



Prefeitura do Município de Piracicaba



Artigos da Lei Municipal 1.972/72.

Os artigos da Lei Municipal 1.972/72, diretamente relacionada com a atividade pericial médica são:

Artigo 81: Será concedida licença ao funcionário:

- I - para tratamento de saúde;
- II - por motivo de doença em pessoa da família;
- III - para repouso à gestante;
- IV - para tratamento de doença profissional ou em decorrência de acidente de trabalho;
- V - ...

Artigo 82: A licença dependente de exame médico será concedida pelo prazo estipulado no laudo ou atestado.

§ único - Findo o prazo determinado, poderá haver novo exame médico, que concluirá pela volta de funcionário ao serviço, pela prorrogação da licença ou pela aposentadoria.

Artigo 84: As licenças constantes dos itens I a IV e VII, do artigo 81, serão requeridas, junto ao órgão do pessoal, até 72 (setenta e duas) horas após o início do afastamento do funcionário, instruídas com o competente laudo médico;

Artigo 86: A licença poderá ser prorrogada de ofício ou a pedido.

§ único - O pedido deverá ser apresentado pelo menos 3 (três) dias antes de findo o prazo da licença, se indeferido, será contado como período compreendido entre a data do término e a do conhecimento oficial do despacho.



Prefeitura do Município de Piracicaba



Artigo 87: As licenças concedidas dentro de 60 (sessenta) dias, contados do término da anterior, serão consideradas em prorrogação.

§ único: Para os efeitos deste artigo, serão levadas em consideração tão somente as licenças da mesma espécie.

Artigo 88: O funcionário não poderá permanecer em licença por prazo superior a 2 (dois) anos.

§ 1º - O funcionário em gozo de licença comunicará ao órgão de pessoal onde possa ser encontrado.

§ 2º - Decorrido o prazo estabelecido pelo artigo, o funcionário será submetido a exame médico, e aposentado se o laudo apresentado pela junta médica, designada pelo Poder Executivo, pela Presidência da Câmara ou Autarquia, concluir pela sua definitiva incapacidade para o serviço público.

DA LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE

Artigo 89: A licença para tratamento de saúde será a pedido ou de ofício.

§ 1º - Em ambos os casos, é indispensável a realização de exame médico, que poderá ser realizado, quando necessário, na residência do funcionário.

§ 2º - O funcionário licenciado para tratamento de saúde não poderá dedicar-se a qualquer atividade remunerada, sob pena de ter cassada a licença.

Artigo 90: O exame de concessão da licença será feito por médico designado pela Prefeitura.

§ 1º - As licenças, com duração superior a 60 (sessenta) dias, dependerão de exame do funcionário por junta médica.

§ 2º - Os atestados ou laudos odontológicos somente produzirão efeito, para fins de licença, com a especificação do tratamento efetuado pelo profissional.



Prefeitura do Município de Piracicaba

Artigo 91: Será punido disciplinarmente, com suspensão de 30 (trinta) dias, o funcionário que recusar submeter-se a exame médico, cessando os efeitos da penalidade logo que se verifique o exame.

Artigo 92: Julgado apto, em exame médico, o funcionário reassumirá o exercício do cargo, sob pena de se considerarem como faltas injustificadas os dias de ausência.

§ único - No curso da licença, poderá o funcionário requerer exame médico, caso se julgue em condições de reassumir o exercício do cargo.

Artigo 93: Será com vencimento integral a licença concedida a funcionário para tratamento de saúde.

DA LICENÇA POR MOTIVO DE DOENÇA EM PESSOA DA FAMÍLIA

Artigo 94: O funcionário poderá obter licença por motivo de doença de ascendente, descendente, irmão, ou cônjuge não separado legalmente, uma vez provada ser indispensável sua assistência pessoal e permanente junto ao enfermo, e que esta não pode ser prestada simultaneamente com o exercício do cargo.

§ 1º - Provar-se-á a doença mediante exame médico, e a necessidade de assistência permanente e pessoal do funcionário, mediante sindicância feita pelo órgão de pessoal, através do Serviço Social da Prefeitura, que fará constar sua conclusão no processo funcional do interessado.

§2º - A...

§ 3º - Quando a pessoa da família do funcionário se encontrar fora do município, será admitido, como prova, exame médico por profissionais pertencentes aos quadros de servidores federais, estaduais ou municipais, da localidade, que atestarão, inclusive, da necessidade da presença do funcionário junto ao doente.



Prefeitura do Município de Piracicaba



DA LICENÇA À FUNCIONÁRIA GESTANTE

Artigo 95: A funcionária gestante serão concedidos 3 (três) meses consecutivos de licença, mediante inspeção médica.

§ único - A licença será concedida a partir do oitavo mês de gestação, salvo prescrição médica em contrário.

Atenção: Constituição de 1.988 - 120 dias e a partir do 7º mês.

Artigo 96: Se a criança nascer viva, prematuramente, antes de concedida a licença, o início desta se contará a partir da data do parto.

Artigo 97: A licença será com vencimentos integrais.

DA LICENÇA PARA TRATAMENTO DE DOENÇA PROFISSIONAL OU EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRABALHO

Artigo 98: O funcionário, acometido de doença profissional ou acidentado em serviço, terá direito a licença com vencimento integral.

§ 1º - Acidente é o evento danoso que tiver como causa, mediata ou imediata, o exercício de atribuições inerentes ao cargo.

§ 2º - Considera-se como acidente também a agressão, não provocada, sofrida injustamente pelo funcionário, em decorrência do exercício de suas funções.

§ 3º - Entende-se por doença profissional a que decorrer das condições do serviço, ou de fatos nele verificados, devendo o laudo médico estabelecer-lhe rigorosa caracterização e nexos de causalidade.



Prefeitura do Município de Piracicaba



Artigo 99: A licença prevista no artigo anterior não poderá exceder a 2 (dois) anos.

§ 1º - No caso de acidente, verificada a incapacidade total para qualquer junção pública, será concedida, desde logo, aposentadoria ao funcionário.

§ 2º - A comprovação do acidente, imprescindível para a concessão da licença, será feita no prazo de 8 (oito) dias, mediante processo, sendo comunicada ao órgão de pessoal em 72 (setenta e duas) horas.

Artigo 100: Esta licença será concedida com vencimento integral.

DA APOSENTADORIA

Artigo 115: O funcionário será aposentado:

...

III - por invalidez.

§ único - A invalidez para serviço será determinada por junta médica indicada pelo Prefeito, mediante a expedição do respectivo laudo, após confirmada a impossibilidade de readaptação .

Artigo 116: Os proventos da aposentadoria serão:

I - integrais, quando o funcionário:

a) ...

b) - se invalidar por acidente em serviço, por moléstia profissional ou atacado de tuberculose ativa, alienação mental, neoplasia maligna, pênfigo foliáceo, cegueira, paralisia irreversível ou incapacitante, cardiopatia grave, doença de Parkinson, espondiloartrose anquilosante, nefropatia grave, lepra e osteíte deformante.

