

A dark blue vertical bar on the left side of the page. A blue arrow-shaped graphic points to the right from the bar, containing the year 2016.

2016

# MANUAL DE PERÍCIAS MÉDICAS

JUNTA MÉDICA OFICIAL DO  
ESTADO DO TOCANTINS.

A series of thin, curved lines in shades of blue and grey that originate from the bottom left and curve upwards and to the right, creating a sense of movement and depth.

GERÊNCIA DE PERÍCIAS MÉDICAS

**Governador do Estado do Tocantins**  
Marcelo de Carvalho Miranda

**Vice-Governador**  
Cláudia Telles de Menezes Pires Martins Lélis

**Secretário da Administração**  
Geferson Oliveira Barros Filho

**Secretário Executivo**  
Fernando Moreno Suarte

**Superintendente de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas**  
Sandra Cristina Gondim

**Presidente da Junta Médica Oficial do Estado**  
Márcio Roberto Knewitz

***Elaboração:***

**Gerente de Perícia Médica da Junta Médica Oficial do Estado**  
Márcia Barros Varão Sampaio  
**Médico Perito**  
Fernando Pedroso Berdarrain

***Revisão:***

**Analista Técnico Jurídico**  
Rafael Morelli Cunha

***Colaboradores:***

***Equipe de médicos peritos da JMOE***

## Sumário

1. Apresentação .....	4
2. JMOE .....	4
3. Leis .....	4
4. Perícia Médica Oficial .....	4
5. Médico Perito Oficial .....	4
6. Perícia Médica Especial .....	5
7. Saúde .....	5
8. Saúde do Servidor .....	5
9. Capacidade Laborativa .....	6
10. Incapacidade Laborativa .....	6
11. Invalidez .....	6
11.1 Invalidez Parcial .....	7
12. Doença Incapacitante .....	7
13. Atividades da Vida Diária .....	7
14. Deficiência Física .....	7
15. Serviços Prestados pela JMOE .....	8
16. Definição dos Serviços Prestados pela JMOE .....	8
16.1 Licença para Tratamento de Saúde .....	8
16.2. Licença para Tratamento de Saúde em Pessoa da Família .....	8
16.3. Licença Maternidade .....	9
17. Remanejamento .....	9
18. Readaptação .....	9
19. Reabilitação Funcional .....	9
20. Aposentadoria por Invalidez .....	9
21. Das Licenças .....	10
21.1 Avaliação Médico-Pericial .....	10
21.2 Funcionalidade .....	11
21.3 Resultado da Avaliação Pericial .....	11
22. Licença para Tratamento de Saúde .....	11

22.1 Avaliação Médico-Pericial.....	12
23. Licença Maternidade .....	13
23.1 Avaliação Médico-Pericial .....	14
24. Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família .....	14
24.1 Avaliação Médico-Pericial .....	15
25. Perícia Domiciliar, Hospitalar e em Trânsito.....	15
26. Aposentadoria por Invalidez .....	16
26.1 Avaliação Médico-Pericial .....	16
26.2 Concessão de Aposentadoria com Integralidade .....	17
26.3 Resultado da Avaliação Pericial.....	39
27. Horário Especial .....	39
28. Readaptação de Função .....	41
29. Remanejamento de Função .....	41
30. Remoção .....	41
31. Isenção de Imposto de Renda .....	41
32. Integralização de Proventos .....	42
32.1 Avaliação Médico-Pericial .....	44
32.2 Funcionalidade .....	44
32.3 Resultado da Avaliação Pericial .....	45
33. Comprovação de Invalidez dos Dependentes .....	45
34. Reversão de Servidor Aposentado por Invalidez .....	45
35. Inscrição Junto Ao Plano de Saúde .....	46
35.1 Funcionalidade .....	46
36. Acompanhamento Psicossocial .....	47
36.1. Atividades do Psicossocial .....	47
37. Serviços para o Interior do Estado .....	48
38. Conclusão .....	49
39. Referências Bibliográficas.....	51

## **1. Apresentação**

Este Manual tem o objetivo de auxiliar o servidor público estadual na obtenção de serviços e avaliações médicos-periciais relacionados à saúde. No presente instrumento encontram-se todas as informações sobre conceitos, documentação necessária e diploma legal referente aos procedimentos administrativos utilizados pela Perícia Médica, por intermédio da JMOE, para concessão de licenças e demais serviços, de acordo com critérios exclusivamente técnicos.

## **2. JMOE**

A Junta Médica Oficial do Estado é uma unidade tática subordinada diretamente à Secretaria de Administração do Estado do Tocantins, sendo composta por uma equipe de Médicos-Peritos de diversas especialidades, de Assessoria Jurídica, Psicossocial e Colaboradores da área administrativa, estando aptos ao atendimento dos servidores públicos estaduais da capital e cidades do interior.

## **3. Leis**

As fontes normativas são: Constituição Federal, de 05 de outubro de 1988; Constituição do Estado do Tocantins, de 05 de outubro de 1989; Instrução Normativa Geral Nº02/2009, de 25 de março de 2009; Lei Nº1.818, de 23 de agosto de 2007; Lei Nº1.614, de 04 de outubro de 2005; Lei Nº1.424 de 12 de dezembro de 2003; Lei Nº1.981, de 18 de novembro de 2008; Lei Nº8.213, de 24 de julho de 1991, Lei n.º 9.250 de 26 de dezembro de 1995, Decreto Nº 3.048, de 06 de maio de 1999 e Lei Nº 8.112 de 11 de dezembro de 1990 e suas alterações posteriores.

## **4. Perícia Médica Oficial**

É o ato administrativo que consiste na avaliação técnica de questões relacionadas à saúde e a capacidade laboral, realizada na presença do servidor por médico perito devidamente autorizado, formalmente designado e que atua diretamente na Junta Médica Oficial do Estado.

A prática médico-pericial obedece a uma extensa e complexa relação de leis, decretos, portarias e instruções normativas, que estabelecem os limites de atuação dos setores administrativos e indicam quais as competências e atribuições do médico investido em função pericial.

Os profissionais que exercem a perícia médica com especialidade, como é o caso dos médicos-peritos da Previdência Social, dos Setores de Polícias Especializadas, dos Tribunais de Justiça e dos serviços médicos de pessoal dos Setores Privado e Público (âmbito federal, estadual e municipal), devem aprofundar-se no conhecimento da legislação específica e instruções de natureza administrativa, sem, contudo, deixar de privilegiar o atendimento médico como ato científico, técnico e social.

## **5. Médico Perito Oficial**

É o profissional tecnicamente habilitado para realizar exames periciais com o objetivo de subsidiar a Administração Pública na formação de pareceres. É responsável pelo estabelecimento da correlação entre o estado mórbido e a capacidade laborativa do servidor, bem como pelo nexo de causalidade entre morbidade e o trabalho. Tem o dever precípua de colaborar na fundamentação das decisões administrativas.

Nesse sentido, a concessão da licença é de sua inteira responsabilidade, porquanto resulta de conclusão técnica e pericial com base em exame obrigatório. O atestado do médico assistente deve ser entendido como uma recomendação e, como tal, não tem poder de decisão. Se sua conclusão coincide com a recomendação do médico atestante, tanto melhor. Porém, a responsabilidade de decisão continua sendo do médico perito.

O exame médico-pericial deve ser registrado em formulário próprio, conclusivo, datado e assinado. As informações do setor médico-assistencial devem ser juntadas ao prontuário do

servidor, mesmo que a recomendação do médico assistente não tenha sido acatada, no todo ou em parte.

O médico perito não deve admitir conclusão pericial insegura, para tanto deve recorrer a exames subsidiários, pareceres de especialistas, relatórios dos médicos assistentes ou pesquisas realizadas no prontuário do setor médico-assistencial. Tem o dever precípua de emitir parecer técnico, legível, detalhado e específico ao caso ora analisado.

## 6. Perícia Médica Especial

É um procedimento pericial realizado por dois ou mais médicos peritos, que irão compor uma Junta Recursal destinada a analisar casos especiais que necessitem de reavaliação clínica.

A Perícia Médica Especial poderá ser requerida pelo servidor quando não concordar com o resultado da perícia, como também poderá ser requisitada pelo médico perito quando sentir necessidade de opinião de outros colegas de profissão.

Como exemplo de avaliação feita em conjunto por médicos especialistas, observa-se o caso de incidente de sanidade mental, que é previsto quando houver dúvida, em qualquer fase do processo administrativo disciplinar, a unidade de Corregedoria Administrativa ou a Comissão deve propor à autoridade competente o encaminhamento do servidor a exame pela Junta Médica Oficial do Estado, a qual deve contar com o curso de um médico psiquiatra.

## 7. Saúde

No decorrer da construção do processo sociocultural da humanidade, a saúde tem sido definida por diversos modos. Na Grécia Antiga, a saúde era uma condição de equilíbrio do corpo “*mens sana in corpore sano*”. Para os índios Norte-Americanos, saúde era estar em harmonia com a natureza. Os chineses antigos acreditavam que saúde era o reflexo de uma força chamada ‘*Qi*’ (Edelman 1986).

Não obstante esse caráter humanitário e holístico proposto por diversas civilizações no decorrer da história, a medicina ocidental, no início do século XX, talvez influenciada por uma visão positivista, construiu um modelo de saúde compartimentalizado. Essa visão perdurou durante todo o século XX, o que levou a uma concepção de saúde curativa e não preventiva, cujo foco primário concentrou-se na doença e na incapacidade. Somente na década de 1990, a postura médica em função dos custos crescentes deste modelo começou a mudar para uma visão mais holística e completa do que é saúde.

Em 1946 a Organização Mundial de Saúde introduziu uma dimensão mais qualitativa de saúde em sua definição: saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doença ou enfermidade, ou numa definição mais contemporânea: saúde é a qualidade de vida envolvendo as aptidões individuais do ponto de vista social, emocional, mental, espiritual e físico, as quais são consequências das adaptações ao ambiente em que vivem os indivíduos.

## 8. Saúde do Servidor

Para caracterizar o caráter holístico de saúde que irá nortear este Manual, torna-se necessário buscar a definição de **saúde do servidor**, que se insere em uma das áreas da Saúde Pública e tem como objetivos primordiais à promoção e a proteção da saúde do trabalhador, por meio do desenvolvimento de ações de vigilância dos riscos de agravos, da organização e prestação da assistência aos trabalhadores, compreendendo procedimentos de diagnóstico, tratamento e readaptação funcional de forma integrada.

O conceito de “Promoção de Saúde”, norteador deste Manual, amplia o alcance e sentido do direito administrativo vigente, especialmente na aplicação dos princípios básicos da Administração Pública e demais diretrizes normativas, focado tão somente na capacidade laboral

do servidor, exprimindo, dessa forma, uma ideia de interdisciplinaridade, o que exigirá um preparo amplo e uma visão abrangente dos profissionais de saúde envolvidos.

## **9. Capacidade Laborativa**

É uma avaliação médico-pericial direcionada a uma situação específica, de forma circunstanciada e destinada a responder aos quesitos estabelecidos, atendendo aos conceitos e aos critérios legais da Junta Médica Oficial do Estado do Tocantins.

No critério de avaliação da capacidade laborativa, deve se considerar os seguintes elementos: alterações mórbidas obtidas por meio de anamnese, exame físico, exames laboratoriais e, se for necessário, pareceres de outros profissionais de saúde, bem como histórico ocupacional, avaliação psicossocial e verificação de causalidade com a ocupação atual e passada (nexo-causal) e outras julgadas com observância dos dispositivos legais.

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

Na avaliação da capacidade laborativa e suas consequências, como no caso da concessão ou não da licença médica, assim como na suspensão, o médico perito deve levar em conta a relação entre a patologia apresentada e a incapacidade para o trabalho, considerando algumas possibilidades e o aspecto sócio-econômico do servidor, como por exemplo, o meio de transporte que utiliza e a necessidade de ser acompanhado ou não ao local de trabalho, dentre outros casos.

## **10. Incapacidade Laborativa**

É a impossibilidade de desempenho de atividades específicas do cargo ou função, decorrentes de alterações patológicas consequentes a doenças ou acidentes. A incapacidade pode ser temporária quando a recuperação é esperada dentro de prazo previsível; ou permanente quando o servidor for considerado incapaz e insuscetível de reabilitação para o exercício da atividade inerente ao cargo ou em função correlata, com execução de tarefas acessórias ao seu grupo ocupacional, por não haver recursos terapêuticos disponíveis no momento do parecer. Indisponibilidade ou incapacidade permanente acarreta aposentadoria por invalidez, a ser remunerada com proventos integrais ou proporcionais.

## **11. Invalidez**

Incapacidade total (que gera impossibilidade de desempenhar as atribuições do cargo, não permitindo atingir a média de rendimento alcançada em condições normais pelos servidores detentores de cargo, função ou emprego), permanente (a incapacidade insuscetível de recuperação com os recursos da terapêutica, readaptação e reabilitação disponíveis à época da avaliação pericial) e omni-profissional (aquela que implica a impossibilidade do desempenho de toda e qualquer atividade laborativa que vise ao próprio sustento ou de sua família) para o desempenho das atribuições do cargo, função ou emprego. As conclusões de avaliação da incapacidade, com base em exame pericial, deverão ser as mais rápidas possíveis, permitindo diagnósticos sindrômicos ou sintomáticos diante da incapacidade. A invalidez permanente acarreta a aposentadoria, por tornar o servidor incapaz de prover a sua subsistência ou de sua família e a realização das atividades da vida diária.

### **11.1 Invalidez parcial**

É quando a tarefa pode ser executada sem risco de vida ou agravamento da doença, envolvendo, todavia, diferença na qualidade de trabalho, com menor produtividade e, por consequência, reduzindo a eficiência e efetividade da prestação laboral a ser realizada.

Em determinado lapso temporal, por intermédio de avaliação médico-pericial, deverá ser observado o bem estar e a qualidade de vida do servidor e, por consequência, os reflexos de sua capacidade laboral.

## 12. Doença Incapacitante

É a enfermidade que produz incapacidade para desempenhar as tarefas da vida diária e as atividades laborais do ser humano. A doença incapacitante pode ser passível de tratamento e controle, com recuperação total ou parcial da capacidade laborativa do servidor, não resultando obrigatoriamente em invalidez.

## 13. Atividades da Vida Diária

São tarefas pessoais concernentes ao autocuidado e também a outras habilidades pertinentes ao cotidiano de qualquer pessoa, como escovar os dentes, pentear os cabelos, vestir-se, tomar banho, calçar sapatos, alimentar-se, beber água, fazer uso do vaso sanitário, dentre outros exemplos;

Em relação às tarefas diárias temos como exemplo cozinhar, lavar louça, lavar roupa, arrumar a cama, varrer a casa, passar roupas, usar o telefone, escrever, manipular livros, sentar-se na cama, transferir-se de um lugar ao outro, dentre outros.

## 14. Deficiência Física

Caso o servidor seja considerado inválido ou incapacitado de forma plena para exercer suas atividades diárias, inclusive atividades laborais, ele estará amparado por normas vigentes que protegem os direitos dos portadores com deficiência física e de necessidades especiais. Diante disto, surgiu a necessidade de definir o que vem a ser deficiente para a legislação brasileira.

O Decreto Nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999 regulamentou da seguinte forma, em seu Art. 3º, in verbis:

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

II - deficiência permanente – aquela que ocorreu ou se estabilizou durante um período de tempo suficiente para não permitir recuperação ou ter probabilidade de que se altere, apesar de novos tratamentos; e

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

Nesse diapasão, regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, que dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção e dá outras providências, tendo seu Art.4º discriminado deficiência por meio de categorias como: física, mental, múltipla, auditiva e visual.

## 15. Serviços Prestados pela JMOE

Compete à Junta Médica Oficial do Estado do Tocantins, unidade tática subordinada diretamente à Secretaria da Administração - SECAD, dentre outros procedimentos:

I – pronunciar-se sobre as condições de saúde do servidor público civil estadual e decidir, de acordo com critérios exclusivamente técnicos, sobre sua incapacidade para o trabalho;

II – conceder, prorrogar ou indeferir as licenças de que trata esta Instrução;



III – avaliar, decidir e pronunciar-se nas perícias de admissão de novos concursados.

