

SEÇÃO III DO CONSELHO FISCAL

Art. 70. O Conselho Fiscal do **IPSEC** terá a seguinte composição:

I - 02 (dois) servidores do quadro efetivo, indicados pelo Poder Executivo;

II - 02 (dois) servidores do quadro efetivo, indicados pelo Poder Legislativo;

III - 01 (um) servidor do quadro efetivo, indicado pelo Sindicato dos Servidores Públicos Municipais de Correntes ou escolhido pelos servidores em assembleia convocada pelo Prefeito para este fim; e,

IV - 01 (um) servidor inativo indicado pelos servidores inativos ou escolhido pelos servidores em assembleia convocada pelo Prefeito para este fim.

§ 1º - Os membros suplentes serão designados aplicando-se os mesmos critérios fixados para os membros efetivos e substituirão estes em suas faltas, licenças e impedimentos, sucedendo-os em caso de vacância, conservada sempre a vinculação da representatividade.

§ 2º - O mandato dos membros componentes do Conselho Fiscal será de 02 (dois) anos, a contar da data do termo de posse, sendo permitida sua recondução para o mandato subsequente, prorrogando-se automaticamente até a composição do novo Conselho.

§ 3º - O Conselho Fiscal elegerá, dentre seus membros, o seu Presidente em sua primeira reunião ordinária, após a sua posse, para um mandato de 01 (um) ano, podendo ser reconduzido.

§ 4º O Conselho reunir-se-á, ordinariamente, uma vez a cada mês e extraordinariamente, sempre que convocado, com a presença da maioria de seus membros e suas decisões serão tomadas por maioria simples de voto.

§ 5º - A função de Conselheiro não será remunerada, devendo ser desempenhada no horário compatível com o expediente normal de trabalho.

§ 6º - O Conselheiro que, sem justa causa, faltar a 03 (três) sessões consecutivas ou seis (6) alternadas, terá seu mandato declarado extinto, sendo substituído pelo suplente.

§ 7º - Na falta do suplente, será notificada a instituição responsável pela indicação para promover a indicação do substituto.

§ 8º - As convocações ordinárias e extraordinárias serão feitas pela Diretoria Executiva e por escrito.

§ 9º - As reuniões do Conselho Fiscal deverão ser registradas em livro ata.

Art. 71. Ao Conselho Fiscal compete:

I - acompanhar a organização dos serviços técnicos e a admissão do pessoal;

II - acompanhar a execução orçamentária do INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS DO MUNICÍPIO DE CORRENTES –IPSEC, conferindo a classificação dos fatos e examinando a sua procedência e exatidão:

III - examinar as prestações efetivadas pelo INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS DO MUNICÍPIO DE CORRENTES -IPSEC aos servidores e dependentes e a respectiva tomada de contas dos responsáveis;

IV - proceder, em face dos documentos de receita e despesa, a verificação dos balancetes mensais, os quais deverão estar instruídos com os esclarecimentos devidos, para encaminhamento ao Conselho Deliberativo;

V - indicar, para contratação, perito de sua escolha para exame de livros e documentos;

VI - encaminhar ao Conselho Deliberativo, anualmente, até 60 (sessenta) dias após o encerramento do exercício, com o seu parecer técnico, o relatório do exercício anterior da Diretoria Executiva, o processo de prestação de contas, o balanço anual e o inventário a ele referente, assim como o relatório estatístico dos benefícios prestados;

VII - requisitar à Diretoria Executiva e ao Presidente do Conselho Deliberativo as informações e diligências que julgar convenientes e necessárias ao desempenho de suas atribuições e notifica-los para correção de irregularidades verificadas e exigir as providências de regularização;

VIII - propor ao Presidente do INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS DO MUNICÍPIO DE CORRENTES - IPSEC as medidas que me julgar de interesse para resguardar a lisura e transparência da administração do e mesmo;

IX - acompanhar, juntamente com o Conselho Deliberativo, o recolhimento mensal das contribuições para que sejam efetuadas no prazo legal, notificar e interceder junto ao Prefeito e aos demais titulares de órgãos da e Administração Municipal, da ocorrência de irregularidades, alertando-os para os riscos envolvidos, denunciando e exigindo as providências de regularização, e adotando as providências de retenção dos impostos e taxas junto aos órgãos competentes para regularização das contribuições em atraso;

X - proceder à verificação dos valores em depósito na tesouraria, em bancos, nos administradores de carteira de investimentos e atestar a sua correção ou denunciando irregularidades constatadas e exigindo as regularizações;



XI - examinar e dar parecer prévio nos contratos e acordos a serem celebrados pelo INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS DO MUNICÍPIO DE CORRENTES - IPSEC, por solicitação da Diretoria Executiva;

XII - pronunciar-se sobre a alienação de bens imóveis do INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS DO MUNICÍPIO DE CORRENTES - IPSEC;

XIII - acompanhar os processos de concessão de benefícios, verificando sua legitimidade;

XIV - acompanhar a aplicação das reservas, fundos e provisões garantidores dos benefícios previstos nesta Lei, notadamente no que concerne à observância dos critérios de segurança, rentabilidade e liquidez, e de limites máximos de concentração dos recursos;

XV - rever as suas próprias decisões, fundamentando qualquer possível alteração;

XVI - proceder os demais atos necessários à fiscalização do INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS DO MUNICÍPIO DE CORRENTES - IPSEC bem como, da gestão do Regime Próprio de Previdência do Município de Correntes.