II - proporcionais ao tempo de serviço, quando o funcionário:

a) - for aposentado compulsoriamente;



Prefeitura do Município de Piracicaba



b) ...

c) - por moléstia que não se inclua entre as citadas na letra "b", do item I.

Artigo 119: Nos casos em que tenha sido a aposentadoria, concedida por motivo de invalidez, será o aposentado submetido à inspeção médica, após o decurso de cada 2 (dois) anos, para efeito da reversão.

§ único - Será do órgão de pessoal a iniciativa para o cumprimento do disposto neste artigo .

DO AUXÍLIO-DOENÇA

Artigo 168: O funcionário terá direito, a título de auxílio, a um mês de vencimento, após 12 (doze) meses consecutivos de licença, quando:

I - acometido de doença profissional;

II - acometido de tuberculose ativa, alienação mental, neoplasia maligna, pênfigo foliáceo, cegueira, paralisia irreversível ou incapacitante, cardiopatia grave, doença de Parkinson, espondiloartrose anquilosante, nefropatia grave, lepra e osteíte deformante.

§ 1º - O auxílio será concedido mediante requerimento do interessado, devidamente instruído com atestado médico.

§ 2º - O funcionário poderá requerer o auxílio-doença, até 12 (doze) meses, após vencido o prazo estipulado no artigo.

Artigo 169: A despesa com o tratamento do acidentado em serviço público correrá por conta dos cofres municipais.

DA READAPTAÇÃO

Artigo 188: Readaptação é a atribuição de nova função ou a investidura em outro cargo, mais compatível com a capacidade do funcionário, e não implicará em aumento ou redução de vencimento.



Prefeitura do Município de Piracicaba



Artigo 190: O processo de readaptação será instaurado a requerimento do chefe imediato do funcionário, e encaminhado ao Prefeito, justificando circunstanciadamente a ocorrência de:

...

II - incapacidade física ou mental, ou,

III-...

Artigo 192: Quando ocorrer a hipótese prevista na alínea II, é indispensável a apresentação de laudo médico, fornecido por junta médica indicada pelo Chefe do Executivo.

Artigo 193: A transferência decorrente de readaptação será efetivada em cargo ou função compatíveis com a aptidão revelada pelo funcionário, através de testes de suficiência, obrigatoriamente realizados na forma prevista neste Estatuto.

§ único - No caso do disposto na alínea II, a junta médica indicará, no laudo, as possibilidades do funcionário, para efeito de investidura em novo cargo ou função.

Artigo 194: Concluindo-se pela impossibilidade de readaptação, o funcionário será:

a)...

b) aposentado, no caso da alínea II, de acordo com o disposto neste Estatuto.

✓



Prefeitura do Município de Piracicaba



DECRETO LEI MUNICIPAL Nº 9.077/00, DE 01/06/00, QUE COMPLEMENTA A LEI MUNICIPAL 1.972/72.

O Decreto Lei Municipal nº 9.077/00 de 01/06/2.000, está diretamente relacionado a atividade médico-pericial, sendo fundamental o seu conhecimento, especialmente do anexo I.

Anexo I.

Cardiopatia grave

Conceitua-se como cardiopatia grave no sistema médico-pericial do sistema público municipal toda aquela que, em caráter permanente, reduz a capacidade funcional do coração e conseqüentemente as capacidades físicas e profissionais do servidor, a ponto de acarretar alto risco de morte prematura ou impedir o mesmo de exercer definitivamente suas funções, não obstante tratamento médico e/ou cirúrgico em curso.

O critério adotado pelo perito médico para avaliação do coração baseia-se no consenso nacional sobre cardiopatia grave, promulgado pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC)¹ em consonância com a classificação funcional cardíaca adotada pela NYHA².

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

- 1 - Anamnese e exame físico detalhados minuciosamente do aparelho cardiovascular;
- 2 - Exames laboratoriais de sangue-hematologia, bioquímica, hormônios séricos, reações sorológicas - exames de urina e fezes;
- 3 - Radiografias do tórax em AP e PE;
- 4 - Eletrocardiograma de repouso;
- 5 - Eletrocardiograma de esforço;
- 6 - Eletrocardiografia dinâmica - Holter;
- 7 - Mapeamento ambulatorial da pressão arterial;
- 8 - Ecocardiografia bidimensional com Doppler defluxos valvulares;
- 9 - Cintigrafia miocárdica;
- 10 - Estudo hemodinâmico por cateterismo cardíaco;



Prefeitura do Município de Piracicaba



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

- Síndrome de insuficiência cardíaca congestiva;
- Síndrome de insuficiência coronariana;
- Síndrome de hipoxemia e/ou baixo débito sistêmico/cerebral, secundários a uma cardiopatia;
- Arritmias complexas e graves;

¹ - Consenso Nacional sobre Cardiopatia Grave da Sociedade Brasileira de Cardiologia - abril de 1.993.

² - New York Heart Association (NYHA).

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

1. Cardiopatias isquêmicas;
2. Cardiopatias hipertensivas;
3. Cardiomiopatias primárias ou secundárias;
4. Cardiopatias valvulares;
5. Cardiopatias congênitas;
6. Cor pulmonale crônico;
7. Arritmias complexas e graves;
8. Hipertensão arterial sistêmica em cifras altas e complicadas, com lesões irreversíveis em órgãos-alvos: cérebro, rins, olhos e vasos arteriais.

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

Para arritmias graves, serão consideradas complexas aquelas com alto grau de instabilidade elétrica do miocárdio, advindo daí manifestações sistêmicas e frequentes por fenômenos tromboembólicos e/ou sinais e sintomas de baixo débito circulatório, que não



Prefeitura do Município de Piracicaba



controláveis por drogas e/ou marca-passo artificial, por isso com alto risco de morte súbita.

De modo geral, podemos considerar como cardiopatia grave:

- Síndrome de insuficiência cardíaca de qualquer etiologia que curse com importante disfunção ventricular (Classes III e W da NYHA);
- Síndrome de insuficiência coronariana refratária à terapêutica sem indicação cirúrgica (Classes II e IV da NYHA);
- Arritmias por bloqueios atrioventriculares de 2º e 3º grau, extrassistólicas e/ou taquicardias ventriculares, síndromes bradi-taquicárdicas;
- Cardiopatias congênitas nas Classes III e IV da NYHA, ou com importantes manifestações sistêmicas de hipoxemia;
- Cardiopatias várias, tratadas cirurgicamente (revascularização do miocárdio, próteses valvulares, implante de marca-passo, aneurismectomias, correções cirúrgicas de anomalias congênitas), quando depois de reavaliadas funcionalmente forem consideradas pertencentes às Classes III e IV, ou a critério, Classe II da NYHA.

Classe	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, dispnéia ou angina do peito.
Classe II	Pacientes portadores de doença cardíaca que acarreta leve limitação à atividade física. Esses pacientes sentem-se bem em repouso, mas a atividade física comum provoca fadiga, palpitação, dispnéia ou angina de peito.
Classe III	Pacientes portadores de doença cardíaca que acarreta acentuada limitação da atividade física. Esses se sentem bem em repouso, porém, pequenos esforços provocam fadiga, palpitação, dispnéia ou angina de peito.
Classe IV	Paciente com doença cardíaca que acarreta incapacidade para exercer qualquer atividade física. Os sintomas de fadiga, palpitação, dispnéia ou angina no peito existem mesmo em repouso e se acentuam com qualquer atividade.