IV – avaliar, decidir e pronunciar-se nas perícias referentes à redução da jornada de trabalho de oito para seis horas diárias ininterruptas, solicitadas por servidor portador de deficiência, ou que possua ente familiar portador de necessidades especiais;

V – pronunciar-se nos casos de remanejamento, readaptação e aposentadoria por invalidez, bem como nas hipóteses de reversão desta;

VI – manifestar-se sobre as condições de saúde do servidor nos casos de isenção de imposto de renda;

VII – prestar informações médicas necessárias à instrução de processo administrativo disciplinar, solicitadas pela Corregedoria Administrativa, resguardado o sigilo profissional, nos termos da lei;

VIII – prestar informações médicas necessárias à instrução de processo judicial, solicitadas mediante determinação judicial, resguardado o sigilo profissional, nos termos da lei;

IX – desempenhar outras atividades típicas da unidade, delegadas por autoridade superior ou cometidas através de normas.

## **16. Definição dos Serviços Prestados pela JMOE**

### **16.1 Licença para Tratamento de Saúde**

É a licença solicitada para o servidor que, por motivo de doença comprovada, esteja momentaneamente incapacitado para exercer suas funções. Para concessão da licença é indispensável o exame médico pericial, que determinará o prazo da mesma.

Poderá ser concedida ao servidor licença médica para tratamento de saúde, a pedido ou de ofício, quando um problema de saúde o impedir de exercer suas atividades no trabalho, devendo ser objeto de exame pericial a ser realizado pela Junta Médica Oficial do Estado.

Não serão objeto de avaliação as licenças não superiores a três dias, as quais poderão ser abonadas pela chefia imediata.

### **16.2 Licença para Tratamento de Saúde em Pessoa da Família**

É o benefício concedido ao servidor efetivo com objetivo de prestar assistência familiar e somente será deferida se for considerada indispensável pela Junta Médica Oficial do Estado.

É a licença concedida ao servidor efetivo, na forma da legislação específica, por motivo de doença em ascendente, descendente, cônjuge ou companheiro, padrasto, madrasta, enteado ou de dependente que viva as suas expensas e conste em seu assentamento funcional.

Este benefício não é devido a servidores com contrato temporário ou comissionados, em virtude de não haver amparo legal na legislação previdenciária vigente.

Não serão objeto de avaliação as licenças não superiores a três dias, as quais poderão ser abonadas pela chefia imediata.

### **16.3 Licença Maternidade**

É concedida licença maternidade à servidora gestante, após inspeção médica, licença remunerada de até 180 (cento e oitenta) dias, ou seja, por período de 120 dias consecutivos, prorrogáveis por mais 60 dias, mediante requerimento acompanhado de atestado médico, sem prejuízo da remuneração, podendo ser concedida a partir da 32ª semana de gestação. Caso a

servidora trabalhe até o dia do parto, a licença gestante iniciará nesta data e o benefício será concedido administrativamente, mediante a apresentação da certidão de nascimento.

Nas hipóteses de natimorto ou neomorto, a servidora vinculada ao Regime Próprio de Previdência Social, tem direito a 30 dias de licença, a contar da data do parto devendo reassumir suas funções após o término da licença.

## **17. Remanejamento**

É o aproveitamento do servidor estável ou estabilizado em funções compatíveis com as limitações que tenha sofrido em sua capacidade física ou mental, verificadas em inspeção médica periódica, a ser designada pela Junta Médica Oficial do Estado, até que cessem os motivos ensejadores da concessão, preservado o subsídio do cargo, nos termos do Art. 24, da Lei nº 1.818/2007.

## **18. Readaptação**

É a investidura do servidor efetivo estável ou do estabilizado em cargo de atribuições e responsabilidades compatíveis com a limitação que tenha sofrido em sua capacidade física ou mental, verificada em inspeção médica, nos termos do Art. 23, da Lei nº 1.818/2007.

A readaptação somente ocorre após dois anos de remanejamento de função e quando houver possibilidade de efetivação do servidor em cargo de atribuições afins, respeitada a habilitação exigida, nível de escolaridade e equivalência de vencimentos. Inexistindo possibilidade de readaptação, o servidor poderá permanecer remanejado de suas funções até preencher os requisitos e as condições necessárias à aposentadoria. Nesta hipótese, o servidor poderá ter seu remanejamento de função concedido por até 180 dias consecutivos.

## **19. Reabilitação Funcional**

É o processo de duração limitada, com objetivo definido, destinado a permitir que a pessoa com incapacidade adquirida alcance os níveis físicos e mentais funcionais que possibilitem o seu retorno ao trabalho. Todo servidor que apresente redução de sua capacidade funcional terá direito a beneficiar-se de reabilitação necessária a recuperação.

## **20. Aposentadoria por Invalidez**

É o benefício pericial indicado para o servidor considerado inválido para todas as funções do cargo e para o serviço público em geral de forma definitiva, depois de verificada a impossibilidade de readaptação, sendo precedida de licença para tratamento de saúde por prazo não inferior a 24 meses, salvo nos casos decorrentes de doenças graves, contagiosas, incuráveis ou incapacitantes, em estado avançado ou terminal, de acordo com a legislação vigente.

## **21. Das licenças**

Observado o disposto no art. 88, incisos I, II e III, da Lei Nº 1.818, de 23 de agosto de 2007, Licença Médica é a autorização para afastamento do servidor estatutário do trabalho, com ou sem remuneração, em virtude de:

- I – doença do próprio servidor;
- II – doença em pessoa da família;
- III - maternidade, mediante gestação.

A licença somente produz efeitos administrativos depois de homologada pela Junta Médica Oficial do Estado, podendo esta conceder período de licença inferior ao solicitado, após análise da documentação apresentada ou após avaliação médica do servidor, nos casos necessários, retroagindo à data inicial do afastamento.

É importante observar que a responsabilidade pela concessão ou não da licença, assim como a definição do tempo de afastamento cabe exclusivamente aos médicos peritos. A documentação necessária à concessão de licença deverá ser apresentada pelo Setorial de Recursos Humanos do órgão de lotação do servidor, no prazo máximo de 05 dias úteis, a contar do afastamento do servidor de suas atividades funcionais.

### **Prorrogação da Licença**

Nos casos em que o servidor não se encontra apto a retornar ao trabalho, poderá apresentar requerimento de prorrogação da licença, mediante solicitação por escrito do médico assistente, podendo a Junta Médica Oficial do Estado decidir pela aceitação ou negação do pedido.

Se o servidor necessitar de prorrogação, deverá solicitá-la antes do término do período concedido na licença anterior, dentro do prazo de até 01 dia útil.

Os **servidores com contrato temporário ou comissionado** terão apenas seus primeiros 15 dias de afastamento avaliados pela Junta Médica, e na necessidade da prorrogação deste período, tal benefício deverá ser avaliado pelo órgão previdenciário competente (INSS). Em caso de novo benefício, pela mesma situação clínica, no prazo de até 60 dias a contar do último dia de afastamento, o servidor deverá solicitar prorrogação do benefício junto ao INSS. Em se tratando de outra patologia, o servidor será avaliado pela Junta Médica, como se fosse uma licença inicial, independente do período decorrido desde o término na licença anterior.

## **21.1 Avaliação médico-pericial**

Para concessão da licença é indispensável o exame médico-pericial, que determinará o prazo a ser fixado, visto que a incapacidade não decorre apenas da doença diagnosticada, mas sim da situação clínica do exame relacionada à natureza laboral exercida pelo servidor.

Uma das condições para concessão da licença ou sua prorrogação é a apresentação de exames e outras informações médicas complementares e que comprovam o tratamento realizado ou que esteja em seguimento.

Poderá ser concedida licença médica em caráter preventivo, em situações especiais em que as condições de trabalho atuem como agravante da enfermidade ou como fator de risco para o servidor ou para terceiros.

Poderá ser concedida licença médica de forma retroativa, desde que existam elementos que a justifique, a fim de subsidiar a análise clínica do servidor acerca do caso.

A licença será negada nos casos injustificados.

A licença médica poderá ser concedida de ofício por iniciativa da Administração Pública e a pedido do servidor ou de seu representante legal.

A licença poderá ser interrompida em procedimento *ex-officio* ou a pedido do servidor, se considerado apto para retornar ao trabalho após reavaliação pericial.

## **21.2 Funcionalidade**

De posse do(s) atestado(s) médico(s), com prazo superior a três dias, o servidor deverá encaminhar ao Setorial de Recursos Humanos do órgão da respectiva lotação, no prazo máximo de 05 dias úteis, a partir da data de início do afastamento. O servidor também deverá protocolar formulário de requerimentos diversos, apresentando atestado médico, documento de identidade, último contracheque e exames complementares, quando houver, que justifiquem sua incapacidade laborativa, que será submetida à inspeção pericial da Junta Médica Oficial do Estado.

No caso de servidor de Regionais, a documentação deve ser protocolizada junto à Unidade Operacional, e esta repassará os referidos documentos ao Setorial de Recursos Humanos do órgão ou entidade administrativa onde o servidor estiver lotado.

### **21.3 Resultado da avaliação pericial**

Depois de concluída a avaliação médico-pericial, será emitido laudo ou parecer médico conclusivo e, assim sendo, encaminhado ao Setor de Recursos Humanos de lotação do servidor, contendo o deferimento ou não e o número de dias concedidos ou não, bem como a data de término da referida licença ou a necessidade de convocação do servidor para conclusão de análise clínica. No caso do servidor não concordar com o resultado pericial caberá pedido de reconsideração, que deverá ser solicitado por escrito no formulário de requerimentos diversos.

Os pedidos de reconsideração poderão gerar indeferimentos ou convocação para nova avaliação pericial, ficando sob responsabilidade do servidor a ausência laborativa gerada enquanto aguarda reavaliação pericial, no caso de confirmação do indeferimento da licença.

#### **Abandono de Cargo**

Se, depois de finalizado o período de licença, o servidor não voltar a trabalhar, nem solicitar prorrogação da licença, suas faltas poderão configurar-se como abandono de cargo, caso a ausência ao serviço, sem justa causa, venha somar 30 dias consecutivos ou 60 dias interpolados, durante o período de 12 meses.

### **22. Licença para tratamento de saúde**

É a licença concedida ao servidor que, por motivo de doença comprovada, esteja momentaneamente incapacitado para exercer suas funções. Para licença superior a três dias, deverá ser encaminhada solicitação à Junta Médica Oficial do Estado, que procederá a perícia médica oficial nos termos da Instrução Normativa Nº 02, de 25 de março de 2009.

Poderá ser concedida licença para tratamento de saúde ao servidor que, por motivo de doença, se encontre incapacitado para o trabalho, a pedido ou de ofício, com base em perícia médica realizada pela Junta Médica Oficial do Estado, sem prejuízo da remuneração a que fizer jus.

Não serão concedidas licenças nos casos de cirurgias e/ou procedimentos estéticos, salvo em casos especiais, em que a cirurgia seja indicada para sanar problemas e/ou agravos da saúde, ocasião em que o requerente deverá comparecer à Junta Médica Oficial do Estado, previamente à realização do procedimento cirúrgico, munido dos respectivos exames e laudos médicos, para análise e decisão.

Para concessão de licença para tratamento de saúde, o servidor deverá apresentar os seguintes documentos:

I - Requerimento em formulário oficial (Requerimentos Diversos – RD), assinado pelo servidor ou representante, solicitando o benefício;

II - Atestado Médico, expedido em formulário próprio da Junta Médica Oficial do Estado, devidamente carimbado, assinado e datado pelo médico que assistiu ou assiste o paciente (servidor), especificando, sempre que possível, o Código Internacional de Doenças (CID), quantos dias de afastamento necessita o paciente e a partir de que data esse servidor deverá entrar em licença;

III - exames complementares, se for o caso, ou quando solicitados pela Junta Médica Oficial do Estado, para fins de comprovação do diagnóstico;

IV - cópia do último contracheque;

V - para tratamento cirúrgico, apresentar Declaração Hospitalar, contendo data de internação e alta, carimbo e assinatura do responsável pela administração do hospital;

VI - para tratamento clínico e/ou ambulatorial, apresentar comprovante do tratamento (receituário) e/ou declaração ambulatorial dos procedimentos realizados.

O tempo de duração da licença será determinado pelo médico perito, baseando-se em exames clínicos e laudos ou relatórios do médico assistente.

Caso o servidor não retorne ao trabalho depois de terminado o período de licença, ele deverá solicitar, o quanto antes, a nova perícia, comprovando sua incapacidade para o trabalho por meio de atestado e, quando necessário, por relatório do médico assistente.

## **22.1 Avaliação médico-pericial**

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

- Conceder a prorrogação da licença para tratamento de saúde por mais um período;
- Negá-la, quando não verificada justificativa para o afastamento do servidor;
- Encaminhá-lo para o processo de aposentadoria por invalidez, se verificado a incapacidade permanente do servidor, por uma Junta Médica Especial, composta por médicos da JMOE;
- Encaminhá-lo para remanejamento de função.

Para todos os efeitos, o tempo compreendido entre o término da licença e a nova inspeção será considerado como período de prorrogação.

Durante o período de afastamento, o servidor não poderá exercer qualquer atividade remunerada, podendo ter sua licença e remuneração interrompida até que retorne ao trabalho.

Se o servidor se considerar em condições para retornar ao trabalho antes do término da licença, ele deverá solicitar uma nova perícia, seguindo os procedimentos de avaliação da Junta Médica Oficial do Estado.

## **23. Licença- Maternidade**

Após inspeção médica é concedida licença-maternidade à servidora por 120 dias consecutivos, prorrogáveis por mais 60 dias, na conformidade da Lei 1.981, de 18 de novembro de 2008, mediante requerimento, sem prejuízo da remuneração:

I - a partir da 32ª semana de gestação, mediante solicitação da mesma, salvo prescrição médica em contrário;

II - por parto prematuro, tendo início a partir do dia imediato ao do parto;

III - por ocasião do parto.

A licença-maternidade e a licença para tratamento de saúde são de espécies diferentes, vedada a concessão de ambas concomitantemente.

Compete à Junta Médica Oficial do Estado emitir a carta de concessão do benefício de salário-maternidade às servidoras vinculadas ao Regime Geral de Previdência Social – RGPS, nos termos dos artigos 71 a 73, da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991 (alterada pela Lei nº 10.710, de 05 de agosto de 2003), desde que atendidos os requisitos legais.

Nas hipóteses de natimorto ou neomorto, a servidora vinculada ao Regime Próprio de Previdência Social, tem direito a 30 dias de licença, a contar da data do parto, devendo reassumir suas funções após o término da licença.

Para fins de concessão de salário-maternidade, as servidoras vinculadas ao Regime Geral de Previdência Social ficam condicionadas ao Art. 236 § 2º, da Instrução Normativa INSS/DC/Nº 118, de 14 de abril de 2005.

No caso de aborto, comprovado por atestado médico homologado pela Junta Médica Oficial do Estado, a servidora efetiva tem direito a 30 dias de repouso remunerado, a contar da data do evento.

As servidoras vinculadas ao Regime Geral de Previdência Social ficam condicionadas ao art. 93, § 5º, do Decreto nº 3.048, de 06 de maio de 1999, sendo-lhes devido 02 (duas) semanas de salário-maternidade, no caso de aborto não criminoso, mediante a apresentação de atestado médico específico.

Para a concessão de licença-maternidade, deverão ser apresentados os seguintes documentos:

I - Requerimento em formulário oficial (Requerimentos Diversos - RD), assinado pela servidora ou representante;

II - Atestado Médico, expedido em formulário próprio da Junta Médica Oficial do Estado, devidamente carimbado, assinado e datado pelo médico que assiste a servidora gestante, especificando o Código Internacional de Doenças (CID), bem como a partir de que data essa servidora deverá entrar em licença;

III - Cópia da Certidão de Nascimento da criança ou, se for o caso, Atestado de Óbito do Natimorto ou Neomorto;

IV - Cópia do último contracheque.

