tempo, uma vez não mais subsistente a invalidez, informar o fato imediatamente, ao Estado do Ceará, através do órgão responsável pelo pagamento do referido benefício previdenciário.

§ 1º A declaração e o termo de que tratam os incisos V e VI, deste artigo, seguirão modelo padrão expedido pela SEPLAG, podendo ser assinados pelo representante do dependente, na hipótese de impossibilidade de manifestar a vontade.

§ 2º A COPEM poderá, como forma de subsidiar seu exame pericial, solicitar outros documentos de natureza médica, social e econômica, além daqueles apresentados pelo dependente, com o objetivo de precisar sua convicção a respeito da alegada condição de invalidez.

§ 3º A exigência para a apresentação dos documentos de que trata este artigo, “caput”, aplica-se, no que couber, aos processos de aposentadoria de invalidez, sempre que necessária a exigência para a comprovação da condição de invalidez.

§ 4º O reconhecimento da invalidez pela perícia médica requer a demonstração, em razão do atual estágio da Medicina, da impossibilidade de exercício pelo dependente de qualquer tipo de trabalho, de forma permanente, em razão de enfermidade grave e persistente, não refratária aos meios de tratamento, devendo o laudo indicar o estágio evolutivo da doença.

Art. 3º Sem prejuízo das atribuições da COPEM, a Procuradoria-Geral do Estado, durante o exame do processo específico, e sempre que houver dúvida sobre a invalidez do dependente, diante de circunstâncias concretas, poderá requerer a apresentação pelo interessado de outras documentações e comprovações além das elencadas no art. 2º, desta Instrução.

Art. 4º O laudo médico pericial será expedido de forma circunstanciada pela COPEM e deverá

conter, expressamente, no caso de incapacidade decorrente das doenças elencadas no art. 89 da Lei estadual nº 9.826, de 14/05/1974, o CID da doença, o enquadramento da doença invalidante, especificado nos incisos do artigo anterior e a descrição de situação do periciado quanto à capacidade para o exercício de atividades laborais e a possibilidade de expressão da vontade nos casos em que a patologia que motivou a invalidez for de origem mental ou neurológica.

Art. 5º O disposto nesta Instrução não desobriga a observância às disposições constitucionais e legais a respeito da realização de perícia médica e a concessão de aposentadoria por invalidez no âmbito dos Regimes Próprios de Previdência Social.

Art. 6º Esta Instrução Normativa entra em vigor na data de sua publicação. Fortaleza, 20 de setembro de 2016.

Juvêncio Vasconcelos Viana
PROCURADOR GERAL DO ESTADO