Consenso Nacional da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC)

Reunida em Angra dos Reis, de 2 a 4 de Abril de 1.993, a Sociedade Brasileira de Cardiologia - (SBC), com a participação de 40 cardiologistas, estabeleceu considerações e critérios para a classificação da Cardiopatia Grave, como Consenso Nacional da Sociedade Brasileira de Cardiologia.

As cardiopatias agudas, habitualmente rápidas em sua evolução, podem tornar-se crônicas, passando ou não a caracterizar uma cardiopatia



Prefeitura do Município de Piracicaba



crônica grave, ou evoluir para o óbito, situação que, desde logo, deve ser considerada como cardiopatia grave, com todas as injunções legais.

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

A avaliação conjunta dos dados de exame clínico e dos complementares, na maioria dos casos, e que poderão levar a uma classificação correta. Em algumas situações, um único item pode, isoladamente, configurar cardiopatia grave:

1. Cardiopatia Isquêmica

1.1. Quadro Clínico

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

1.2. Eletrocardiograma (repouso)

- Zona elétrica inativa (localização e magnitude)
- Alterações isquêmicas de ST-T.
- Distúrbios da condução atrioventricular e intraventricular
- Hipertrofia ventricular esquerda



Prefeitura do Município de Piracicaba



- Fibrilação atrial crônica.
 - Arritmias ventriculares complexas (associar com dados do Holter)
- 1.3. Radiografia do Tórax
- Cardiomegalia
 - Congestão venocapilar pulmonar
- 1.4. Teste ergométrico
- limitação da capacidade funcional (< 5 MET).
 - Angina em carga baixa (< 5 MET).
 - Infradesnível do segmento ST:
 - precoce (carga baixa);
 - acentuado (> ou = 3 mm);
 - morfologia horizontal ou descendente;
 - múltiplas derivações;
 - duração prolongada (> 6 min no período de recuperação).
 - Supradesnível de ST , sobretudo em área não relacionada a infarto prévio:
 - comportamento anormal da pressão arterial diastólica (variação de PD > ou = 30 mmHG);
 - insuficiência cronotrópica (elevação inadequada da frequência cardíaca);
 - sinais de disfunção ventricular esquerda associada ao esforço;
 - arritmias ventriculares, desde que associadas a outros sinais de resposta isquêmica.
- 1.5. Cintigrafia miocárdica associada a teste ergométrico (Tálio, MIBI, Tecnésio)
- Defeitos de perfusão múltiplos ou áreas extensas (áreas hipocaptantes definitivas ou transitórias).
 - Dilatação da cavidade ventricular esquerda ao esforço.



Prefeitura do Município de Piracicaba



- Hipercaptção pulmonar
- Fração de ejeção (FE) em repouso $<$ ou $= 0,35$ (valor específico para o método).
- Comportamento anormal da FE ao exercício (variação da FE
- Motilidade parietal regional ou global anormal.

1.6. Cintigrafia miocárdica associada a dipiridamol e outros fármacos

- interpretação semelhante e definida para a cintigrafia com teste ergométrico.

1.7. Ecocardiograma (em repouso)

- Fração de ejeção $<$ ou $= 0,40$ (valor específico para o método)
- Alterações segmentares da contratilidade ventricular
- Dilatação das câmaras esquerdas, especialmente se associada à hipertrofia ventricular esquerda
- Complicações associadas : disjunção dos músculos papilares, insuficiência mitral, comunicação interventricular, pseudo-aneurismas, aneurismas, trombos intracavitários.

1.8. Associado a esforço ou procedimentos farmacológicos

- Aparecimento de alterações da contratilidade segmentar inexistentes no Eco em repouso

Acentuação das alterações de contratilidade preexistentes Comportamento anormal da FE ao exercício (variação da FE $<$ 5%)

1.9. Eletrocardiografia dinâmica (Holter)

- Alterações isquêmicas (ST-T) associadas à dor anginosa ou sintomas de disjunção ventricular esquerda.
- Isquemia miocárdica silenciosa (magnitude e duração)
- Arritmias ventriculares complexas
- Fibrilação atrial associada à isquemia
- Distúrbios de condução atrioventricular e intraventricular relacionados à isquemia.



Prefeitura do Município de Piracicaba



1.10. Cinecoronarioventriculografia

- Lesão de tronco de coronária esquerda > ou = 50%
- Lesões triarteriais moderadas a importantes (> ou = 70% do terço próxima! ou médio), e eventualmente do leito distal, dependendo da massa miocárdica envolvida".
- Lesões bi ou unilaterais > ou = 70%, com grande massa miocárdica em risco.
- Lesões ateromatosas extensas e difusas.
- Fração de ejeção < ou — 0,40.
- Hipertrofia e dilatação ventricular esquerdas
- Áreas significantes de acinesia, hipocinesia e discinesia
- Aneurisma de ventrículo esquerdo
- Complicações mecânicas; insuficiência mitral, comunicação interventricular.

1.11. Fatores de riscos e condições associadas

- idade > 70 anos, hipertensão, diabetes, hipercolesterolemia familiar
- Vasculopatia ateroscleróticas importantes em outros territórios (central, periférica).

1.12. Pós-infarto do miocárdio

- disfunção ventricular esquerda (arcas de acinesia, hipocinesia e discinesia)
- Isquemia a distância (em outra área que não a do infarto)
- Arritmias ventriculares complexas
- Idade avançada

Condições associadas.

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



Prefeitura do Município de Piracicaba



2. Cardiopatias hipertensivas

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

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

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

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

A cardiopatia hipertensiva é agravada, ainda, pelo comprometimento de outros órgão(s)-alvo, como abaixo discriminado:

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

3. Miocardiopatias

3.1 Miocardiopatias hipertróficas

- História familiar de morte súbita
- Paciente sintomático, especialmente história de síncope, angina, insuficiência cardíaca e embolia sistêmica



Prefeitura do Município de Piracicaba



- Diagnóstico de infância (baixa idade)
- Hipertrofia moderada ou severa, com alterações isquêmicas de ST-T
- Cardiomegalia Disjunção ventricular esquerda sistólica
- Fibrilação atrial
- Síndrome de Wolff Parkison-White
- Arritmias ventriculares complexas
- Regurgitação mitral importante
- Doença arterial coronária associada
- Forma obstrutiva com gradiente de via de saída $>$ ou $=$ 50 mmHg

3.2. Miocardiopatias dilatadas

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

3.3. Miocardiopatia restritiva (endomiocardiofibrose, fibroelastose). ...- História de fenômenos tromboembólicos Cardiomegalia

- Insuficiência cardíaca, Classe funcional II e IV
- Fibrose acentuada
- Regurgitação mitral e/ou tricúspide importante