### **23.1 Avaliação médico-pericial**

Para concessão da licença à gestante antes do parto, é indispensável o exame médico pericial, que comprovará, mediante apresentação de atestado médico, ultrassonografia obstétrica ou cartão pré-natal, a correspondente idade gestacional e a compatibilidade técnica e legal com o início do correspondente período gestacional.

### **24. Licença por motivo de doença em pessoa da família**

Mediante comprovação à Junta Médica Oficial do Estado, poderá ser concedida licença ao servidor efetivo por motivo de doença do cônjuge ou companheiro, dos pais, dos filhos, do padrasto, da madrasta, do enteado ou dependente que viva às suas expensas e conste do seu assentamento funcional.

Para licença superior a três dias, deverá ser encaminhada solicitação à Junta Médica Oficial do Estado, que procederá à perícia médica oficial nos termos desta Instrução.

A comprovação do vínculo de parentesco e dependência econômica a que se refere o artigo anterior é realizada via documental, cabendo ao servidor apresentar declaração de que é a única pessoa capaz de prestar assistência direta ao ente familiar.

A licença somente é deferida se a assistência direta do servidor for considerada indispensável pela Junta Médica Oficial do Estado e não puder ser prestada simultaneamente com o exercício do cargo ou mediante compensação de horário, a juízo do órgão ou da entidade de lotação do servidor.

A licença por motivo de doença em pessoa da família é concedida:

I - com remuneração integral, por até três meses;

II - com 2/3 da remuneração, quando exceder a três meses e não ultrapassar seis meses;

III - com 1/3 da remuneração, quando exceder a seis meses e não ultrapassar 12 meses;

IV - ultrapassado o período de 12 meses, a licença poderá ser prorrogada por período indeterminado, sem remuneração.

É considerada nova licença a concedida para acompanhar:

I – outro membro da família, o qual não motivou a primeira concessão;

II – o mesmo ente familiar, o qual motivou a primeira concessão, em razão de nova patologia.

Não é exigido do servidor interstício para a concessão de nova licença nos casos acima previstos.

Em razão de mesma patologia no mesmo ente familiar, é exigido do servidor igual período de exercício, a contar do término da licença anterior, para a concessão de outra de mesma natureza.

Na impossibilidade de cumprimento do prazo estabelecido, a licença concedida é considerada como prorrogação.

Para a concessão da licença por motivo de doença em pessoa da família, poderá ser feita visita *in loco*, por perito da Junta Médica Oficial do Estado, objetivando a adequada comprovação das declarações do requerente.

Para a concessão de licença por motivo de doença em pessoa da família, deverão ser apresentados os seguintes documentos:

I - Requerimento em formulário oficial (Requerimentos Diversos - RD), assinado pelo servidor;

II - Declaração de responsabilidade assinada pelo servidor;

III - Atestado Médico, expedido em formulário próprio da Junta Médica Oficial do Estado, devidamente carimbado, assinado e datado pelo Médico que assistiu ou assiste o paciente, especificando o Código Internacional de Doenças (CID), sempre que possível, quantos dias de afastamento necessita o paciente e a partir de que data o servidor acompanhante deverá entrar em licença;

IV - Exames complementares, se for o caso, ou quando solicitados pela Junta Médica Oficial do Estado, para fins de comprovação do diagnóstico;

V - Cópia do último contracheque;

VI - Para tratamento cirúrgico, apresentar Declaração Hospitalar, contendo data de internação e alta, carimbo e assinatura da administração do hospital;

VII - Para tratamento clínico ou ambulatorial, apresentar comprovante do tratamento (receituário) e/ou declaração ambulatorial dos procedimentos realizados;

## **24.1 Avaliação médico-pericial**

Para concessão da licença é indispensável o exame médico pericial, que determinará o prazo da mesma. A doença de pessoa da família deverá ser comprovada mediante apresentação de atestado médico, exames complementares, declaração hospitalar e o familiar enfermo deverá ser submetido à avaliação médico-pericial, quando necessário.

## **25. Perícia Domiciliar, Hospitalar e em Trânsito**

A solicitação de perícia domiciliar, hospitalar e em trânsito deverá ser requerida por familiar ou responsável e autorizado pelo presidente da Perícia Médica, bem como respeitará a ordem de prioridade, de acordo com a urgência e necessidade do caso específico.

Assim sendo, cabe definir tais modalidades de perícias:

I- Perícia Hospitalar: o representante do servidor deverá comparecer antecipadamente à Junta Médica onde foi requerida a perícia médica para solicitar o atendimento no hospital/casa de saúde/clínica, apresentando documento que comprove a impossibilidade do mesmo de deixar as dependências daquela instituição informando inclusive, o endereço completo, setor onde ele encontra-se internado, quarto, ala, enfim, todas as informações para localização precisa do paciente dentro do hospital/casa de saúde/clínica.

II- Perícia Domiciliar: o representante do servidor deverá comparecer antecipadamente à Junta Médica onde foi requerida a perícia médica para solicitar o atendimento na residência, apresentando atestado médico que comprove a impossibilidade de locomoção do requerente como também fornecer o endereço correto e se possível com ponto de referência e informações complementares que favoreçam a localização correta do local onde o paciente se encontra.

III- Perícias em Trânsito: as perícias em trânsito poderão ser solicitadas pelo servidor ou através de visita no local por médico perito da Junta Médica, desde que se encontre em município ou estado diferente daquele em que a perícia médica foi agendada, objetivando a adequada comprovação das declarações do requerente.

## **26. Aposentadoria por invalidez**

Compete à Junta Médica Oficial do Estado avaliar, decidir e pronunciar-se nas perícias relativas à aposentadoria por invalidez do servidor público titular de cargo de provimento efetivo, deferindo-a ou não, até a instalação do Serviço de Perícia Médica do Instituto de Gestão Previdenciária do Tocantins – IGEPREV - TOCANTINS.

O servidor efetivo poderá ser aposentado por invalidez, com proventos integrais ou proporcionais, quando comprovada sua incapacidade total e definitiva para o trabalho, não se vislumbrando a possibilidade de uma readaptação funcional. Quando a aposentadoria for decorrente de acidente de trabalho, de doença profissional (com caracterização de causa e efeito entre a moléstia e a atividade exercida) ou de doença grave especificada na legislação específica, será concedida aposentadoria definitiva com proventos integrais.

Nas demais patologias, não abrangidas pela legislação vigente, a aposentadoria será concedida com proventos proporcionais.

A aposentadoria por invalidez será precedida de licença para tratamento de saúde por prazo não inferior a 24 meses, salvo quando decorrente de doenças graves, contagiosas, incuráveis ou incapacitantes, em estado avançado ou terminal, consoante o disposto no inciso IV e §§ 1º e 2º do Art. 27, da Lei nº 1.614, de 04 de outubro de 2005 (alterada pela Lei nº 1.837, de 11 de outubro de 2007).

**Consideram-se doenças graves, contagiosas, incuráveis ou incapacitantes nos termos do art. 52, § 2º, da Lei nº 1.614, de 04 de outubro de 2005:**

- a) tuberculose ativa;
- b) hanseníase;
- c) alienação mental;
- d) neoplasia maligna;



- e) cegueira;
- f) paralisia irreversível e incapacitante;
- g) cardiopatia grave.
- h) doença de Parkinson;
- i) espondiloartrose anquilosante;
- j) nefropatia grave;
- k) estado avançado da doença de Paget (osteíte deformante);
- l) síndrome da imunodeficiência adquirida - AIDS;
- m) contaminação por radiação, com base em conclusão da medicina especializada;
- n) hepatopatia.

Será considerada prorrogação de licença médica, o período que intermediar entre a expedição do Laudo de Aposentadoria pela Junta Médica Oficial do Estado e a publicação do ato de concessão de aposentadoria por invalidez ao servidor.

## **26.1 Avaliação médico-pericial**

Considerando-se que a aposentadoria por invalidez sempre será precedida de licença para tratamento de saúde, os procedimentos descritos naquele benefício também se aplicam neste caso, salvo quando, para conclusão final e por determinação da supervisão médica, o servidor seja convocado para avaliação por Junta Médica a fim de definir o benefício indicado pelo médico assistente ou pelo médico-perito, que anteriormente tenha atendido aquele servidor em exame pericial para avaliação de capacidade laborativa e constatado impossibilidade de retorno ao trabalho.

A conclusão do exame pericial que decidiu ou não pelo indicativo de aposentadoria por invalidez, será encaminhada após confecção do laudo de incapacidade laborativa definitiva, com assinatura dos médicos-peritos, revisado pelo presidente e autoridade diretora para o Setor de Recursos Humanos onde o servidor estiver lotado.

No caso de indeferimento do benefício, o servidor tem direito a pedido de reconsideração pericial, preenchendo novo formulário de requerimentos diversos, juntamente com exames complementares e/ou parecer técnico que justifiquem a mudança do parecer anterior.

## **26.2 Concessão de Aposentadoria com Integralidade**

Os seguintes critérios periciais deverão ser observados para enquadramento técnico de aposentadoria com proventos integrais:

### **A) Alienação mental:**

Considera-se alienação mental todo caso de distúrbio mental ou neuromental grave e persistente no qual, esgotados os meios habituais de tratamento, haja alteração completa ou considerável da personalidade, comprometendo gravemente os juízos de valor e realidade, destruindo a autodeterminação do pragmatismo e tornando o paciente total e permanentemente impossibilitado para qualquer trabalho.

**A perícia médica deverá identificar nos quadros clínicos de alienação mental os seguintes elementos:**

- a) transtorno intelectual - atinge as funções mentais em conjunto e não apenas algumas delas;
- b) falta de autoconsciência - o paciente ignora o caráter patológico de seu transtorno ou tem dele uma noção parcial ou descontínua;
- c) inadaptabilidade - o transtorno mental é evidenciado pela desarmonia de conduta do paciente em relação às regras que disciplinam a vida normal em sociedade;

d) ausência de utilidade - a perda da adaptabilidade redundará em prejuízo para o paciente e para a sociedade. A alienação mental pode ser identificada no curso de qualquer enfermidade psiquiátrica, desde que em seu estágio evolutivo estejam satisfeitas todas as condições abaixo discriminadas:

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

São considerados meios habituais de tratamento:

- a) psicoterapia;
- b) psicofarmacoterapia;
- c) terapêutica biológica, tais como eletroconvulsoterapia e insulino-terapia. Não é considerado meio de tratamento a utilização de psicofármacos em fase de experiência laboratorial.

#### **Quadros clínicos associados à alienação mental:**

São necessariamente casos de alienação mental:

- a) estados de demência (senil, pré-senil, arterioesclerótica, luética, coréica, doença avançada de Alzheimer e outras formas bem definidas);
- b) psicoses esquizofrênicas nos estados crônicos;
- c) paranóia e a parafrenia nos estados crônicos;
- d) oligofrenias graves.

#### **São excepcionalmente considerados casos de alienação mental:**

- a) psicoses afetivas (transtornos afetivos) mono ou bipolar, quando comprovadamente cronicadas e refratárias ao tratamento, ou quando exibirem elevada frequência de repetição fásica, ou ainda, quando configurarem comprometimento grave e irreversível de personalidade-CID-10: F31;
- b) psicoses epilêpticas, quando caracterizadamente cronicadas e resistentes à terapêutica, ou quando apresentarem elevada frequência de surtos psicóticos;
- c) psicoses pós-traumáticas e outras psicoses orgânicas, quando caracterizadamente cronicadas e refratárias ao tratamento, ou quando configurarem um quadro irreversível de demência.

#### **Não são casos de alienação mental:**

- a) transtornos neuróticos da personalidade e outros transtornos mentais não psicóticos;
- b) desvios e transtornos sexuais;
- c) alcoolismo, dependência de drogas e outros tipos de dependência orgânica, salvo quando acompanhados de lesão neurológica;
- d) oligofrenias leves e moderadas;
- e) psicoses do tipo reativo (reação de ajustamento, reação ao "stress");
- f) psicoses orgânicas transitórias (estados confusionais reversíveis).

#### **B) Cardiopatia grave:**

Para o entendimento de cardiopatia grave torna-se necessário englobar no conceito todas as doenças relacionadas ao coração, tanto crônicas, como agudas.

São consideradas cardiopatias graves:

- a) as cardiopatias agudas, que, habitualmente são rápidas em sua evolução, tornarem-se crônicas, caracterizando uma cardiopatia grave, ou as que evoluírem para o óbito, situação que, desde logo, deve ser considerada como cardiopatia grave, com todas as injunções legais;
- b) as cardiopatias crônicas, quando limitarem, progressivamente, a capacidade física, funcional do coração (ultrapassando os limites de eficiência dos mecanismos de compensação) e profissional, não obstante o tratamento clínico e/ou cirúrgico adequado, ou quando induzirem à morte prematura. A limitação da capacidade física, funcional e profissional é definida habitualmente, pela presença de uma ou mais das seguintes síndromes:
  - insuficiência cardíaca;
  - insuficiência coronária;
  - arritmias complexas;
  - hipoxemia e manifestações de baixo débito cerebral secundárias a uma cardiopatia.

A avaliação da capacidade funcional do coração permite a distribuição dos pacientes em Classes ou Graus, assim descritos:

- a) Grau I - Pacientes portadores de doença cardíaca sem limitação para a atividade física. A atividade física normal não provoca sintomas de fadiga acentuada, nem palpitações, nem dispnéias, nem angina de peito;
- b) Grau II - Pacientes portadores de doença cardíaca com leve limitação para a atividade física. Estes pacientes sentem-se bem em repouso, porém os grandes esforços provocam fadiga, dispnéia, palpitações ou angina de peito;
- c) Grau III - Pacientes portadores de doença cardíaca com nítida limitação para a atividade física. Estes pacientes sentem-se bem em repouso, embora acusem fadiga, dispnéia, palpitações ou angina de peito, quando efetuam pequenos esforços;
- d) Grau IV - Pacientes portadores de doença cardíaca que os impossibilitam de qualquer atividade física. Estes pacientes, mesmo em repouso, apresentam dispnéia, palpitações, fadiga ou angina de peito.

**Diagnóstico clínico:** Os meios de diagnóstico empregados na avaliação da capacidade funcional do coração são os seguintes:

- a) história clínica, com dados evolutivos da doença;
- b) exame clínico;
- c) eletrocardiograma, em repouso;
- d) eletrocardiografia dinâmica (Holter);
- e) teste ergométrico;
- f) ecocardiograma, em repouso;
- g) ecocardiograma associado a esforço ou procedimentos farmacológicos;
- h) estudo radiológico do tórax, objetivando o coração, vasos e campos pulmonares, usando um mínimo de duas incidências;
- i) cintilografia miocárdica, associada ao teste ergométrico (Tálio, MIBI, Tecnécio);
- j) cintilografia miocárdica associada a Dipiridamol e outros fármacos;
- l) cinecoronariocintilografia;
- m) angiotomografia coronariana

Os achados fortuitos em exames complementares especializados não são por si só, suficientes para o enquadramento legal de Cardiopatia Grave, se não estiverem vinculados aos elementos clínicos e laboratoriais que caracterizem uma doença cardíaca incapacitante.

**Quadro clínico:** O quadro clínico, bem como os recursos complementares, com os sinais e sintomas que permitem estabelecer o diagnóstico de Cardiopatia Grave estão relacionados para as seguintes cardiopatias:

- a) cardiopatia isquêmica;
- b) cardiopatia hipertensiva;
- c) miocardiopatias;
- d) valvopatias;
- e) cardiopatias congênitas;
- f) arritmias, e
- g) cor-pulmonale crônico.

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

#### **Afecções ou doenças capazes de causar cardiopatia grave:**

##### **1) Cardiopatia isquêmica - caracterizada por:**

**Quadro Clínico:** angina classes III e IV da NYHA e da Canadian Cardiovascular Society, apesar de responder à terapêutica; manifestações clínicas de insuficiência cardíaca; arritmias (associar com dados de ECG e Holter).

**Eletrocardiograma (repouso):** zona elétrica inativa, alterações isquêmicas de ST-T, distúrbios da condução atrioventricular e ventricular, hipertrofia ventricular esquerda, fibrilação atrial crônica, arritmias ventriculares complexas.

**Radiografia do tórax:** cardiomegalia, congestão venocapilar pulmonar.

**Teste ergométrico:** limitação da capacidade funcional (<5 MET); angina em carga baixa (<5 MET); infradesnível do segmento ST: precoce; acentuado ( $>3$  mm), morfologia horizontal ou descendente, múltiplas derivações; duração prolongada ( $>6$  mm) no período de recuperação; supradesnível de ST, sobretudo em área não relacionada a infarto prévio; comportamento anormal da pressão arterial diastólica (variação de PD $>30$  mm Hg); 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.

**Cintilografia:** miocárdica associada ao teste ergométrico: defeitos de perfusão múltiplos ou áreas extensas (áreas hipocaptantes definitivas ou transitórias); dilatação da cavidade ventricular esquerda ao esforço; hipercaptação pulmonar; fração de ejeção (FE) em repouso menor ou igual a 0,35 (valor específico para o método); comportamento anormal da FE ao exercício (variação da FE menor que 5%), motilidade parietal regional ou global anormal.

**Cintilografia miocárdica associada a dipiridamol e outros fármacos:** interpretação semelhante à definida para a cintilografia com teste ergométrico.

**Ecocardiograma em repouso:** fração de ejeção menor ou igual a 0,40 (valor específico para o método), alterações segmentares da contratilidade ventricular, dilatação das câmaras esquerdas, especialmente se associada à hipertrofia ventricular esquerda, tendo como complicações associadas: disfunção dos músculos papilares, insuficiência mitral, comunicação interventricular, pseudo-aneurismas, aneurismas, trombos intracavitários.

**Ecocardiograma associado a esforço ou procedimentos farmacológicos:** aparecimento de alterações de contratilidade segmentar inexistente no Eco em repouso; acentuação das alterações de contratilidade preexistentes; comportamento anormal da FE ao exercício (variação da FE menor que 5%).

**Eletrocardiografia dinâmica (Holter):** alterações isquêmicas (ST-T) associadas à dor anginosa ou sintomas de disfunção ventricular esquerda; isquemia miocárdica silenciosa; arritmias ventriculares complexas; fibrilação atrial associada à isquemia; distúrbios de condução atrioventricular e intraventricular relacionados à isquemia.

**Cinecoronarioventriculografia ou tomografia:** lesão de tronco de coronária esquerda maior que 50%; lesões triarteriais moderadas a importantes (maiores que 70% do terço proximal ou médio); lesões bi ou uniaarteriais menores que 70% com grande massa miocárdica em risco; lesões ateromatosas extensas e difusas; fração de ejeção menor que 0,40; hipertrofia e dilatação ventricular esquerda; áreas significantes de acinesia, hipocinesia e discinesia; aneurisma de ventrículo esquerdo; complicações mecânicas: insuficiência mitral, comunicação interventricular.

**Fatores de risco e condições associadas:** idade maior que 70 anos, hipertensão arterial, diabetes, hipercolesterolêmica familiar, vasculopatia aterosclerótica importante em outros territórios (central e periférico).

**Pós-infarto do miocárdio:** disfunção ventricular esquerda (áreas de acinesia, hipocinesia e discinesia); isquemia à 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 reavaliado e reconsiderado.

**2) Cardiopatia hipertensiva** - a gravidade é caracterizada pela presença das seguintes condições:

- a) hipertensão essencial ou hipertensão secundária;
- b) hipertrofia ventricular esquerda detectada pelo ECG ou Ecocardiograma, que não regride com o tratamento;
- c) disfunção ventricular esquerda sistólica, com fração de ejeção menor ou igual a 0,40;
- d) arritmias supraventriculares e ventriculares relacionadas à hipertensão arterial;
- e) cardiopatia isquêmica associada.

**3) Miocardiopatias** distribuídas em:

**3.1) Miocardiopatias hipertróficas** - a gravidade é caracterizada pela presença das seguintes condições:

- a) história familiar de morte súbita;
- b) paciente sintomático, especialmente história de síncope, angina, insuficiência cardíaca e embolia sistêmica;
- c) diagnóstico na infância (baixa idade);
- d) hipertrofia moderada ou severa, com alterações isquêmicas de ST – T:

- 1 - cardiomegalia;
- 2 - disfunção ventricular esquerda sistólica e/ou diastólica;
- 3 - fibrilação atrial;
- 4 - síndrome de Wolff - Parkinson - White;
- 5 - arritmias ventriculares complexas;
- 6 - regurgitação mitral importante;
- 7 - doença arterial coronária associada;
- 8 - forma obstrutiva com gradiente de via de saída maior ou igual a 50 mm Hg.

**3.2) Miocardiopatias dilatadas** - com as seguintes características:

- a) histórias de fenômenos tromboembólicos;
- b) cardiomegalia importante;
- c) ritmo de galope (B3);
- d) insuficiência cardíaca classe funcional III e IV;
- e) fração de ejeção menor ou igual a 0.30;
- f) fibrilação atrial;
- g) arritmias ventriculares complexas;
- h) distúrbios da condução intraventricular.

**3.3) Miocardiopatia restritiva** (Endomiocardiofibrose, fibroelastose) - a gravidade é caracterizada pela presença das seguintes condições:

- a) história de fenômenos tromboembólicos;
- b) cardiomegalia;
- c) insuficiência cardíaca classe funcional III e IV;
- d) envolvimento do ventrículo direito ou biventricular;
- e) fibrose acentuada;
- f) regurgitação mitral e/ou tricúspide importante.

**3.4) Cardiopatia chagásica crônica** - gravidade é caracterizada pela presença das seguintes condições:

- a) história de síncope e/ou fenômenos tromboembólicos;
- b) cardiomegalia acentuada;
- c) insuficiência cardíaca classe funcional III e IV;
- d) fibrilação atrial;
- e) arritmias ventriculares complexas;
- f) bloqueio bi ou trifascicular sintomático;
- g) bloqueio atrioventricular de grau avançado.

**4) Arritmias cardíacas** - constituem características de maior gravidade:

- a) disfunção do nó sinusal, sintomática, com comprovada correlação sintomas/arritmia, e, especialmente em presença de síndrome bradi-taquiarritmia;
- b) bradiarritmias: bloqueio atrioventricular (BAV) do 2º grau, tipo II, ou BAV avançado;
- c) 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);
- d) taquiarritmias:

1 - taquicardias ventriculares sintomáticas (claudicação cerebral e/ou comprometimento hemodinâmico), de qualquer etiologia;

2 - taquicardias supraventriculares sintomáticas (claudicação cerebral, comprometimento hemodinâmico, taquicardiomiopatia, fenômenos tromboembólicos), de qualquer etiologia e desencadeadas por qualquer mecanismo.

e) síndrome de pré-excitação ventricular, com alto risco de morte súbita, determinado por estudos invasivos;

f) portadores de marcapasso cardíaco definitivo (anti-bradi ou antitaquicardia), cuja capacidade funcional se mantém limitada pela cardiopatia subjacente.

**5) Cor pulmonale crônico** - constituem características de maior gravidade:

- **Quadro clínico:**

- 1 - manifestações de hipóxia cerebral e periférica (dedos em baqueta de tambor);
- 2 - insuficiência cardíaca direita;
- 3 - dores anginosas;
- 4 - crises sincopais;
- 5 - hiperfonese canglorosa da segunda bulha no foco pulmonar;
- 6 - galope ventricular direito (B3) - PO<sub>2</sub> < 60 mm Hg; PCO<sub>2</sub> > 50 mm Hg;

- **Eletrocardiograma:** sinais de sobrecarga importante de câmaras direitas;

- **Ecocardiografia:**

- 1 - hipertrofia ventricular direita com disfunção diastólica e/ou sistólica;
- 2 - grande dilatação do átrio direito;
- 3 - pressão sistólica em artéria pulmonar, calculada a partir das pressões do VD e AD, > 60 mm Hg;
- 4 - insuficiência tricúspide importante;
- 5 - inversão do fluxo venoso na sístole atrial;

- **Estudo hemodinâmico:**

- 1 - dilatação do tronco da artéria pulmonar;
- 2 - dilatação do ventrículo direito;
- 3 - dilatação do átrio direito;
- 4 - pressão na artéria pulmonar maior ou igual a 60 mm Hg;
- 5 - pressão no átrio direito maior ou igual a 15 mm Hg;
- 6 - insuficiência pulmonar;
- 7 - insuficiência tricúspide.

**6) Cardiopatias congênitas** - consideram-se graves as cardiopatias congênitas que apresentam do ponto de vista clínico:

- 1 - crises hipoxênicas;
- 2 - insuficiência cardíaca (classes III e IV);
- 3 - hemoptises, pela presença de circulação colateral brônquica;
- 4 - arritmias de difícil controle e potencialmente malignas;

- **Do ponto de vista anatômico:**

- 1 - doença arterial pulmonar;
- 2 - necrose miocárdica, por doença coronária ou origem anômala das artérias coronárias;
- 3 - drenagem anômala total infracardíaca ou origem das artérias coronárias;
- 4 - drenagem anômala total infracardíaca ou com obstruções severas da conexão das veias pulmonares com as sistêmicas;
- 5 - hipotrofia ventricular direita;
- 6 - agenesias valvares (pulmonar e aórtica);
- 7 - hipoplasia ou atresia de valvas pulmonares, aórtica e mitral;
- 8 - hipoplasia ou atresia do coração esquerdo;

- 9 - estenose mitral;
- 10 - transposição das grandes artérias com hiper-resistência pulmonar ou ausência de comunicações;
- 11 - ventrículos únicos com atresias valvares;
- 12 - ectopias cardíacas com alterações múltiplas;
- 13 - cardiopatias complexas.

**7) Valvulopatias** distribuídas em:

**7.1) Insuficiência mitral** - caracterizada por:

**a) Quadro clínico:**

- 1 - insuficiência cardíaca classes funcionais III e IV;
- 2 - frêmito sistólico palpável na região da ponta;
- 3 - primeira bulha inaudível ou acentuadamente hipofonética, (no foco mitral);
- 4 - sopro holossistólico, no foco mitral, de intensidade  $> 3/6$ , com irradiação em faixa ou círculo;
- 5 - segunda bulha hiperfonética, no foco pulmonar;
- 6 - desdobramento amplo e constante da segunda bulha, no foco pulmonar;

**b) Eletrocardiograma:**

- 1 - sinais progressivos de sobrecarga atrial e ventricular esquerdas;
- 2 - fibrilação atrial;

**c) Estudo radiológico:**

- 1 - aumento acentuado da área, com predominância das cavidades esquerdas;
- 2 - sinais de congestão venocapilar pulmonar;
- 3 - sinais de hipertensão pulmonar;

**d) Ecocardiograma:**

- 1 - presença de jato regurgitante, de grande magnitude;
- 2 - comprometimento progressivo da função ventricular sistólica;
- 3 - aumento significativo do diâmetro sistólico do ventrículo esquerdo;
- 4 - inversão do fluxo sistólico, em veia pulmonar;
- 5 - sinais de hipertensão pulmonar;

**e) Hemodinâmica e angiografia:**

- 1 - onda "v" com valor maior ou igual a 03 vezes, em relação à média do capilar pulmonar;
- 2 - opacificação do átrio esquerdo igual ou superior que a do ventrículo esquerdo: graus III e IV da classificação de Sellers;
- 3 - fração de regurgitação maior ou igual a 60% (FR = volume de regurgitação/volume sistólico total).

**7.2) Estenose mitral** - caracterizada por:

**a) Quadro clínico:**

- 1 - história de comissurotomia mitral prévia;
- 2 - fenômenos tromboembólicos;



- 3 - insuficiência cardíaca classes funcionais III e IV;
- 4 - episódios de edema pulmonar agudo;
- 5 - escarros hemópticos;
- 6 - fibrilação atrial;
- 7 - estalido de abertura da valva mitral precoce;
- 8 - impulsão sistólica de ventrículo direito
- 9 - 2ª bulha hiperfonética no foco pulmonar;
- 10 - sinais de insuficiência tricúspide;

**b) Eletrocardiograma:**

- 1 - fibrilação atrial;
- 2 - sinais de sobrecarga de câmaras direitas;

**c) Estudo radiográfico:**

- 1 - inversão do padrão vascular pulmonar;
- 2 - sinais de hipertensão arteriolar pulmonar;
- 3 - sinais de hipertensão venocapilar pulmonar;

**d) Ecocardiograma:**

- 1 - área valvar  $< 1,0 \text{ cm}^2$ ;
- 2 - tempo de 1/2 pressão  $> 200 \text{ MS}$ ;
- 3 - gradiente transvalvar mitral médio  $> 15 \text{ mm Hg}$ ;
- 4 - sinais de hipertensão pulmonar (pressão sistólica da artéria pulmonar  $> 50 \text{ mm Hg}$ );
- 5 - presença de trombo no átrio esquerdo.

**e) Hemodinâmica:**

- 1 - área valvar  $< 1,0 \text{ (cm)}$ ;
- 2 - gradiente diastólico mitral médio  $> 15 \text{ mm Hg}$ ;
- 3 - pressão média de capilar pulmonar ou de átrio esquerdo  $> 20 \text{ mm Hg}$ ;
- 4 - pressão sistólica de artéria pulmonar  $> 50 \text{ mm Hg}$ .

**7.3) Insuficiência aórtica** - caracterizada por:

**a) Quadro clínico:**

- 1 - insuficiência cardíaca classes funcionais III e IV;
- 2 - manifestações de baixo débito cerebral (tontura, lipotímia, síncope);
- 3 - síndrome de Marfan associada;
- 4 - presença de galope ventricular (B3);
- 5 - sopro de Austin-Flint, na ponta;
- 6 - *ictus* hipercinético, deslocado externamente;
- 7 - pressão diastólica próxima à zero;
- 8 - queda progressiva da pressão arterial sistólica.

**b) Eletrocardiograma:**

- 1 - sinais de sobrecarga ventricular esquerda, com onda T negativa, em precordiais esquerdas;

- 2 - sinais de sobrecarga atrial esquerda;
- 3 - fibrilhação atrial;

**c) Estudo radiográfico:**

- 1 - aumento importante da área cardíaca com franco predomínio de ventrículo esquerdo (aspecto em "bota");
- 2 - dilatação da aorta ascendente, da croça e do segmento descendente;
- 3 - dilatação do átrio esquerdo;

**d) Ecocardiograma:**

- 1 - jato regurgitante Ao/(VE largo e extenso);
- 2 - fluxo reverso holodiastólico da aorta descendente;
- 3 - abertura valvar mitral, ocorrendo somente com a sístole atrial;
- 4 - piora progressiva dos parâmetros da função sistólica ventricular esquerda;
- 5 - queda da fração de ejeção ao ecocardiograma de esforço;

**e) Medicina nuclear associada ao teste ergométrico:** comportamento anormal da fração de ejeção;

**f) Hemodinâmica e angiografia:**

- 1- baixa pressão diastólica da aorta, tendendo à equalização das pressões diastólicas aortoventriculares;
- 2 - pressão diastólica final do ventrículo esquerdo (Pd2 VE) elevada (maior ou igual a 20 mm Hg);
- 3 - opacificação igual ou mais densa do ventrículo esquerdo em comparação com a aorta, durante aortografia (Graus III e IV de Sellers);
- 4 - fração de regurgitação igual ou maior do que 60%.