Prefeitura do Município de Piracicaba



3.4. Cardiopatia chagásica crônica

- História de síncope e/ou fenômenos tromboembólicos
- Cardiomegalia acentuada
- Insuficiência cardíaca, classe funcional III e IV
- Fibrilação atrial
- Arritmias ventriculares complexas
- Bloqueio bi ou trifascicular sintomático
- Bloqueio atrioventricular de grau avançado

4. Valvopatias

4.1 Insuficiência mitral

4.1.1. Quadro clínico

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

4.1.2 Eletrocardiograma

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



Prefeitura do Município de Piracicaba



4.1.3. Estudo radiológico

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

4.1.4. Ecocardiograma

- Presença de joio regurgitante de grande magnitude
- Comprometimento progressivo da função ventricular sistólica
- Aumento significativo do diâmetro sistólico do ventrículo esquerdo
- Inversão do fluxo sistólico em veia pulmonar
- Sinais de hipertensão pulmonar

4.1.5. Hemodinâmica e angiografia

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

4.2. Estenose mitral

4.2.1 Quadro Clínico

- História de comissurotomia mitral prévia
- Fenômenos tromboembólicos
- Insuficiência cardíaca, Classe funcional III e IV
- Episódios de edema pulmonar agudo
- Escarros hemoptóicos



Prefeitura do Município de Piracicaba



- Fibrilação atrial
- Estalido de abertura da valva mitral precoce
- Impulsão sistólica de ventrículo direito
- Segunda bulha hiperfonética no f oco pulmonar Sinais de insuficiência tricúspide

4.2.2. Eletrocardiograma

- Fibrilação atrial
- Sinais de sobrecarga de câmaras diretas

4.2.3. Estudo radiográfico

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

4.2.4. Ecocardiograma

- Área valvar < 1,0 CM2.
- Tempo de FC pressão > 200 ms
- Gradiente transvalvar mitral médio > 15 mmHg
- Sinais de hipertensão pulmonar (pressão sistólica da artéria pulmonar > 50 mmHg) Presença de trombo no átrio esquerdo

4.2.5. Hemodinâmica

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



Prefeitura do Município de Piracicaba



4.3. Insuficiência aórtica

4.3.1. Quadro clínico

- Insuficiência cardíaca, Classe funcional III e IV
- Manifestações de baixo débito cerebral (tontura, lipotimia, síncope)
- Síndrome de Marfan associada
- Presença de galope ventricular (B 3) Sopro de Austin-Flint na ponta
- Ictus hipercinético, deslocado extremamente
- Pressão diastólica próxima a zero
- Queda progressiva da pressão sistólica

4.3.2. Eletrocardiograma

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

4.3.3. Estudo radiográfico

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

4.3.4. Ecocardiograma

- Jato regurgitante AO/VE largo e extenso
- Fluxo reverso holodiastólico da aorta descendente
- Abertura valvar mitral ocorrendo somente com a sístole atrial



Prefeitura do Município de Piracicaba



- Piora progressiva dos parâmetros da função ventricular esquerda
- Queda da fração de ejeção ao ecocardiograma de esforço

4.3.5. Medicina nuclear associada a teste ergométrico Comportamento anormal da fração de ejeção

4.3.6. Hemodinâmica e angiografia

- Baixa pressão diastólica da aorta, tendendo à equalização das pressões diastólicas aortoventriculares
- Pressão diastólicas final do Ventrículo Esquerdo (Pd/VE) elevada (> ou = 20 mmHG.)
- Opacificação igual ou mais densa do ventrículo esquerdo em comparação com a aorta, durante aortografia (graus III e IV de Sellers).
- Fração de regurgitação > ou = 60 mmHg.

4.4. Estenose aórtica

4.4.1. Quadro clínico

- Sintomas de baixo débito cerebral (tontura, lipotimia, síncope)
- Angina do peito
- Presença de terceira bulha Insuficiência cardíaca
- Pressão arterial diferencial reduzida
- Pico tardio de intensidade máxima do sopro
- Desdobramento paradoxal da segunda bulha
- Fibrilação atrial

4.4.2. Eletrocardiograma

- Sinais de sobrecarga ventricular esquerda importante, com infradesnivelamento de ST e onda T negativa em precordiais esquerdas
- Sobrecarga atrial esquerda



Prefeitura do Município de Piracicaba



- Fibrilação atrial
- Arritmias ventriculares
- Bloqueio atrioventricular total

4.4.3. Ecocardiograma

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

4.4.4. Hemodinâmica

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

4.4.5. Prolapso valvar mitral

- História familiar de morte súbita
- História de síncope
- Fenômenos trombo-embólicos
- Síndrome de Marfan associada
- Arritmias ventriculares complexas
- Fibrilação atrial
- Disfunção ventricular esquerda
- Regurgitação mitral importante
- Prolapso valvar tricúspide associado
- Cardiomegalia (aumento de câmaras esquerdas)



Prefeitura do Município de Piracicaba



- Rotura de cordoalhas tendíneas

5. Cardiopatias Congênitas

Caracterizam-se como graves as cardiopatias congênitas que apresentam:

5.1. do ponto de vista clínico Crises hipoxêmicas

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

5.2. do ponto de vista anatômico

- Doença arterial pulmonar
- Necrose miocárdica por doença coronária ou origem anômala das artérias coronárias
- Drenagem anômala total infracardíaca ou com obstruções severas de conexão das veias pulmonares com as sistêmicas
- Hipotrofia ventricular direita
- Agenesias valvares (pulmonar e aórtica)
- Hipoplasia ou atresia de valvas pulmonares, aórticas e mitral
- Hipoplasia ou atresia do coração esquerdo
- Estenose mitral
- Transposição das grandes artérias com hiper-resistência pulmonar ou ausência de comunicações
- Ventriculos únicos com atresias valvares
- Ectopias cardíacas com alterações múltiplas
- Cardiopatias complexas

5.3. do ponto de vista anatomofuncional



Prefeitura do Município de Piracicaba



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

6. Arritmias Cardíacas

Constituem-se características de maior gravidade:

- Disfunção do nó sinusal sintomático, com comprovada correlação sintomas arritmias, e especialmente em presença de síndrome bradi-taquiarritmia.

6.1. Bradiarritmias

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

6.2. Taquiarritmias

- Taquicardias ventriculares sintomáticas (claudicação cerebral e/ou comprometimento hemodinâmico) de qualquer etiologia;
- Taquicardias supraventriculares sintomáticas (claudicação cerebral, comprometimento hemodinâmico) de qualquer etiologia;
- Taquicardias supraventriculares sintomáticas (claudicação cerebral, comprometimento hemodinâmico, taquicardiomiopatia, fenômenos trombo-embólicos) desencadeadas por qualquer mecanismo;
- Síndrome de preexcitação, com alto risco de morte súbita, determinado por estudos invasivo.



Prefeitura do Município de Piracicaba



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

7. Cor pulmonale Crônico

7.1. Quadro clínico

- Manifestações de hipoxia cerebral e periférica (dedos em vaqueta de tambor)
- Insuficiência cardíaca direita
- Dores anginosas
- Crises sincopais
- Hiperfoneses glangorosas da Segunda bulha no f oco pulmonar
- Galope ventricular direito (BB)
- PO₂. < 60 mmHg; PCO₂. 50 mmHg

7.2. Eletrocardiograma

- Sinais de sobrecarga importante de câmaras direitas

7.3. Ecocardiografia

- Hipertrofia ventricular direita com disfunção diastólica e/ou sistólica
- grande dilatação do átrio direito
- Pressão sistólica em artéria pulmonar, calculada a partir das pressões do VD e AD, > ou - 60 mmHg Insuficiência tricúspide importante
- Inversão do fluxo venoso na sístole atrial

7.4. Estudo hemodinâmico

- Dilatação do tronco da artéria pulmonar



Prefeitura do Município de Piracicaba



- Dilatação do ventrículo direito
- Dilatação do átrio direito
- Pressão na artéria pulmonar $>$ ou $=$ 60 mmHg
- Pressão do átrio direito $>$ 15 mmHg
- Insuficiência pulmonar
- Insuficiência tricúspide

II - Alienação mental

Considera-se alienação mental o estado mental consequente a uma doença psíquica em que ocorre uma deterioração dos processos cognitivos, de caráter transitório ou permanente, de tal forma que o indivíduo acometido torna-se incapaz de gerir sua vida social. Assim, um indivíduo alienado mental é incapaz de responder legalmente por seus atos na vida social, mostrando-se inteiramente dependente de terceiros no que tange às diversas responsabilidades exigidas pelo convívio em sociedade. O alienado mental pode representar riscos para si e para terceiros, sendo impedido por isso de qualquer atividade funcional, devendo ser obrigatoriamente interditado judicialmente. Em alguns casos, torna-se necessária a sua internação em hospitais especializados visando, com o tratamento, à sua proteção e à da sociedade.

É importante que se faça algumas ponderações. Considerar um indivíduo como alienado mental é decretar sua morte social, já que a interdição ou curatela é uma sentença de morte social. Se pensarmos que o que caracteriza o homem como ser social é sua inserção na sociedade enquanto participante de um pacto social, no qual os indivíduos se obrigam por força de lei ao respeito mútuo, à observância de direitos e deveres para com a sociedade, um alienado mental será excluído de tal definição de homem. E por força da lei que intima os indivíduos a uma postura de respeito aos seus pares na vida social. Aplicar a lei, quando diante de um ilícito, significa reconvocar infrator ao mundo dos homens; significa não permitir a "lei da selva", onde tudo pode; significa não permitir um retorno à animalidade. A aplicação da lei é uma exigência e uma necessidade que o homem se impõe se quer pensar-se homem. Aqui, trata-se de necessidade enquanto conceito de lógica, isto é, aquilo que não pode ser de outra forma. O alienado mental, 'ou seja, o indivíduo destacado e estranho a sua própria mente, e também um indivíduo estranho e destacado da sociedade, isto é, deixa de fazer parte dela ao ser impedido de submeter-se aos desígnios da lei. Deixa de ser sujeito de suas ações para tornar-se objeto das ações de outros.

A definição de alguém como alienado mental exige uma enorme responsabilidade do médico-perito. Para além das benesses pecuniárias que o



Prefeitura do Município de Piracicaba



enquadramento no artigo 116 da Lei 1972/72 possa acenar, deve, antes de tudo, o perito examinar e refletir a sentença que estará aplicando: a exclusão de um indivíduo do mundo dos homens e sua alienação num mundo aparte.

Nunca é demais lembrar a possibilidade de se recorrer a uma simples procuração quando um indivíduo se encontra impossibilitado de gerir sua vida econômica (nas fases críticas de um quadro psicótico, por exemplo). A curatela deve deixar-se exclusivamente para os casos em que não há possibilidades de recuperação da faculdade de juízo por parte do doente, ou a crise se mostra tão intensa que indica a necessidade de interdição. Mesmo diante de quadros psicóticos graves (esquizofrenia, PMD, paranoia, por exemplo) ou quadros confusionais com grandes alterações da consciência (infecciosos, vasculares, tóxicos, degenerativos ou mistos), o perito deve examinar e avaliar com bastante rigor se é conveniente e apropriado o enquadramento do indivíduo como alienado mental.

O simples diagnóstico de tais quadros não são indicativos de enquadramento.

Quadros passíveis de enquadramento:

Além dos mencionados, são passíveis de enquadramento os casos graves de epilepsia (onde predominam sintomas de demenciação) e as demências de uma maneira geral, (arteriosclerótica, Alzheimer, Pick etc.) . A doença de Parkinson é enquadrável no artigo 116 , porém não é caso de alienação mental (só passa a preencher os critérios, quando em fase adiantada surgirem sinais de demenciação).

Quadros não-passíveis de enquadramento

Os déficits qualitativos da personalidade (personalidades sociopáticas) ou transtornos constitucionais da personalidade (esquizóides, paranóides etc.) não são suficientes para um enquadramento como alienação mental.

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

Revisão de aposentadorias por doença mental

Todos os casos de aposentadorias por doença mental que tenham ocorrido por decurso do prazo de licença para tratamento de saúde (prazo-limite de 2 anos) devem ser reconvocados num prazo máximo de 2 anos para verificação da cessação ou não dos motivos que ocasionaram a referida aposentadoria.

Todos os casos de enquadramento em alienação mental devem também ser reexaminados por junta médica, num prazo-limite de 2 anos, a partir da data da concessão da aposentadoria, que determinará a permanência do enquadramento ou a sua cessação.

Considerações



Prefeitura do Município de Piracicaba



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

Nos casos das neuroses, devem ser evitadas as licenças prolongadas, que não trazem qualquer benefício clínico para o paciente. Ao indivíduo acometido com um quadro clínico neurótico deve ser sugerido um tratamento psicoterápico e/ou medicamentoso, sem que abandone suas atividades laborativas. Nunca é demais lembrar que a neurose só tende a cristalizar-se quando o indivíduo sofre ganhos com sua doença. Se a licença é para tratamento de saúde, nos casos de neuroses, o comportamento paternalista, ou melhor, "maternalista", por parte do perito, ao invés de ajudar, prejudica a saúde do servidor. Trabalho não é causa de doença neurótica e nem aumenta a neurose de ninguém. Por outro lado, os sintomas neuróticos tendem a aumentar quando o servidor é contemplado com licenças longas e desnecessárias, beneficiando-se, assim, da sua doença.

III - Cegueira

Para fins de enquadramento, existem casos de acentuada diminuição da acuidade visual após correção que são equiparadas à cegueira. Consideram-se esses limites

"0,05 "em cada um dos olhos; ou

"0 " em um olho e até "0,20 " no outro.

Os casos de perda de visão transitória não poderão ser considerados para esse critério, que só será estabelecido quando de deficiência visual por afecção crônica, progressiva e irreversível e que venha a ocasionar cegueira total ou lesão equiparada à cegueira.

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.

IV - Formas avançadas de doença de Paget - Osteíte Deformante.