**7.4) Estenose aórtica** - caracterizada por:

**a) Quadro clínico:**

- 1 - sintomas de baixo débito cerebral (tontura, lipotímia, síncope);
- 2 - angina de peito;
- 3 - presença de terceira bulha;
- 4 - insuficiência cardíaca;
- 5 - pressão arterial diferencial reduzida;
- 6 - pico tardio de intensidade máxima do sopro;
- 7 - desdobramento paradoxal da segunda bulha;
- 8 - fibrilhação atrial;

**b) Eletrocardiograma:**

- 1 - sinais de sobrecarga ventricular esquerda importante, com infradesnívelamento de ST e onda T negativa, em precordiais esquerdas;
- 2 - sobrecarga atrial esquerda;
- 3 - fibrilhação atrial;
- 4 - arritmias ventriculares;

5 - bloqueio atrioventricular total;

**c) Ecocardiograma:**

- 1 - área valvar menor ou igual a 0,75 cm<sup>2</sup>;
- 2 - gradiente médio de pressão transvalvar aórtica maior ou igual a 50 mm Hg;
- 3 - gradiente máximo maior ou igual a 70 mm Hg;
- 4 - sinais de hipocinesia ventricular esquerda;

**d) Hemodinâmica:**

- 1 - área valvar igual ou menor a 0,75 cm<sup>2</sup>;
- 2 - hipocinesia ventricular esquerda;
- 3 - coronariopatia associada.

**7.5) Prolapso valvar mitral** - caracterizada por:

- a) história familiar de morte súbita;
- b) história de síncope, fenômenos tromboembólicos fibrilação atrial; arritmias ventriculares complexas, cardiomegalia (aumento de câmaras esquerdas); regurgitação mitral importante;
- c) disfunção ventricular esquerda, prolapso valvar tricúspide associado, ruptura de cordoalhas tendíneas, síndrome de Marfan associada.

**8) Tumores cardíacos:**

- Tumores Malignos - deverão ser adotados os parâmetros exigidos para o enquadramento da neoplasia maligna.
- Tumores Benignos - com alterações funcionais irreversíveis.

A ausência de um ou outro aspecto que caracterizam as patologias acima discriminadas não afasta o diagnóstico de Cardiopatia Grave, desde que seja identificada a doença pela característica que se fizer evidente e que seja mais marcante.

**C) Cegueira:**

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

**Visão Subnormal ou Baixa Visão** - condição em que há comprometimento do funcionamento visual mesmo após tratamento e correção dos erros refracionais comuns com acuidade visual inferior a 0,3 até 0,05 ou campo visual muito reduzido (inferior a dez graus do ponto de fixação).

**Cegueira Legal** - condição em que a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 e/ou o campo visual só no ponto central da fixação, mesmo que a acuidade visual não estiver comprometida.

**São equivalentes à cegueira e como tal considerados:**

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

**Graus de perda parcial da visão equivalente à cegueira:**

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 20/700 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 for igual ou superior a 20/400 SNELLEN;

Grau III - quando a acuidade visual máxima, em ambos os olhos, e com melhor correção óptica possível, for inferior a 20/400 SNELLEN, e a mínima igual ou superior a 20/1200 SNELLEN;

Grau IV - quando a acuidade visual máxima, em ambos os olhos, e com melhor correção óptica possível, for inferior a 20/20000 SNELLEN ou apresentar, como índice máximo, a capacidade de contar dedos à distância de 01 (um) metro e a mínima limitar-se à percepção luminosa.

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

**Avaliação da acuidade visual - escalas adotadas:**

Para uniformidade de linguagem e facilidade de julgamento dos graus de perda da acuidade visual, a avaliação pericial adotará as escalas SNELLEN e DECIMAL na avaliação da acuidade visual para longe, e a escala JAEGUER na avaliação da acuidade visual para perto.

Equivalência das escalas usadas na avaliação da acuidade visual para longe:

SNELLEN	DECIMAL	% DE VISÃO (eficiência visual)
20/20	1,0	100
20/22	0,9	98,0
20/25	0,8	95,5
20/29	0,7	92,5
20/30	0,6	91,4
20/40	0,5	83,6
20/50	0,4	76,5
20/60	0,3	69,9
20/70	0,28	63,8
20/80	0,25	58,5
20/100	0,2	48,9
20/200	0,1	20,0
20/400	0,05	10,0

Equivalência das escalas usadas na avaliação da acuidade visual para perto:

JAEGUER	1	2	3	4	6	7	8	10	11	14
% DE VISÃO	100	100	90	80	50	40	30	20	15	5

**D) Espondilite anquilosante**

Espondilite Anquilosante, inadequadamente denominada de espondiloartrose. Anquilosante nos textos legais é uma doença reumática inflamatória crônica, não associada ao Fator Reumatóide, que afeta principalmente as articulações sacroilíacas, interapofisárias e costovertebrais, os discos intervertebrais e o tecido conjuntivo frouxo que circunda os corpos vertebrais, entre estes os ligamentos da coluna. O processo geralmente se inicia pelas articulações sacroilíacas e, ascendentemente, atinge a coluna vertebral. Há grande tendência para a ossificação dos tecidos inflamados e desta resulta 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.

Critérios para o diagnóstico de Espondilite Anquilosante:

- a) dor lombar com duração igual ou superior a 03 meses que melhora com exercício e não alivia com repouso;
- b) limitação da mobilidade da coluna lombar (movimentos laterais, para frente e para trás);
- c) diminuição da expansão torácica em relação aos valores normais para sexo e idade;
- d) sacroileíte bilateral grau 2-4 ou unilateral grau 3-4.

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, mas não determinam anquilose, razão pela qual não podem ser assim enquadradas.

#### **E) Estados avançados da doença de Paget (osteíte deformante)**

A Doença de Paget é um distúrbio localizado da remodelação óssea, que atinge tanto homens como mulheres e cujo diagnóstico quase sempre é feito após os 50 anos. A doença pode ser monostótica (quando apenas um osso ou uma parte de um osso é afetado) ou poliostótica (quando dois ou mais ossos estão envolvidos). As áreas ósseas acometidas são assimétricas e os locais mais freqüentes incluem a pelve, as vértebras, o crânio e a tíbia. A evolução é lenta e progressiva, caracterizada por deformações ósseas.

**Quadro clínico:** A evolução da doença, que pode acompanhar-se de sintomatologia dolorosa e fraturas espontâneas, se processam em duas fases:

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

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

- a) lesões ósseas generalizadas, deformidades ósseas, ósteo-artrites secundárias, fraturas espontâneas e degeneração maligna (sarcoma osteogênico, fibrossarcoma e sarcoma de células redondas);
- b) complicações neurológicas e sensoriais: surdez, perturbações olfativas e neuralgias;
- c) complicações cardiovasculares: insuficiência cardíaca de alto débito, arteriosclerose periférica e hipertensão arterial.

**Diagnóstico:** Exames subsidiários elucidativos e indispensáveis à conclusão pericial:

- a) exame radiológico: aumento do volume ósseo, espessamento da cortical, trabeculado grosseiro e lesões líticas e escleróticas;
- b) dosagem da fosfatase alcalina sérica: valores com resultados dez vezes acima do normal geralmente indicam comprometimento do crânio ou doença poliostótica extensa, enquanto que valores inferiores a três vezes o limite superior podem indicar comprometimento monostótico ou a forma esclerótica da doença.

#### **F) Hanseníase:**

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

O Ministério da Saúde define como caso de hanseníase para tratamento, quando um ou mais dos seguintes achados encontram-se presentes: lesão de pele com alteração de sensibilidade, espessamento de tronco nervoso ou baciloscopia positiva na pele.

A Hanseníase pode ser classificada nas seguintes formas clínicas:

a) Paucibacilares (PB) - Baciloscopia negativa:

- 1 - Tuberculóide (T);
- 2 - Indeterminada (I) - Mitsuda positiva.

b) Multibacilares (MB) - Baciloscopia positiva

- 1 - Virchowiana (V);
- 2 - Dimorfa (D);
- 3 - Indeterminada (I) - Mitsuda negativa.

O teste de Mitsuda é recomendado para agrupar as formas clínicas I em PB ou MB. A forma clínica I com Mitsuda negativa é potencialmente MB.

**Quadro clínico** - Principais características das formas clínicas de Hanseníase:

**Hanseníase Tuberculóide (T)** – nesta forma clínica se encontram lesões bem delimitadas, em número reduzido, anestésicas e de distribuição assimétrica. Descrevem-se lesões em placas ou anulares com bordas populosas e áreas da pele eritematosas ou hipocrômicas. Seu crescimento centrífugo lento leva à atrofia no interior da lesão. Em sua forma neural pura não se observam lesões cutâneas: há espessamento do tronco nervoso e dano neural precoce e grave, em especial quando atinge nervos sensitivo-motores. A baciloscopia resulta negativa. O exame histológico evidencia a presença de granuloma tipo tuberculóide de células epitelióides, linfócitos e células gigantes tipo Langhans. A Hanseníase Tuberculóide juntamente com a Hanseníase Indeterminada constituem as formas paucibacilares da hanseníase.

**Hanseníase Virchowiana - HV** – trata-se de forma multibacilar, reconhecida por corresponder ao pólo de baixa resistência, dentro do espectro imunológico da doença. Portanto, manifesta-se naqueles indivíduos que apresentam imunidade celular deprimida para o *Mycobacterium leprae*. Admite-se que a HV possa evoluir a partir da forma indeterminada ou se apresentar como tal desde o início. Sua evolução crônica caracteriza-se pela infiltração progressiva e difusa da pele, mucosas

das vias aéreas superiores, olhos, testículos, nervos, podendo afetar os linfonodos, o fígado e o baço. Na pele descrevem-se pápulas, nódulos e máculas. A infiltração é difusa e mais acentuada na face e nos membros. A pele torna-se luzidia, xerótica, com aspecto apergaminhado e tonalidade semelhante ao cobre. Há rarefação dos pelos nos membros, cílios e supercílios. A queda de pêlos neste local chama-se madarose. A infiltração da face, incluindo os pavilhões auriculares, com madarose e manutenção da cabeleira, forma o quadro conhecido como fácies leonina. O comprometimento nervoso ocorre na pele, na inervação vascular e nos troncos nervosos. Estes últimos vão apresentar deficiências funcionais e seqüelas tardias. Os nervos mais comumente atingidos são: cubital, ciático poplíteo externo e auricular magno.

No comprometimento das mucosas é precoce o aparecimento de rinite posterior e destruição do septo nasal. Podem ocorrer também lesões viscerais principalmente no fígado, baço e testículos. A HV apresenta baciloscopia fortemente positiva e representa, nos casos virgens de tratamento, importante foco infeccioso ou reservatório da doença.

**Hanseníase Indeterminada (HI)** – considerada a primeira manifestação clínica da hanseníase e, após período de tempo que varia de poucos meses até anos, ocorre evolução para cura ou para outra forma clínica (tuberculóide ou virchowiana). As lesões da HI surgem após um período de incubação que varia, em média, de dois a cinco anos. Caracteriza-se pelo aparecimento de manchas hipocrômicas, com alteração de sensibilidade, ou simplesmente por áreas de hipoestesia na pele. As lesões são em pequeno número e podem se localizar em qualquer área da pele. Frequentemente, apenas a sensibilidade térmica encontra-se alterada. Não há comprometimento de troncos nervosos nesta forma clínica, apenas ramúsculos nervosos cutâneos. A baciloscopia mostra-se negativa.

**Hanseníase Dimorfa (HD)** - este grupo é caracterizado por sua instabilidade imunológica, o que faz com que haja grande variação em suas manifestações clínicas, seja na pele, nos nervos ou no comprometimento sistêmico. As lesões da pele revelam-se numerosas e a sua morfologia mescla aspectos de HV e HT, podendo haver predominância ora de uma, ora de outra forma. Compreendem placas eritematosas, manchas hipocrômicas com bordas ferruginosas, manchas eritematosas ou acastanhadas com limite interno nítido e limites externos imprecisos, placas eritemato-ferruginosas ou violáceas, com bordas internas nítidas e limites externos difusos. A infiltração assimétrica da face, dos pavilhões auriculares e a presença de lesões no pescoço e nuca são elementos sugestivos desta forma clínica. As lesões neurais são precoces, assimétricas e, com frequência, levam a incapacidade física. A baciloscopia pode ser negativa ou positiva com índice bacilar variável.

**Surtos Reacionais:** representam episódios inflamatórios que se intercalam no curso crônico da hanseníase. As reações seguem-se a fatores desencadeantes, tais como: infecções intercorrentes, vacinação, gravidez, puerpério, medicamentos iodados, estresse físico e emocional.

**Reação tipo 1** (reação reversa): tende a surgir mais precocemente no tratamento, caracteristicamente na hanseníase dimorfa; há exacerbação das lesões pré-existentes, que se tornam edemaciadas, eritematosas, podendo chegar à ulceração. As neurites são frequentes, podendo ser a única manifestação clínica. Às vezes o dano funcional do nervo se instala sem quadro clínico de dor e espessamento do nervo. Os nervos mais comprometidos são: facial, grande auricular, ulnares, medianos, fibular comum e tibial posterior.

**Reação tipo 2** (eritema nodoso da hanseníase): observada nas formas virchowiana e dimorfa, geralmente após seis meses de tratamento. A lesão típica é o eritema nodoso que se caracteriza por lesões eritematosas, dolorosas, de tamanhos variados incluindo pápulas e nódulos, localizadas em qualquer região da pele. Em alguns casos, o quadro reacional evolui com neurite, orquite, irite,

iridociclite, artrite, mão e pé reacionais, linfadenite, proteinúria e dano hepático. Edema de membros inferiores, pré-tibialgia e febre acompanham esta reação.

**Normas de incapacidade definitiva:** a avaliação pericial concluirá pela incapacidade definitiva por Hanseníase dos examinados que:

- a) permanecerem com sinais de atividade clínica após completarem o tratamento;
- b) tiverem a ocorrência de atividade clínica após a alta por cura, isto é, recidiva;
- c) manifestarem surtos reacionais frequentes durante o tratamento ou após a cura;
- d) apresentarem seqüelas invalidantes.

### **G) Doença de Parkinson**

Também chamado Paralisia Agitante, é um quadro mórbido de etiologia ainda não estabelecida, resultante do comprometimento do Sistema Nervoso Extra-Piramidal.

**Quadro clínico:** caracterizado pelos seguintes sinais:

- 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 acompanhado pelo exagero dos reflexos tônicos de postura e determina o aparecimento de movimentos em sucessão fracionária, conhecidos como "sinal da roda dentada";
- c) bradicinesia - diminuição da atividade motora espontânea e conseqüente lentidão de movimentos.

O **Parkinsonismo Secundário**, também chamado Síndrome de Parkinson. É conseqüente a lesões degenerativas infecciosas, parasitárias, tóxicas (inclusive medicamentos), endócrinas ou reduzidas por traumatismo, choque elétrico e tumores intracranianos.

**Normas de incapacidade definitiva:** a avaliação pericial concluirá pela incapacidade definitiva quando o quadro clínico determinar o impedimento do examinado ao desempenho das atividades normais e não for possível o controle terapêutico da doença.

A avaliação pericial não concluirá pela incapacidade definitiva dos portadores de Parkinsonismo secundário ao uso de medicamentos quando, pela supressão destes, houver regressão e desaparecimento do quadro clínico.

A Perícia Médica deverá, sempre que possível, especificar a etiologia da Síndrome de Parkinson responsável pela incapacidade do examinado.

### **H) Nefropatia grave**

São consideradas Nefropatias Graves as patologias de evolução aguda, subaguda ou crônica que, de modo irreversível, acarretam insuficiência renal, determinando incapacidade para o trabalho e/ou risco de vida.

As Nefropatias Graves são caracterizadas por manifestações clínicas e alterações nos exames complementares.

**Quadro clínico:** apresentam as seguintes características:

#### 1) Manifestações Clínicas:

- a) ectoscópicas - palidez amarelada, edema, hemorragia cutânea e sinais de prurido;
- b) cardiovasculares - pericardite sero-fibrinosa, hipertensão arterial e insuficiência cardíaca;



- c) gastrintestinais - soluço, língua saburrosa, hálito amoniacal, náuseas, vômitos, hemorragias digestivas, diarreia ou obstipação;
- d) neurológicas - cefaléia, astenia, insônia, lassidão, tremor muscular, convulsão e coma;
- e) oftalmológicas - retinopatia hipertensiva e retinopatia arteriosclerótica;
- f) pulmonares - pulmão urêmico e derrame pleural;
- g) urinárias – nictúria

## 2) Alterações nos Exames Complementares:

### a) Alterações Laboratoriais:

- diminuição da filtração glomerular;
- aumento dos níveis sanguíneos de uréia, creatinina e ácido úrico;
- distúrbios dos níveis de sódio, potássio, cálcio, fósforo, glicose e lipídios;
- acidose metabólica;
- diminuição da capacidade renal de diluição e concentração (isostenúria);
- anemia normocrômica e normocítica.