A osteíte deformante evolui de modo crônico progressivo em duas fases:

Fase ativa ou osteoporótica, caracterizada por formação de tecido ósseo ricamente vascularizado.



Prefeitura do Município de Piracicaba



Fase de relativa inatividade, na qual há formação de tecido ósseo denso e menos vascularizado (Stephen N. Krane).

Conceitua-se como formas avançadas da doença de Paget:

- Formas com lesões ósseas generalizadas, fraturas espontâneas e manifestações dolorosas múltiplas
- Formas acompanhadas de insuficiência cardíaca com débito elevado.

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

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

V - Paralisia irreversível incapacitante

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

VI - Neoplasias malignas

O exame médico-pericial tem por objetivo a verificação:

- do diagnóstico da neoplasia através de exame histopatológico ou citológico
- da extensão da doença e presença de metástases
- da tratabilidade cirúrgica, quimioterápica ou radioterápica
- do prognóstico da evolução da doença
- do grau de incapacidade parcial ou total, temporária ou permanente
- da correlação da incapacidade com a função do servidor No caso de a incapacidade levar à aposentadoria, deve-se fazer a distinção entre a incapacidade por persistência da doença neoplásica e as decorrentes das sequelas do tratamento. Somente a primeira hipótese é enquadrável no artigo 116 inciso I, letra b.

As neoplasias que após o tratamento propiciarem um longo período assintomático permitem o retorno ao trabalho, mesmo sem cura.



Prefeitura do Município de Piracicaba



VII - Espondiloartrose Anquilosante

Conceitua-se com anquilose a rigidez ou fixação de uma articulação e como anquilose óssea ou verdadeira afixação completa de mesma devida à fusão dos ossos.

A doença articular da coluna vertebral que leva à anquilose, levando à imobilidade completa da mesma, é uma entidade patológica rara, denominada "espondilite reumatóide ou espondilite anquilosante (doença de Pierre Marie Strumpell)", de etiologia desconhecida, de natureza inflamatória e evolução progressiva. O enquadramento em lei deve ser realizado quando há invalidez total para o cargo do servidor. Formas iniciais ou que não trazem incapacidade para o trabalho não são passíveis de aposentadoria. As doenças degenerativas da coluna, as osteoartroses, não preenchem as situações expressas em lei.

VIII - Nefropatia grave

Na avaliação da gravidade de nefropatia e do grau de incapacidade que podem acarretar, devem ser levadas em consideração:

- sintomas clínicos
- alterações bioquímicas

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



Prefeitura do Município de Piracicaba

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

São consideradas nefropatias graves:

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



Prefeitura do Município de Piracicaba



IX - Doença de Parkinson

Doença decorrente de um comprometimento do extrapiramidal, identificável por uma tríade de manifestações muscular e perda dos reflexos posturais, não sendo possível, todavia, na maioria dos casos, conhecer sua etiologia, sendo então denominada parkinsonismo primário ou doença de Parkinson propriamente dita. Quando identificada a causa (pós-encefalite, arteriosclerótica etc.) a doença é conhecida por Síndrome de Parkinson ou parkinsonismo secundário.

Ambas as formas clinicas satisfazem o critério da legislação, exigindo apenas o reconhecimento da incapacidade laborativa e/ou de invalidez, verificada com o impedimento do desempenho das atividades inerentes ao cargo e da impossibilidade do controle terapêutico da doença.

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

X- Tuberculose ativa

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

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

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

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

As lesões tuberculosas podem ser classificadas da seguinte maneira:



Prefeitura do Município de Piracicaba

- ativas: progressivas, regressivas ou crônicas inativas
- com atividade indeterminada ou de potencial evolutivo incerto curadas I - Tuberculose pulmonar

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

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

- Bacteriológico: presença no exame direto ou na cultura, de qualquer secreção ou material de biópsia, do M, Tuberculosis. O diagnóstico bacteriológico é realizado na rotina médica por meio de baciloscopia e cultura, para resultados mais fidedignos é recomendada a execução de pelo menos 3 exames em amostras diferentes ou o exame material colhido durante 24 horas. Caso não haja expectoração, outras técnicas devem ser empregadas - exame direto e cultura do material da biópsia ou do lavado bronquíolo-alveolar. A inoculação nas cobaias fica reservada para os casos muito especiais, onde possam haver dúvidas na identificação do bacilo.
- Radiológico: deverão ser valorizados: o caráter infiltrativo - inflamatório - das lesões, traduzido pela presença de reação perifocal, instabilidade dessas demonstradas nas radiografias em série, presença de cavidades com paredes espessas com cm sem líquido no seu interior, importante reação inflamatória perifocal, presença de derrame pleura associado ou não a complexo gânglio-pulmonar recente.
- Clínico: em algumas situações podemos considerar uma lesão como ativa mesmo; na ausência de comprovação bacteriológica, isso se dá nos casos de "lesões mínimas" ou nas formas miliares, geralmente paulibacilares. Aqui, devemos valorizar mais os sinais e sintomas sindrômicos, o aspecto e a localização radiológica das lesões, o conhecimento do contágio conhecido e a prova tuberculínica com viragem recente (PPD - reator-forte). Mesmo considerando a inespecificidade dos sintomas da doença.

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

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



Prefeitura do Município de Piracicaba



2 - Tuberculose ganglionar

As localizações mais frequentes são as mediastínicas e nos gânglios periféricos cervicais. Os gânglios cervicais que aumentam de volume, inicialmente apresentam-se duros, posteriormente, tendência ao amolecimento, castificando-se geralmente drenam para o exterior; o seu diagnóstico é feito pela biópsia complementada por exame histopatológico e bacteriológico desse material. Essa forma de apresentação da doença é relativamente rara e dificilmente causará incapacidade permanente.

3 - Tuberculose renal

O diagnóstico etimológico da atividade e da cura do comprometimento renal pela tuberculose é realizado pelos seguintes exames:

- Bacteriológico: comprovando, por meio de baciloscopia direta, cultura ou inoculação em animais sensíveis, da urina ou de material colhido por endoscopia ou punção, a presença do M. Tuberculosis. A urina deve ser a primeira da manhã e os exames repetidos em 6 amostras independentes. "A comprovação bacteriológica é a única que pode afirmar o diagnóstico e a atividade das lesões, mas, nesses casos, só é positiva com 50% dos examinados".

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

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

4 - Tuberculose óssea

As localizações mais frequentes são: vertebral e depois coxofemoral.

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

Nos exames para verificação de saúde e aptidão para ingresso no serviço público, a constatação de tuberculose ativa leva, na ocasião, à inabilitação do candidato. Já, ao contrário da comprovação de lesão inativa ou residual, em si só, não inabilita o candidato. Nesses casos,



Prefeitura do Município de Piracicaba



entretanto, se faz necessário uma criteriosa avaliação, das sequelas porventura presentes e sua repercussão sobre a capacidade laborativa atual é futura do indivíduo.

XI - Hanseníase

Definição do caso:

Um caso de hanseníase é quando- uma pessoa apresenta sinais clínicos da doença com ou sem confirmação bacteriológica do diagnóstico.