### b) Alterações nos exames por imagem:

- diminuição das áreas renais nas patologias crônicas ou nas isquemias agudas intensas;
- distorções da imagem normal conseqüente a cicatrizes, cistos, hematomas, abscessos ou tumores;
- distensão do sistema coletor nos processos primariamente obstrutivos;
- diminuição da eliminação de contrastes, quando usados.

**Classificação:** devem ser observados os seguintes critérios técnicos:

1) A estimativa da filtração glomerular (FG) representa a melhor medida da função renal global em indivíduos sadios e doentes. O nível normal de FG varia de acordo com a idade, sexo e superfície corporal. A FG normal em adultos jovens é de aproximadamente 120 a 130 ml/min/1,73 e declina com a idade. Um nível de FG abaixo de 60 ml/min representa perda de metade do nível da função renal normal. Uma queda na FG precede o aparecimento de sintomas de falência renal em todas as formas de doença renal progressiva.

2) O uso da creatinina sérica é limitado na avaliação da FG, pois é afetado pela idade, sexo, raça, superfície corporal, dieta, drogas e diferenças em métodos laboratoriais. Por isso, recomendamos que a creatinina sérica seja ajustada por meio da fórmula de Cockcroft-Gault, conforme abaixo:  
 $FG \text{ (ml/min)} = 140 - \text{idade} \times \text{peso} \times 0,85 \text{ se mulher}$   $72 \times \text{creat.sérica}$ .

3) Considerados os níveis de alteração da função renal e o grau de insuficiência renal, as nefropatias podem ser divididas em cinco fases (estágios):

a) **fase de lesão com função renal normal** (fase 1) - corresponde às fases iniciais de lesão renal com filtração glomerular preservada, ou seja, FG acima de 90 ml/min.

b) **fase de insuficiência renal funcional ou leve** (fase 2) - nesta fase os níveis plasmáticos de uréia e creatinina ainda são normais, não há sinais ou sintomas clínicos importantes de insuficiência renal. Corresponde a uma FG entre 60 e 89 ml/min.

c) **fase de insuficiência renal laboratorial ou moderada** (fase 3) - nesta fase, embora os sinais e sintomas da uremia possam estar presentes de maneira discreta, o paciente mantém-se clinicamente bem. Na maioria das vezes, apresenta sinais e sintomas ligados à causa básica (hipertensão arterial, diabetes mellitus, lúpus eritematoso, infecções urinárias). A avaliação laboratorial simples já nos mostra, quase sempre, níveis elevados de uréia e de creatinina plasmáticas. Corresponde a uma FG entre 30 e 59 ml/min.

d) **fase de insuficiência renal clínica ou severa** (fase 4) - o paciente já se ressente de disfunção renal. Apresenta marcantes sinais e sintomas de uremia: anemia, hipertensão arterial, edema, adinamia, náuseas, vômitos, hiporexia. Corresponde a uma FG entre 15 e 29 ml/min.

e) **fase terminal de insuficiência renal** (fase 5) - nesta fase os rins perderam o controle do meio interno, tornando-o bastante alterado, incompatível com a vida. O paciente encontra-se intensamente sintomático. Suas opções terapêuticas são a diálise ou o transplante renal. Corresponde a uma FG inferior a 15 ml/min.

**Manifestações patológicas:** Principais grupos de patologias que cursam com insuficiência renal e são capazes de produzir nefropatia grave: nefropatia diabética; nefropatia hipertensiva; glomerulonefrites crônicas conseqüentes a depósitos de imunocomplexos glomerulonefrites crônicas conseqüente a anticorpo antimembrana basal; necrose cortical difusa; vasculites; nefropatia conseqüente à obstrução do fluxo urinário; necrose medular bilateral; pielonefrite crônica; amiloidose renal; nefropatia por irradiação neoplasias (hipernefroma, linfoma, infiltração leucêmica); obstrução arterial e/ou venosa grave (aguda ou crônica); nefropatias hereditárias (rins policísticos, Alport e outras).

**Normas de incapacidade definitiva:** deverão ser observados:

- 1) As nefropatias da fase 1 (lesão renal com função renal normal) não são enquadradas como nefropatia grave.
- 2) As nefropatias da fase 2 (insuficiência renal leve ou funcional) não são enquadradas como nefropatia grave.
- 3) As nefropatias da fase 3 (insuficiência renal moderada) são enquadradas como nefropatia grave quando acompanhadas de sinais e sintomas que determinem a incapacidade laborativa do examinado.
- 4) As nefropatias das fases 4 e 5 (insuficiência severa e insuficiência renal terminal) são enquadradas como nefropatia grave.

As avaliações periciais deverão, ao registrar o diagnóstico, identificar o tipo de nefropatia seguido da afirmativa ou negativa de nefropatia grave, para fim de enquadramento legal.

### **I) 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 Internacional de Doenças (CID-10).

**Prognóstico** - é determinado pelo grau de malignidade da neoplasia influenciado pelos seguintes fatores:

- a) grau de proliferação celular;
- b) grau de diferenciação celular;
- c) grau de invasão vascular e linfática;
- d) estadiamento clínico e/ou cirúrgico;
- e) resposta à terapêutica específica;
- f) estatísticas de morbidade e mortalidade de cada tipo de neoplasia.

**Avaliação diagnóstica e estadiamento:** o diagnóstico e a extensão da neoplasia maligna podem ser determinados pelos seguintes meios propedêuticos:

- a) biópsia da lesão com estudo histopatológico;

- b) exames citológicos;
- c) exames ultrassonográficos;
- d) exames endoscópicos;
- e) exames de tomografia computadorizada;
- f) exames de ressonância nuclear magnética;
- g) exames cintilográficos;
- h) pesquisa de marcadores tumorais específicos;
- i) exames radiológicos.

**Normas de incapacidade definitiva:** as Juntas Médicas farão indicativo de aposentadoria definitiva para os examinados que forem portadores de neoplasias malignas e, por consequência:

- a) manifestarem recidiva ou metástase de neoplasia maligna;
- b) tornarem-se inválidos em consequência de seqüelas do tratamento, mesmo quando extirpada a lesão neoplásica maligna. A avaliação pericial deverá, ao firmar o diagnóstico, citar o tipo anatomopatológico da neoplasia, sua localização, presença de metástases, suas seqüelas e acrescentar a expressão neoplasia maligna, para fim de enquadramento legal.

#### **J) 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, a qual implica na interrupção de uma das vias motoras, em qualquer ponto, desde o córtex cerebral até a própria fibra muscular, pela lesão do 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 e que tornem o examinado total e permanentemente impossibilitado para qualquer trabalho.

São equiparadas às paralisias as lesões ósteo-músculo-articulares, como também as vasculares graves e crônicas, das quais resultem alterações extensas e definitivas das funções nervosas, da mobilidade e da troficidade, esgotados os recursos terapêuticos da medicina especializada e os prazos necessários à recuperação, bem como os casos de amputação de membros (ou grande parte destes) que necessariamente ocasionem perda da capacidade funcional e laborativa.

Não se equiparam às paralisias, as lesões ósteo-músculo-articulares envolvendo a coluna vertebral.

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

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

- a) paralisia isolada ou periférica - quando é atingido um músculo ou um grupo de músculos;
- b) monoplegia - quando são atingidos todos os músculos de um só membro;
- c) hemiplegia - quando são atingidos os membros superiores e inferiores do mesmo lado, com ou sem paralisia facial homolateral;
- d) paraplegia ou diplegia - quando são atingidos os membros inferiores ou superiores simultaneamente;

- e) triplegia - quando resulta da paralisia de três membros;
- f) tetraplegia - quando são atingidos os membros superiores e os inferiores.

### **K) Síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA/AIDS)**

Será considerado como caso de AIDS todo servidor que apresentar evidência laboratorial da infecção pelo HIV (dois testes de triagem para detecção de anticorpos anti-HIV ou um confirmatório reagente) no qual seja diagnosticada imunodeficiência (pelo menos uma doença indicativa de AIDS e/ou contagem de linfócitos T CD4 + abaixo de 350 células/mm<sup>3</sup>), independentemente da presença de outras causas de imunodeficiência - **Critério CDC adaptado**.

O **Anexo III** faz referências aos critérios técnicos de avaliação do portador de SIDA/AIDS.

Será considerado como caso de AIDS todo servidor que apresentar evidência laboratorial da infecção pelo HIV (dois testes de triagem de detecção de anticorpos ou um confirmatório reagente) e, além disso, um somatório de pelo menos dez pontos numa escala de sinais, sintomas ou doenças, independentemente da presença de outras causas de imunodeficiência - **Critério Rio de Janeiro/Caracas**.

Como evidência de imunodeficiência faz-se necessária uma contagem de linfócitos CD4+ menor do que 350 células/mm<sup>3</sup> e/ou o diagnóstico de pelo menos uma das doenças indicativas de AIDS: câncer cervical invasivo, candidose de esôfago, candidose de traquéia, brônquios ou pulmões; citomegalovirose em qualquer outro lugar que não seja fígado, baço e linfonodos (Exemplo: retinite por citomegalovirose); criptococose extrapulmonar; criptosporidiose intestinal crônica (>um mês); herpes simples mucocutâneo por período superior a um mês; histoplasmosse disseminada (localizada em quaisquer órgãos que não exclusivamente em pulmão ou linfonodos cervicais/hilares); isosporidiose intestinal crônica (>um mês); leucoencefalopatia multifocal progressiva; linfoma não-Hodgkin de células B e linfoma maligno imunoblástico; linfoma primário do cérebro; pneumonia por *Pneumocystis Carinii*; qualquer micobacteriose disseminada em órgãos outros que não sejam o pulmão, pele ou linfonodos cervicais/hilares (exceto tuberculose ou hanseníase); reativação de doença de Chagas (meningoencefalite e/ou miocardite; sepsse recorrente por bactérias do gênero *Salmonella* (não tifóide); toxoplasmose cerebral.

Escala de sinais, sintomas ou doenças, com a respectiva pontuação, utilizada no critério de definição **Rio de Janeiro/Caracas**:

- a) anemia/ou linfopenia e/ou trombocitopenia; astenia (>um mês); caquexia; dermatite persistente; diarreia (>um mês); febre (>um mês); linfadenopatia (>um mês); tosse persistente associada ou não a qualquer pneumonia (exceto tuberculose ou pneumonite, determinada radiologicamente) - dois pontos;
- b) candidose oral ou leucoplasia pilosa; disfunção do sistema nervoso central; herpes zoster em indivíduo com até sessenta anos de idade; tuberculose pulmonar, pleural ou de linfonodos localizados numa única região - cinco pontos;
- c) outras formas de tuberculose; sarcoma de Kaposi – dez pontos.

### **L) Tuberculose com sequelas graves e incapacitantes**

A tuberculose é uma doença infecto-contagiosa causada pelo *Mycobacterium Tuberculosis*, de evolução aguda ou crônica, de notificação compulsória. Pode acometer qualquer órgão, tendo, no entanto, nítida predileção pelo pulmão.

**Classificação:** As lesões tuberculosas são classificadas em:

- a) ativas;
- b) inativas;
- c) de atividade indeterminada (potencial evolutivo incerto);

d) curadas.

Os pacientes são distribuídos em classes, com as seguintes características:

- a) Classe 0 - Pacientes sem exposição à tuberculose e sem infecção tuberculosa;
- b) Classe I - Pacientes com história de exposição à tuberculose, porém sem evidência de infecção tuberculosa (teste cutâneo tuberculínico negativo);
- c) Classe II - Pacientes com infecção tuberculosa caracterizada pela positividade da prova cutânea tuberculínica, porém sem tuberculose;
- d) Classe III - Pacientes com tuberculose doença. Apresentam quadro clínico bacteriológico, radiológico e imunológico que evidenciam e definem as lesões tuberculosas.

**Avaliação do potencial evolutivo das lesões tuberculosas:** nesta avaliação devemos considerar:

- Avaliação clínica: presença de sinais e/ou sintomas relacionados com a doença.
- Avaliação imunológica: prova tuberculínica (PPD).
- Avaliação bacteriológica: pesquisa do *Mycobacterium Tuberculosis* nos diferentes materiais, ao exame direto, cultura e inoculação em animais sensíveis.
- Avaliação radiológica: estudo radiológico, com destaque dos aspectos infiltrativo, cavitário, nodular, e linear, entre outros, e da característica de estabilidade ou instabilidade das lesões, estudadas por meio de séries de radiografias, obtidas ao longo da evolução da doença.
- Avaliação anatomopatológica: das peças de ressecção ou biópsia, com pesquisa bacteriológica.

**Conduta:** Os servidores que apresentarem seqüelas incapacitantes e irreversíveis das lesões tuberculosas serão considerados incapazes definitivamente para o serviço ativo como portadores de tuberculose ativa.

## M) Hepatopatia grave

São consideradas hepatopatias graves:

- a) as hepatopatias de evolução aguda, subaguda ou crônica que, de modo irreversível, acarretam insuficiência hepática, determinando incapacidade para o trabalho e/ou risco de vida;
- b) as hepatopatias agudas que evoluírem para o óbito.

**Classificação:** a função hepática e o grau de insuficiência hepática serão avaliados pelos seguintes parâmetros:

- a) albumina sérica;
- b) bilirrubina sérica total;
- c) atividade de protrombina;
- d) presença ou ausência de ascite;
- e) presença ou ausência de encefalopatia.

Para o estabelecimento do grau de insuficiência hepática serão utilizados os parâmetros referidos, atribuindo-se a seguinte classificação de acordo com a gravidade:

Grau I - Alterações leves de comportamento e de funções biorregulatórias, como alternância do ritmo do sono, distúrbios discretos do comportamento como riso e choro “fácil”, hálito hepático.

Grau II - Letargia ou apatia, lentidão nas respostas, desorientação no tempo e espaço, alterações na personalidade e comportamento inadequado, presença de flapping.

Grau III - Sonolência e torpor com resposta aos estímulos verbais, desorientação grosseira e agitação psicomotora, desaparecimento do flapping.

Grau IV - Coma não responsivo aos estímulos verbais e com resposta flutuante à dor.

#### **N) Doença de Alzheimer**

A Doença de Alzheimer é uma doença crônica, incurável, progressiva, degenerativa, que provoca a deterioração das células do cérebro. Seus principais sintomas são perda de memória, alteração de personalidade, incapacidade de compreender e julgar, dificuldades de locomoção e de comunicação.

**Sinais e sintomas:** dificuldades de funções dos lobos parietal e temporal, com perda de memória e desorientação espacial. Disfunção do lobo frontal com perda de inibições sociais, incontinência de esfínteres e abulia (perda de espontaneidade). Como a degeneração cortical é difusa, pode-se esperar que praticamente todas as partes do córtex cerebral apresentem várias disfunções tais como: afasia, apraxia, distúrbios do movimento, incluindo acinesia, distonias e mioclonia, depressão, agitação e confusão mental.

**Classificação:** os portadores da Doença de Alzheimer podem ser classificados em 03 estágios:

- **Primeiro Estágio:** duração média de 02 a 04 anos.

Sintomas: esquecimento, confusão, esquecimento de fatos e lugares, perda de iniciativa; mudanças de humor e personalidade, dificuldade em lidar com dinheiro, irritação fácil.

- **Segundo Estágio:** duração média de 02 a 10 anos.

Sintomas: crescente perda de memória; tempo de atenção reduzido; dificuldade de reconhecer amigos e familiares; movimentos e falas repetitivos; agitação, choro, ocasionais tremores musculares e cacoetes; alterações de percepção e de ordem motora; dificuldade em organizar o raciocínio e pensar logicamente (não encontra as palavras certas), dificuldades para ler, escrever e em lidar com números; incapacidade de assumir sua higiene pessoal sem ajuda externa, apresentando, às vezes, medo de banho; idéias fixas, delirantes e desconfiança. Precisa de supervisão em tempo integral.

- **Terceiro Estágio** - estágio final, com duração média de 01 a 03 anos.

**Sintomas:** não se reconhece no espelho, não reconhece a família, perda de peso mesmo com boa dieta, pouca capacidade tomar conta de si mesmo, não consegue se comunicar com palavras, não controla esfínteres, apresenta dificuldade em segurar objetos e engolir, precisa de ajuda para todas as atividades comuns do ser humano (tais como: comer, vestir-se, tomar banho, ir ao banheiro, etc.); resmunga, geme, grita, produz sons com a boca, dorme demais. Risco de crises convulsivas pneumonias aspirativas, infecções urinárias e distúrbios metabólicos.

**Enquadramento pericial:** A análise pericial irá se basear no quadro demencial apresentado pelo servidor, podendo-se valer dos testes psicológicos para conclusão pericial. As avaliações periciais indicarão aposentadoria definitiva por invalidez quando comprovarem presença de quadro clínico demencial, devendo orientar a necessidade de curatela definitiva para o examinado.

### **26.3 Resultado da Avaliação Pericial**

Em síntese, cabe destacar os seguintes elementos definidores:

Reavaliações periciais do servidor aposentado: com base na legislação vigente, o segurado aposentado por invalidez será submetido à avaliação médica periódica, a qual compete à Junta Médica Oficial do Estado, para atestar a permanência das condições que lhe causaram a incapacidade laboral.

Verificada a insubsistência dos motivos geradores da incapacidade, cessar-se-á o benefício de aposentadoria por invalidez, sendo o segurado revertido ao serviço público ou posto em disponibilidade, nos termos do Estatuto dos Servidores do Estado do Tocantins.

A aposentadoria por invalidez tem por base o laudo médico-pericial que declarar a incapacidade, emitido pela Perícia Médica do IGEPREV-TOCANTINS. É precedida de licença para tratamento de saúde, sendo esta concedida após parecer da Junta Médica Oficial do Estado, por prazo não inferior a 24 meses, consoante o disposto no inc. IV e §§ 1º e 2º do Art. 27, da Lei nº 1.614, de 04 de outubro de 2005 (alterada pela Lei nº 1.837, de 11 de outubro de 2007).

Acidente de trabalho ou doença profissional: os proventos da aposentadoria por invalidez são proporcionais ao tempo de contribuição, exceto se decorrentes de acidente em serviço, moléstia profissional ou doença grave, contagiosa ou incurável.

Acidente em serviço é aquele ocorrido no exercício do cargo, que se relaciona, direta ou indiretamente, com as atribuições deste, provocando lesão corporal ou perturbação funcional causando perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho.

## **27. Horário Especial**

Compete à Junta Médica Oficial do Estado avaliar, decidir e pronunciar-se nas perícias referentes à redução da jornada de trabalho de oito para seis horas diárias ininterruptas, solicitadas por servidor portador de deficiência, nos termos do art. 115, da Lei 1.818/2007, bem como por servidor que possua cônjuge, companheiro(a), filhos ou pais portadores de necessidades especiais, nos termos do art. 112, da Lei 1.818/2007.

**Para a concessão do benefício da redução da jornada de trabalho, a SECAD/SUGER/JMOE, observará os seguintes conceitos:**

I - entende-se por portadores de deficiência aqueles que se enquadram nas categorias discriminadas no art. 4º, do Decreto Federal nº 3.298/99 (alterado pelo Decreto Federal nº 5.296/04);

II – considera-se 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:

- a) paraplegia;
- b) paraparesia;
- c) monoplegia;
- d) monoparesia;
- e) tetraplegia;
- f) tetraparesia;
- g) triplegia;
- h) triparesia;
- i) hemiparesia;
- j) ostomia;
- k) amputação ou ausência de membro;
- l) paralisia cerebral;
- m) nanismo;
- n) membros ou segmento do corpo com deformidade congênita ou adquirida irreversíveis, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções.

III - considera-se deficiência auditiva: perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500 Hz, 1.000Hz, 2.000Hz e 3.000Hz;

IV - considera-se deficiência visual:

- a) cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
- b) a baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
- c) os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°;
- d) a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.

V - considera-se deficiência mental (oligofrenias, de grau moderado à grave), funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como:

- a) comunicação;
- b) cuidado pessoal;
- c) habilidades sociais;
- d) utilização dos recursos da comunidade;
- e) saúde e segurança;
- f) habilidades acadêmicas;
- g) lazer;
- h) trabalho

VI - considera-se deficiência múltipla a associação de duas ou mais deficiências.

Enfermidades físicas e mentais graves e/ou crônicas não são sinônimos de necessidades especiais, não ensejando a concessão do referido benefício.

## **28. Readaptação de Função**

Nos casos em que for comprovada a redução da capacidade laboral do funcionário para o exercício das atribuições do cargo que ocupa, este poderá ser readaptado em funções e responsabilidades compatíveis com o seu novo estado físico ou mental.

A comprovação da redução de capacidade dá-se mediante avaliação médico-pericial, com laudo de encaminhamento do servidor para readaptação de função. O atestado deve ser entregue ao órgão ou entidade de lotação e o novo cargo será definido de acordo com as vagas existentes e com as limitações do servidor descritas no laudo.

## **29. Remanejamento de Função**

É o aproveitamento do servidor efetivo em funções compatíveis com as limitações que tenha sofrido em sua capacidade física ou mental, verificadas em inspeção médica periódica, a ser designada pela Junta Médica Oficial do Estado, ou até que cessem os motivos que o ensejaram, preservado o subsídio do cargo.

O remanejamento não ocorre caso o motivo apresentado seja superado com a troca de equipamentos, materiais ou do local do exercício do servidor, devendo a Administração Pública adotar as medidas pertinentes.

## **30. Remoção**

É a realocação do servidor efetivo ou estabilizado, a pedido ou de ofício, de um para outro órgão do mesmo Poder ou de uma para outra unidade do mesmo órgão e nos casos em que houver necessidade de deslocamento do servidor de uma para outra entidade do sistema administrativo.



A remoção pode ocorrer por requerimento, a interesse do servidor, por motivo de doença deste, do cônjuge, companheiro ou dependente que viva às suas expensas e conste em seu assentamento funcional, desde que comprovado por avaliação da Junta Médica Oficial do Estado.

Depois de verificado os procedimentos legais, o servidor receberá laudo médico-pericial com parecer favorável sobre sua remoção.

A remoção respeitará a lotação das unidades ou entidades administrativas interessadas, atendido o relevante interesse público e a oportunidade e convivência administrativa.

### **31. Isenção de Imposto de Renda**

Qualquer cidadão brasileiro acometido por doença grave e irreversível pode ser isento de pagamento de imposto de renda, quando comprovada a enfermidade por médico perito oficial.

Os portadores de doenças graves são isentos do Imposto de Renda desde que se enquadrem cumulativamente nas seguintes situações:

- os rendimentos sejam relativos a aposentadoria, pensão ou reforma (outros rendimentos não são isentos), incluindo a complementação recebida de entidade privada e a pensão alimentícia; e
- seja portador de uma das seguintes doenças:

- 1- Aposentadoria motivada por acidente em serviço;
- 2- Moléstia Profissional;
- 3- Tuberculose Ativa;
- 4- Alienação Mental;
- 5- Esclerose Múltipla;
- 6- Neoplasia Maligna;
- 7- Cegueira;
- 8- Hanseníase;
- 9- Paralisia irreversível e incapacitante;
- 10- Cardiopatia Grave;
- 11- Doença de Parkinson;
- 12- Espondiloartrose Anquilosante;
- 13- Nefropatia Grave;
- 14- Estados Avançados da Doença de Paget (Osteíte Deformante)
- 15- Hepatopatia Grave;
- 16- Contaminação por Radiação;
- 17- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Sida/AIDS)

O laudo pericial deverá conter o nome da doença conforme especificada em lei, bem como a data em que a enfermidade foi comprovada por relatório, exames ou cirurgia, devendo ser especificada a data de início da doença.

A isenção de imposto de renda é exclusiva aos proventos de aposentadoria, reforma ou pensão, não podendo ser isentos os servidores que não estejam aposentados.

Ficam isentos do imposto de renda os rendimentos percebidos pelas pessoas físicas decorrentes de seguro-desemprego, auxílio natalidade, auxílio doença, auxílio funeral e auxílio-acidente, pagos pela Previdência Oficial da União, dos Estados, do Distrito Federal e Municípios e pelas entidades de previdência privada, conforme dispõe a Lei nº 9.250 de 26 de dezembro de 1995.

Situações que não geram isenção:

- 1) Não gozam de isenção os rendimentos decorrentes de atividade, isto é, se o contribuinte for portador de uma moléstia, mas ainda não se aposentou;
- 2) Não gozam de isenção os rendimentos decorrentes de atividade empregatícia ou de atividade autônoma, recebidos concomitantemente com os de aposentadoria, reforma ou pensão;

## **32. Integralização de Proventos**

O servidor aposentado por invalidez com os proventos proporcionais tem direito à revisão da sua aposentadoria para efeito de integralização de proventos, sendo que a avaliação especializada pericial é realizada pela Junta Médica Oficial do Estado e seu parecer será favorável nos casos em que houver comprovação de enfermidade ou doença incapacitante que assegure proventos integrais previstos em lei e jurisprudência em vigor.

A integralização de proventos é normatizada e tem como fundamentos legais utilizados na concessão, o que segue:

### **APLICAÇÃO DO ARTIGO 190 DA Lei nº 8.112/1990**

A Orientação Normativa SRH/MP nº 5/2008 delimitou o entendimento de que seria permitida a conversão de provento proporcional em integral em razão da superveniência de doenças graves, contagiosas ou incuráveis, nos termos do art. 190 da Lei nº 8.112/1990, observados os critérios estabelecidos nos art. 1º e 2º (paridade) da mencionada Orientação Normativa. Para os demais casos seria utilizada a média aritmética, conforme estabelece o art. 1º da Lei nº 10.887/2004 e Inciso I do § 1º, § 3º, do art. 40 da Constituição Federal/1988, redação dada pela EC nº 41/2003.

Acrescente-se a isso que, mesmo na hipótese de ocorrência de alteração de aposentadoria concedida na vigência da EC nº 41/2003, em decorrência da aplicabilidade do art. 190 em referência, a forma de cálculo para integralização dos proventos da aposentadoria estaria vinculada à nova regra disciplinada na Lei nº 10.887/2004, que disciplina a EC nº 41/2003, ou seja, o valor do provento integral seria encontrado a partir do cálculo da média aritmética, correspondentes a 80% de todo o período contributivo utilizado.

Enfatiza-se que em decorrência da edição da MP nº 441/2008, art. 316, convertida na Lei nº 11.907/2009, o órgão deverá observar a partir de 29.8.2008, se a Junta Médica Oficial evidenciou a condição de invalidez do (a) servidor (a), em decorrência do novo entendimento contido no art. 190 da Lei nº 8.112/1990:

### **REDAÇÃO ANTERIOR**

“Art. 190. O servidor aposentado com provento proporcional ao tempo de serviço, se acometido de qualquer das moléstias especificadas no art. 186, § 1º, passará a perceber provento integral.”

### **REDAÇÃO ATUAL**

“Art. 190. O servidor aposentado com provento proporcional ao tempo de serviço se acometido de qualquer das moléstias especificadas no § 1º do art. 186 desta Lei e, por esse motivo, for considerado inválido por junta médica oficial passará a perceber provento integral, calculado com base no fundamento legal de concessão da aposentadoria.” (Redação dada pela Lei nº 11.907, de 2009).

### **CONCESSÃO DE APOSENTADORIA POR INVALIDEZ ATÉ 31/12/2003**

As aposentadorias por invalidez e as pensões delas decorrentes, concedidas com base no art. 40, §§ 1º, 3º, inciso I, da CF/1988, redação dada pela EC nº 20/1998, combinado com o art. 186, inciso I, § 1º, da Lei nº 8.112/1990, serão calculados com base na remuneração do servidor no cargo efetivo em que se der a aposentadoria e, na forma da lei, corresponderão à totalidade da remuneração do(a) servidor(a), mantendo a paridade dos proventos com a remuneração da atividade.

Contudo, o inciso I do § 1º do art. 40 da CF/1988 estabelece que nos casos de aposentadoria por invalidez permanente, os proventos serão, inicialmente, proporcionais ao tempo de contribuição.

Nos casos da invalidez do(a) servidor(a) ter sido decorrente de acidente em serviço, moléstia profissional ou doença grave, contagiosa ou incurável, relacionados no § 1º do art. 186 da Lei nº 8.112/1990, os proventos serão integrais.

### CÁLCULO DE APOSENTADORIA POR INVALIDEZ A PARTIR VIGÊNCIA DA EC nº 70/2012

Com a edição da Emenda Constitucional nº 70, de 29/3/2012, publicada no DOU de 30.3.2012, foi incluída na EC nº 41/2003, o art. 6º-A, que estabeleceu critérios para o cálculo e a correção dos proventos da aposentadoria por invalidez dos servidores que ingressaram no serviço público até a data da publicação desta emenda, in verbis:

“O Servidor da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, incluídas suas autarquias e fundações, que tenha ingressado no serviço público até a data de publicação desta Emenda Constitucional e que tenha se aposentado ou venha a se aposentar por invalidez permanente, com fundamento no inciso I do § 1º do art. 40 da Constituição Federal, tem direito a proventos de aposentadoria calculados com base na remuneração do cargo efetivo em que se der a aposentadoria, na forma da lei, não sendo aplicáveis as disposições constantes dos §§ 3º, 8º e 17 do art. 40 da Constituição Federal”. (grifo nosso)

Parágrafo único. “Aplica-se ao valor dos proventos de aposentadorias concedidas com base no caput o disposto no art. 7º desta Emenda Constitucional, observando-se igual critério de revisão às pensões derivadas dos proventos desses servidores.”

Diante do novo fato, todas as aposentadorias por invalidez, com fundamento no inciso I do § 1º do art. 40 da CF/1988, passaram a ser calculadas com base na última remuneração do(a) servidor(a), mantendo a paridade dos proventos com a remuneração da atividade, e em consequência, extinguiu o entendimento existente antes da edição da EC nº 70/2012, que determinava que o cálculo dos proventos seria feito pela média aritmética correspondente a 80% de todo o período contributivo e não previa paridade com os servidores ativos.

Assim, após a edição da EC nº 70/2012, as aposentadorias por invalidez permanente com base no inciso I do § 1º do art. 40 da CF/1988, serão proporcionais ao tempo de contribuição ou integrais nos casos da invalidez do(a) servidor(a) ter sido decorrente de acidente em serviço, moléstia profissional ou doença grave, contagiosa ou incurável, cujas doenças estão relacionadas no § 1º do art. 186 da Lei nº 8.112/1990.

Saliente-se que o art. 2º da nova Emenda Constitucional determinou o prazo de 180 dias, a partir da sua publicação no DOU, para que a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, e as suas respectivas autarquias e fundações, fizessem a revisão dos atos de aposentadorias e pensões delas decorrentes, concedidas a partir de 01.01.2004, com efeito financeiro a partir da publicação da emenda, ou seja, 30/12/2012. (grifo nosso)

Em síntese, fica assegurado ao servidor de Administração Direta e Autarquia dos Três Poderes e Tribunal de Contas do Estado, aposentado por invalidez com os proventos proporcionais, a revisão da sua aposentadoria para efeito de integralização dos proventos, desde

que comprovada à invalidez permanente mediante laudo emitido pelo órgão oficial, isto é, a Junta Médica Oficial do Estado.

### **32.1 Avaliação Médico Pericial**

Para concessão da integralização de proventos é indispensável o exame médico pericial, realizado em Junta Médica Oficial do Estado, que comprovará, mediante realização de avaliação clínica e exames complementares, o diagnóstico da patologia especificada em lei.