São consideradas 4 (quatro) formas clínicas: indeterminada, tuberculóide, dimorfa e virchowiana.

Atualmente, o diagnóstico de hanseníase baseia-se fundamentalmente no exame clínico e na baciloscopia, que nos fornece o índice Baciloscópico (IB), levando a classificar os pacientes em polibacilares e multibacilares. De acordo com esse critério, será instituído o seguinte tratamento: 6 (seis) meses para a o polibacilares e 24 (vinte e quatro) meses para o multibacilares.

a) Polibacilares:

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

- Critérios baciloscópicos: pacientes com todos os esfregaços negativos (índice Baciloscópico igual a zero - IB = 0), ou baciloscopia negativa

b) Multibacilares:

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

- Critérios baciloscópicos: pacientes com baciloscopia positiva (+, ++, +++) em que qualquer esfregaço examinado, ou seja, qualquer resultado diferente do negativo. A doença, por si só, não leva a pessoa a ser afastada de suas atividades laborativas, uma vez que ao iniciar a terapia específica (poliquimioterapia), o portador bacilífero toma-se não contagiante logo na terceira semana de tratamento. Em algumas avaliações por especialistas, os casos multibacilares poderão ser afastados de suas atividades por período de 3 (três) semanas.

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



Prefeitura do Município de Piracicaba



Avaliação dos graus de incapacidade

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

	MÃO	E	D	PÉ	E	D	OLHO	E	D
	Sinais e/ou sintomas			Sinais e/ou sintomas			Sinais e/u sintomas		
0	nenhum problema com as mãos devido à hanseníase			Nenhum problema com os pés devido à hanseníase			Nenhum problema com os olhos devido à hanseníase		
1	Anestesia			Anestesia			Sensibilidade corneana diminuída ou ausente		
2	Úlceras e lesões traumáticas, garra móvel da mão, reabsorção discreta			Úlceras trópicas, garra dos antelhos, é caído, reabsorção discreta			Lagofalmo e/ou ectrópio, tríquiase, opacidade corneana		
3	Mão caída, articulação anquilosada, reabsorção intensa			Contratura, reabsorção intensa			Acuidade visual menor que 0,1, ou não conta dedos a 6 metros		
CD E o CO	maior grau atribuído								

Tabela 03.

	Sim	Não
Comprometimento da laringe		
Desabamento do nariz		



Prefeitura do Município de Piracicaba

Paralisia facial		
	OD	OE
Acuidade visual		

XII - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS)

Conceito(*)

A SIDA/AIDS é uma Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, causada pelo vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), podendo acometer qualquer indivíduo, mormente os que apresentam um comportamento considerado de risco, resultando em infecções oportunistas, doenças malignas e lesões neurológicas.

Classificação

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

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

1. Categoria A: Indivíduos com sorologia positiva para o HW, sem apresentar sintomas clínicos:

1.1. Infecção assintomática pelo HIV

1.2. Linfadenopatia generalizada persistente - Linfadenomegalia, envolvendo duas ou mais regiões extra-inguinais, com duração de pelo menos 3 (três) meses, associada à sorologia positiva para o HIV

1.3. Infecção aguda (primária) pelo HIV - Síndrome de mononucleose, caracterizada por febre, linfadenomegalia e esplenomegalia. A sorologia para o HIV é negativa, tornando-se positiva geralmente duas ou três semanas após o início do quadro clínico

2. Categoria B: Indivíduos com sorologia positiva para o HIV, sintomáticos, que não estejam incluídos na Categoria C, mas que apresentem infecções oportunistas e neoplasias:

2.1. angiomatose bacilar

2.2. candidíase vulvovaginal persistente de mais de um mês, que não corresponde ao tratamento específico

2.3. candidíase orofaríngea



Prefeitura do Município de Piracicaba



- 2.4. sintomas constitucionais (febre acima de 38,5°C ou diarreia com mais de um mês de duração)
 - 2.5. displasia cervical (moderada ou grave) / carcinoma cervical in situ
 - 2.6. leucoplaquia pilosa oral
 - 2.7. herpes zoster envolvendo pelo menos dois episódios independentes ou mais de um dermatomo
 - 2.8. púrpura trombocitopênica idiopática
 - 2.9. listeriose
 - 2.10. doença inflamatória pélvica, principalmente se for complicada por abscesso tuboovariano
 - 2.11. neuropatia periférica
3. Categoria C (SIDA AIDS) ; pacientes soropositivos e sintomáticos, que apresentam infecções oportunistas ou neoplasias (doenças que definem a SIDA/AIDS) :
- 3.1. candidíase esofágica, traqueal brônquica ou pulmonar
 - 3.2. coccidiomicose, disseminada ou extrapulmonar
 - 3.3. criptococos extrapulmonar
 - 3.4. câncer intensivo
 - 3.5. rinite, ou hepatite por citomegalovirus
 - 3.6. herpes simples mucocutâneo com mais de um mês de evolução
 - 3.7. histoplasnose disseminada
 - 3.8. isosporiase intestinal crônica(mais de 1 mês de duração)
 - 3.9. micobacteriose atípica
 - 3.10. tuberculose pulmonar ou extrapulmonar
 - 3.11. pneumonia por Pneumocystis carinii
 - 3.12. pneumonia recorrente com mais de dois episódios em um ano
 - 3.13. bacteremia recorrente por salmonella
 - 3.14. toxoplasmose cerebral



Prefeitura do Município de Piracicaba



- 3.15. leucoencefalopatia multifocal progressiva
- 3.16. criptosporidiose intestinal crônica
- 3.17. sarcoma de Kaposi
- 3.18. linfoma de Burkitt imunoblástico ou primário de cérebro
- 3.19. encefalopatia pelo AIV
- 3.20. síndrome consumptiva pelo HIV
- 3.21. doença por citomegalovirus (A exceção do fígado, baço ou gânglios linfáticos)
ré tini te por citomegalovirus (com perda de visão)

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

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

TABELA DE CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA E LABORATORIAL

Grupos	T-CD4+	categorias clínicas		
		A	B	C
1	> 500/mm ³	A1	B1	C1
2	200 -499/mm ³	A2	B2	C2
3	< 200/mm ³	A3	B3	C3

Obs: A3, B3, C2 e C3 são consideradas SIDA/AIDS. As demais são consideradas portadores do vírus HIV.

Critérios para enquadramento:

- Serão considerados incapazes definitivamente para o serviço os examinados classificados nas categorias A3, B3 e C (todos).
- Serão considerados incapazes temporariamente para o serviço os examinados classificados nas categorias A1, A2, B1 e B2, na presença das



Prefeitura do Município de Piracicaba



manifestações clínicas incapacitantes. Deverão ser mantidos em licença para tratamento de saúde por até dois anos, com controle trimestral. Após os dois anos de licença médica, caso permaneçam com sorologia positiva e incapacitados para retorno ao trabalho, mesmo que readaptados em outra função, serão aposentados.

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

VII - Classificação de Gravidade da Doença Pulmonar

Baseada na Classificação de risco de Tarrington e Henderson - 1988.

A classificação de gravidade da doença pulmonar poderá ser avaliada levando-se em consideração a análise dos dados apresentados na tabela abaixo. Alguns dos critérios apresentados, são utilizados no estabelecimento do risco de ocorrência de complicações pulmonares no pós-operatório de cirurgia geral, propostas por Torrington e Renderson - 1.986 -, publicada recentemente na "Revista da Associação Médica Brasileira - Volume 46, Número 2 - Abril/Junho de 2.000 - Aplicabilidade da Escala de Torrington e Henderson ", a qual adaptamos para servir de parâmetro na análise pericial, que vem se mostrando razoável e satisfatória, até o momento :

Gravidade da Doença Pulmonar

Fatores Clínicos	Pontos
Idade Superior a 65 anos	01
Obesidade Superior a 150 % do peso ideal	01
Doença Associada : - Cardíaca	02
Doença Associada : - Metabólica	02
Doença Associada : - Outras	01
Fumante Atual	01
Tosse ou Expectoração	01
Doença Pulmonar	01



Prefeitura do Município de Piracicaba



Espirometria : CVF < 50 % do previsto	01
Espirometria : VEF1/CVF : 65 a 74,9 %	01
Espirometria : VEF1/CVF : 50 a 64,9 %	02
Espirometria : VEF1/CVF : < 50 %	03

Avaliação: De 0 a 4 pontos = Comprometimento leve; De 5 a 8 pontos = Comprometimento Moderado ; De 9 a 14 pontos = Comprometimento Grave .



Prefeitura do Município de Piracicaba

CRITÉRIOS PARA ESTADIAMENTO DA DEFICIÊNCIA.

A padronização de procedimentos é um desejo do administrador, visando a facilitação da análise comparativa. Na atividade médica o estabelecimento de protocolos, parece bastante razoável em diversas situações, ressaltando-se que tais procedimentos não podem ser situações rígidas e estanques. O processo mórbido apresenta-se de forma variável nos diversos indivíduos, por motivos do próprio indivíduo, por motivos do agente etiológicos, fonte de contaminação, fatores desencadeantes, enfim, varias são as situações que levam a exteriorizações clínicas diferentes em apresentação e evolução, de um mesmo processo mórbido em indivíduos diferentes, mesmo que muito semelhantes. Nesta situação, a experiência e capacidade de análise individual é que permitem estabelecer o diagnóstico e tratamentos adequados.

Existem questões consensuais e outras controversas. Daí a necessidade de se estabelecer critérios para servirem de orientação para a decisão pericial. A que apresentamos não tem a pretensão de ser a única, ou a melhor, deve ser entendido simplesmente como um parâmetro, devendo o perito médico aplicá-la, se necessário, observando a sua experiência individual.

Tais critérios foram baseados nos da Academia Americana de Medicina:

Critérios de Avaliação da Incapacidade Laborativa (Critérios de Avaliação de dias de Afastamento)

Grau da Incapacidade	Característica	Dias de Afastamento
1	Não requer tratamento Todas as atividades da vida diária podem ser realizadas	Geralmente não há .
2	Requer tratamento . Todas as atividades da vida diária podem ser realizadas .	Pode haver de Zero a 5 dias .
3	Requer tratamento . Ocorre interferência ocasional nas atividades da vida diária .	Geralmente presente de Zero a 10 dias.
4	Reaver tratamento contínuo. Ocorre interferência nas atividades da vida diária.	Geralmente presente de Zero a 15 dias.



Prefeitura do Município de Piracicaba

5	Requer tratamento contínuo. Ocorre interferência nas atividades da vida diária podendo sobrepor risco/agravo temporário para si e/ou terceiros	Geralmente presente de Zero a 30 dias.
---	--	--

Também são considerados nas classificações a forma de apresentação dos processos mórbidos, levando-se em consideração a expressão clínica em quadros agudos, moderados e graves, bem como o tipo de procedimento realizado ou evento acontecido em processo mórbido preexistente. Tais critérios são empíricos e novamente deve-se ressaltar que não são únicos ou os melhores, devem servir apenas como base para o perito médico.

Testes de Waddell

- Dor ao toque superficial;
 - Testes de Estímulo;
 - Teste de Distração;
 - Distúrbios regionais não coincidentes;
- Verbalização desproporcional.

Critérios com base na Exteriorização Clínica

Situações Clínicas	Dias de afastamento
Crises Agudas passageiras	Zero a 3
Crises Agudas leves / recorrentes / Procedimentos não invasivos .	Zero a J
Crises Agudas leves / moderadas / Procedimentos invasivos simples (vídeo) .	Geralmente de 5 a 10
Crises Agudas Moderadas / Crises Agudas em Patologias Crônicas / Internações / Pós-operatório sem complicações / Quadros Infecciosos .	Geralmente de 10 a 15



Prefeitura do Município de Piracicaba

Crises Agudas Graves / Internação hospitalar c/ risco / Pós-operatório em procedimentos de grande porte e/ou com complicações .	Geralmente de 15 a 30
Crises Agudas Graves de Doenças Crônicas/ Agravos em Doenças Crônicas / Quadros debilitantes e/ou limitantes/ Doença Infecciosa Grave e/ou recorrente / Outras Doenças Graves	Geralmente maior que 30 - requer avaliação de Invalidez/Reabilitação

Repercussão da incapacidade nas atividades da vida diária, como higiene pessoal, alimentação e etc..

Atividades da Vida Diária

Atividade	Grau de Autonomia		
	Total	Parcial	Ausente
Higiene Pessoal			
Vestir-se			
Pentear-se			
Calçar Sapatos			
Preparar Alimentos			
Arrumação do Lar			
Assistir TV			
Telefonar			
Ler Jornal			
Ir a padaria ou mercadinho			
Dirigir			
Uso de Transporte Coletivo			
Passar Roupa			
Compras no supermercado			
Caminhar pela Casa			
Sentar-se a mesa			
Outros			



Prefeitura do Município de Piracicaba

Tabela Auxiliar:

Medicamentos que interferem com o ato de dirigir

Ansiolítico	Anti-histamínicos	Hipnóticos	Antidepressivo	Analgésico	Antipsicóticos	Diversos
Diazepam	Celestamin	Noctal	Anafranil	Meperidina	Haldol	Escopolamina.
Dienpax	Histamin	Dalmadorm	Imipramida	Tramal	Stelazine	Antitussígenos
Valium	Fenergan	Rohypnol	Pamelor	Lisador	Ampectil	Codeína
Tensil		Dormonid	IMAO	Tylex	Melleril	Efedrina
Psicosedin			Lítio*			Titatil
Olcadil			Fluoxetina*			Piroxican
Limbitrol						AAS
Lorax						
Frontal						

* Somente no início do tratamento

Epilepsia: Categoria B - Vedada atividade remunerada - Não dirigir à noite; de dia, dirigir somente em vias de pouco movimento e/ou baixa velocidade; Suspende a carteira quando reduzir ou retirar a droga por 2 anos, se não reincidir crise, liberar por 6 meses por 2 x e se sem crise liberar para cada 5 anos a reavaliação.