### **32.2 Funcionalidade**

A solicitação de integralização de proventos deverá ser efetuada mediante processo administrativo junto ao Setor de Recursos Humanos onde o servidor esteja lotado, que encaminhará o referido processo à Junta Médica Oficial do Estado a fim de se proceder a convocação para a avaliação médico-pericial, onde deverá comparecer na data e horário previamente agendados, munidos dos documentos de caráter pessoal, atestado do médico assistente e demais exames médicos referentes ao caso em questão.

### **32.3 Resultado da Avaliação Pericial**

Concluído o exame pericial, a avaliação médica e processo administrativo são encaminhados para avaliação do Presidente da Junta Médica Oficial do Estado, que complementarmente a conclusão pericial pelo deferimento ou não do benefício ora pleiteado. Em seguida, toda documentação deverá ser encaminhada ao respectivo Instituto de Previdência do órgão ou entidade onde o servidor era lotado.

## **33. Comprovação de Invalidez dos Dependentes**

A comprovação de invalidez de ascendentes ou descendentes de primeiro grau (pais e filhos) confere ao servidor o direito de pleitear alguns direitos trabalhistas, como a redução de carga horária.

A invalidez a ser comprovada refere-se aos dependentes, cujo comprometimento físico ou mental os impede de realizar atividades da vida diária.

## **34. Reversão de Servidor Aposentado por Invalidez**

É o retorno do servidor aposentado as suas atividades funcionais.

A avaliação realizada pela Junta Médica Oficial do Estado considerará a capacidade laborativa e, no caso de insubsistência dos motivos que ensejaram a aposentadoria, indicará sua revisão.

A critério da Junta Médica Oficial do Estado, o servidor em licença para tratamento de saúde ou aposentado por invalidez poderá ser convocado a qualquer momento para avaliação das condições que ensejaram o afastamento ou aposentadoria. Não poderá haver a reversão do aposentado que tiver completado 70 (setenta) anos de idade, pois se trata de aposentadoria compulsória, em decorrência do que disciplina o Art.40, § 1º, inciso II, da Constituição Federal.

O Estado do Tocantins trata do tema nos Arts. 25 a 27 da Lei 1.818, de 23 de agosto de 2007, abaixo textualizado:

Art. 25. Reversão é o retorno à atividade do servidor aposentado:

I – por invalidez, quando a Junta Médica Oficial declarar insubsistentes os motivos da aposentadoria;

II – a pedido, observado o interesse da Administração e a existência de dotação orçamentária e financeira, e desde que:

- a) a aposentadoria tenha sido voluntária e ocorrido nos 05 anos anteriores à solicitação;
- b) estável, quando na atividade;
- c) haja cargo vago.

§ 1 Caso ocorra reversão, o tempo em que o servidor permanece em exercício é considerado para a concessão de nova aposentadoria.

§ 2 O servidor que, a pedido, retornar à atividade percebe, em substituição aos proventos da aposentadoria, a remuneração do cargo que voltar a exercer com as vantagens de natureza pessoal que percebia anteriormente à aposentadoria, observada a legislação específica.

§ 3 Os proventos da nova aposentadoria do servidor que haja revertido a pedido, nos termos do inciso II deste artigo, são calculados com base nas regras vigentes à data de sua nova ocupação, desde que permaneça em efetivo exercício no cargo, por, pelo menos, 05 anos.

Art. 26. A reversão, nos casos de aposentadoria por invalidez, faz-se no mesmo cargo ou no cargo resultante de sua transformação.

Parágrafo único. Encontrando-se o cargo:

I - provido, o servidor exerce suas atribuições como excedente, até a ocorrência de vaga;

II – extinto, a reversão ocorre em cargo de atribuições afins, respeitada a habilitação exigida, nível de escolaridade e equivalência de vencimentos.

Art. 27. Não pode reverter o aposentado que já tiver completado o tempo para aposentadoria compulsória.

### **35. Inscrição Junto Ao Plano de Saúde**

O PLANSAÚDE destina-se a garantir aos segurados e dependentes a assistência à saúde, através dos serviços de medicina preventiva e curativa e do tratamento odontológico.

O plano se enquadra na modalidade de participação, ou seja, Governo e Servidores custearão as despesas, cabendo a maior parte ao Governo. Os serviços oferecidos são: atendimentos médicos, clínicos, ambulatoriais e hospitalares, eletivos ou de emergências, exames complementares e de alta complexidade, internações eletivas e emergenciais clínicas, cirúrgicas e obstétricas, além de tratamento odontológico.

O Plano de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos do Estado do Tocantins - PLANSAÚDE foi instituído pela Lei nº 1.424/2003, alterada pela Lei nº 2.296/2010 e regulamentado pelo Decreto nº 4.051, de 11 de maio de 2010, implantado com o compromisso de ser um Plano Público (portanto, com regras diferentes das regras dos planos de saúde particulares), de Assistência à Saúde, com o compromisso de atender com qualidade os servidores e seus dependentes, inclusive aposentados e pensionistas pelo IGEPREV (no caso do pensionista, não pode incluir dependente).

### **35.1 Funcionalidade**

O PLANSÁUDE tem abrangência REGIONAL com atendimento nos Estados do Tocantins, de Goiás e do Maranhão, e no Distrito Federal para os servidores que estejam lotados em unidade do Estado do Tocantins, regularmente constituída e instalada.

Nos Estados de Goiás e Maranhão não abrange assistência odontológica.

Serão assistidos:

I – Segurados:

- Ativos (efetivos e/ou comissionados); Inativos (aposentados pelo IGEPREV); Militares ativos e inativos; Detentores de mandato eletivo; Agentes políticos; Membro do Poder Legislativo, do Poder Judiciário, do Tribunal de Contas e do Ministério Público Estadual; Afastados e/ou Licenciados e Pensionistas;

II - Dependentes diretos:

- Cônjuge, companheiro ou companheira.
- O filho menor de 18 anos, não-emancipado, inclusive no curso do processo de adoção;
- O filho curatelado, desde que a incapacidade tenha ocorrido durante a menoridade;
- O filho inválido solteiro, maior de 18 anos, desde que a invalidez tenha ocorrido durante a menoridade;
- O enteado menor de 18 anos;
- Menor sob tutela ou guarda judicialmente decretada.

III – Dependentes indiretos:

- O filho maior de 18 anos e menor de 21 anos;
- Os pais;
- O irmão não-emancipado menor de 18 anos;
- Irmão solteiro, inválido ou incapaz, maior de 18 anos, desde que a invalidez ou incapacidade tenha ocorrido durante a menoridade;
- O enteado maior de 18 anos e menor de 21 anos.

Não poderá ser inscrito:

- Como dependente aquele que perceba remuneração ou subsídio em valor superior ao do titular, ainda que não seja servidor público dos Poderes do Estado, sob pena de restituição ao Plano;
- O pensionista que não se encontra inscrito como dependente do titular do Plano que veio a falecer.

### **36. Acompanhamento Psicossocial**

O serviço de apoio psicossocial vem sendo desenvolvido com o propósito de atender os servidores que necessitem de esclarecimento referente às perícias médicas, licenças para tratamento de saúde e reabilitação destes profissionais. O serviço conta com uma equipe multiprofissional composta por enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais. Trata-se de um atendimento humanizado e especializado proporcionando qualidade no atendimento aos usuários interessados nos benefícios competentes à Junta Médica Oficial do Estado.

Com o objetivo maior em oferecer suporte ao servidor no aspecto biopsicossocial, o Estado do Tocantins possui 14 CAPS – Centros de Atenção Psicossocial, sendo três do tipo Caps AD III (álcool e drogas) – em Palmas, Araguaína e Gurupi. São sete CAPS do tipo I - Araguatins, Colinas do Tocantins, Formoso do Araguaia, Gurupi, Paraíso do Tocantins, Taguatinga e Tocantinópolis; quatro CAPS do tipo II - Araguaína, Dianópolis, Palmas e Porto Nacional. Também fica disponível com um Serviço de Residência Terapêutica no município de Araguatins. Na atenção hospitalar,

encontra-se uma Unidade de Saúde Mental no HGP com 10 leitos de internação, além de leitos para desintoxicação em outros hospitais de referência do Estado.

“Para 2014, estão previstos a abertura de 08 CAPS tipo I; 03 CAPS infantil; 02 CAPS AD III; 28 leitos de retaguarda, mais uma Residência Terapêutica, entre outros. Só neste ano, os investimentos de custeio são da ordem de R\$ 7 milhões com recursos do Ministério da Saúde e contrapartida do Estado”. Fonte: [www.saude.to.gov.br/index/rede-deatencao-psicossocial-teracobertura-de-80-da-populacao-no-tocantins&catid=45:noticias](http://www.saude.to.gov.br/index/rede-deatencao-psicossocial-teracobertura-de-80-da-populacao-no-tocantins&catid=45:noticias)

### 36.1 Atividades do Psicossocial

Compete a equipe do Atendimento Psicossocial:

- Emitir pareceres que auxiliem a avaliação médico-pericial referente ao aspecto do Serviço Social e Psicologia;
- Alavancar os trâmites burocráticos existentes nesta Junta Médica Oficial do Estado, evitando prejuízos aos servidores e mediando entre os Setores de Recursos Humanos e a Junta Médica;
- Desenvolver projetos de promoção à saúde do servidor, qualidade nas atividades laborais, avaliação positiva do trabalho em equipe, como órgão multidisciplinar;
- Realizar entrevistas para conhecer os indicadores psíquicos, sócio-profissional e econômico dos servidores em tratamento de saúde;
- Levantar as principais causas que estão interferindo na saúde do servidor, bem como relacionar as queixas e sintomas com as condições de trabalho visando à promoção de saúde;

Caberá, ainda, prestar assistência aos seguintes serviços:

**Acolhimento ao servidor estadual:** atendimento humanizado mediante as individualidades e adoecimentos do servidor, composto de uma conduta ética, respeitosa, oferecendo uma escuta sigilosa;

**Atendimento individual:** pode ser solicitada pelo servidor quando necessitar de orientação ou esclarecimentos ou, ainda, por encaminhamento do médico-perito quando constatado a necessidade do acompanhamento com os profissionais de psicologia, enfermagem e serviço social, com a finalidade de levantar as queixas implícitas e explícitas, fornecendo orientações quanto aos procedimentos burocráticos para o cumprimento das normas regentes;

**Visita:** realizar visitas domiciliares, hospitalares e/ou local de trabalho do servidor para subsidiar o estudo de caso em análise. Ressaltamos que as visitas não possuem a necessidade de agendamento ou comunicação prévia, quando for fundamental conhecer sua rotina de vida e seu ambiente sócio-familiar ou em caso de impossibilidade do seu comparecimento à perícia médica;

**Informação ao servidor:** Acompanhar e orientar os servidores afastados para tratamento de saúde ou por motivo de doença em pessoa da família, quando verificada a necessidade de apoio e avaliação das condições psicossociais;

**Acompanhamento:** Compete aos CAPS efetuar a triagem e acompanhar os casos de servidores que recorrem à Junta Médica Oficial do Estado com quadro que justifique intervenções breves e mediar com os médicos peritos nas tramitações para avaliação das solicitações dos servidores;

**Informação:** Orientar e esclarecer sobre a funcionalidade das perícias médicas, e até intervir em aspectos importantes existentes ou que divergem entre a equipe, vislumbrando uma atenção completa a todos os servidores estaduais do Tocantins;

Convém ressaltar que cabe apenas ao médico perito a decisão de conceder, prorrogar ou negar as licenças requeridas pelos servidores. Os profissionais que atuam no psicossocial não têm responsabilidade na concessão ou prorrogação de licenças.

### **37. Serviços para o Interior do Estado**

Os servidores que exercem atividades no interior podem solicitar os serviços e protocolizar o requerimento e documentos exigidos no Setor de Recursos Humanos do órgão ou entidade onde estiver lotado.

No caso de Regionais, a documentação deve ser protocolizada junto à Unidade Operacional, e esta repassará os referidos documentos ao Setorial de Recursos Humanos do órgão ou da entidade administrativa onde o servidor estiver lotado.

Nos casos de prorrogação de licença para tratamento de saúde, remanejamento de função ou pedido de aposentadoria por invalidez, poderá ser requerido do servidor um relatório do médico assistente sobre a evolução do seu quadro clínico, exames complementares, bem como poderá ser solicitada sua presença para avaliação pericial na Junta Médica Oficial do Estado.

### **38. Conclusão**

A Saúde é direito social fundamental previsto na Carta Magna de 1988 no Título - Dos Direitos e Garantias Fundamentais, in verbis:

“Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição”.

O direito à saúde é compatível com o Princípio da Dignidade Humana, ou seja, garantia do mínimo necessário para manutenção da vida, desta forma, destinado a todos independentemente de contribuição.

No capítulo específico da Seguridade na CF/88 a saúde é apontada como dever do Estado, in verbis:

“Art. 196 A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Quanto à fiscalização, regulamentação e controle das atividades destinadas a saúde, está o Poder Público com competência comum entre à União, Estados e Municípios.

Conforme prevê a Carta Magna, as ações e serviços públicos da saúde integram uma rede hierarquizada e regionalizada, constituindo um sistema único (Sistema Único de Saúde – SUS). As competências do SUS encontram-se na referida norma constitucional em seu art. 200, in verbis:

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;



- III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;
- IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;
- V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;
- VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;
- VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

Portanto, a finalidade da norma constitucional em que a seguridade social está esculpida é a manutenção da população em níveis seguros de saúde, combatendo a erradicação e buscando a prevenção de doenças, ou seja, o bem estar social.

Nesse diapasão, a atividade pericial (inspeção médica) implica em um ato administrativo que, apesar de revestido de toda a técnica e apurada visão de diagnóstico e prognóstico, tem por finalidade, de um lado, legalizar a situação funcional do servidor, o que se reflete sobre sua remuneração, e, de outro, cuidar para que não haja uso indevido dos recursos públicos.

Portanto, é uma atividade absolutamente isenta, sem fins terapêuticos ou de assistência médica, nem de cunho social, devendo o servidor compreender e facilitar o ato pericial, prestando, de forma clara e objetiva, todas as informações necessárias para a análise do médico perito.

Quando o médico, por qualquer razão, fornece informação escrita, em que relata matéria médica de interesse jurídico, estamos diante de um documento médico-legal. É evidente que esta situação pressupõe tratar-se de profissional habilitado na forma da legislação vigente e que tenha praticado ato médico específico, salvo no caso de pareceres que podem se basear em documentos pré-existentes.

Embora a atividade pericial possa parecer dura e insensível, cabe ao Perito encarar a inspeção médica como um ato administrativo, que apesar de revestido de toda a técnica de semiologia e apurada visão de diagnóstico e prognóstico, tem por finalidade, de um lado, legalizar a situação funcional do servidor, o que se reflete sobre sua remuneração; e de outro, cuidar para que não haja uso indevido dos recursos públicos.

Por derradeiro, vislumbra-se que este Manual tenha contribuído para dirimir as dúvidas a respeito dos procedimentos para solicitação de licença e outros benefícios avaliados pela Junta Médica Oficial do Estado, vinculada à Secretaria de Administração do Estado do Tocantins, bem como ter fornecido subsídios para que se compreenda melhor a função do órgão.

### **39. Referências Bibliográficas:**

Constituição da República Federativa do Brasil, de 05 de outubro de 1988;  
Estatuto do Servidor Público do Estado do Tocantins, Lei 1.818 de 23 de agosto de 2007;  
Instrução Normativa Geral nº 02/2009, de 25 de março de 2009;  
Manual de Perícia Médica do Ministério da Saúde, edição de 2010;  
Manual de Perícia Oficial em Saúde do Servidor Público Federal;  
Manual de Procedimentos Técnicos da Junta Médica Oficial de Santa Catarina;  
Manual de Perícia Médica dos Estados de Goiás e Ceará;  
Portaria MOG nº1.615, de 06 de outubro de 2006- DOU de 10/10/2006;