Parágrafo Único - Compete a todos os membros do Conselho Fiscal, individualmente, o direito de exercer fiscalização dos serviços do INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS DO MUNICÍPIO DE CORRENTES - IPSEC, não lhes sendo permitido envolver-se na direção e administração do mesmo.

SEÇÃO IV DA DIRETORIA EXECUTIVA

Art. 72. A Diretoria Executiva do INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS DO MUNICÍPIO DE CORRENTES - IPSEC será composta de um Presidente e um Diretor Administrativo Financeiro e um Diretor Previdenciário.

§ 1º - Os cargos de Presidente e Diretor Administrativo Financeiro e Diretor Previdenciário serão ocupados por servidores municipais nomeados pelo Prefeito.

§ 2º - Os cargos de Presidente e Diretor Administrativo Financeiro e Diretor Previdenciário serão de provimento em comissão, criados por lei e serão exercidos por servidores do quadro efetivo do Município de Correntes, sendo o presidente, preferentemente, portador de nível superior de escolaridade.

§ 3º - Os servidores indicados deverão pertencer ao quadro efetivo de quaisquer dos entes estatais do Município de Correntes e terem mais de 03 (três) anos de efetivo exercício em cargo público municipal.

§ 4º - As deliberações da Diretoria Executiva serão registradas em Livro Ata.

XI - assinar, em conjunto com o Diretor Administrativo Financeiro, os cheques e demais documentos do INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS DO MUNICÍPIO DE CORRENTES - IPSEC, movimentando os fundos existentes;

XII - encaminhar para deliberação, os balancetes mensais ao Conselho Fiscal e as contas anuais da Instituição para o Tribunal de Contas do Estado, acompanhadas dos Pareceres do Conselho Fiscal, da Consultoria Atuarial e da Auditoria Externa Independente;

XIII - propor, em conjunto com o Diretor Administrativo Financeiro, contratação de Administradores de Carteiras de Investimentos do INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS DO MUNICÍPIO DE CORRENTES - IPSEC dentre as instituições especializadas do mercado, de Consultores Técnicos Especializados e outros serviços de interesse;

XIV - submeter ao Conselho Deliberativo e ao Conselho Fiscal os assuntos a eles pertinentes e facilitar o acesso de seus membros para o desempenho de suas atribuições;

XV - cumprir as deliberações dos Conselhos Deliberativo e Fiscal;

XVI - praticar os demais atos atribuídos por esta Lei como de sua competência.

Art. 74. Compete ao Diretor Administrativo Financeiro:

I - manter o serviço de protocolo, expediente, arquivo, bem como, baixar ordens de serviços relacionados com aspecto financeiro;

II - elaborar e transcrever em livros próprios os contratos, termos, editais e licitações;

III - supervisionar o serviço de relações públicas e os de natureza interna;

IV - administrar a área de Recursos Humanos do INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS DO MUNICÍPIO DE CORRENTES – IPSEC;

V - assinar juntamente com o Presidente, todos os atos administrativos referentes à admissão, contrato, demissão, dispensa, licença, férias, afastamento dos serviços da autarquia, bem como, os cheques e requisições junto às instituições financeiras;

VI - cuidar para que até o 10º (décimo) dia útil de cada mês, sejam fornecidos os informes necessários à elaboração do balancete do mês anterior;

VII - manter a contabilidade financeira, orçamentária e patrimonial, em sistemas adequados e sempre atualizados, elaborando balancetes e balanços, além de demonstrativos das atividades econômicas do Instituto em consonância com as normas vigentes;

empregadores municipais vinculados ao INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS DO MUNICÍPIO DE CORRENTES - IPSEC;

III - providenciar o cálculo da folha mensal dos benefícios a serem pagos pelo INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS DO MUNICÍPIO DE CORRENTES - IPSEC aos segurados e dependentes, de acordo com os dispositivos legais: IV - Responder pela exatidão das carências e demais condições exigidas para a concessão de quaisquer benefícios aos segurados que o quiserem;

V - proceder o atendimento e a orientação aos segurados quanto aos seus direitos e deveres para com o INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS DO MUNICÍPIO DE CORRENTES - IPSEC;

VI - proceder ao levantamento estatístico de benefícios concedidos e a conceder;

VII - propor a contratação de Atuário para proceder as revisões atuariais do Sistema Previdenciário Municipal;

VIII - proceder o atendimento dos integrantes dos demais órgãos colegiados da estrutura do INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS DO MUNICÍPIO DE CORRENTES - IPSEC; e,

IX - integrar o colegiado da Diretoria Executiva em suas deliberações operacionais.

SEÇÃO V DAS DISPOSIÇÕES GERAIS DA ADMINISTRAÇÃO

Art. 76. O INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS DO MUNICÍPIO DE CORRENTES IPSEC, para a execução de seus serviços, poderá ter pessoal requisitado da municipalidade, dentre os seus servidores, os quais serão colocados à sua disposição com todos os seus direitos e vantagens asseguradas e as garantias e deveres previstos em Lei.

Parágrafo Único - Os servidores ocupantes dos cargos que compõem as Diretoria Executiva serão remunerados a título de gratificação pelo exercício das funções.

Art. 77. Os membros representantes dos diversos órgãos colegiados da Estrutura Administrativa do INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS DO MUNICÍPIO DE CORRENTES - IPSEC não poderão acumular cargos no Instituto, mesmo que indicados para órgãos diferentes e por diferentes entes municipais ou entidades.

SEÇÃO VI DOS ATOS NORMATIVOS

VIII - promover a arrecadação, registro e guarda de rendas e quaisquer valores devidos ao INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS DO MUNICÍPIO DE CORRENTES - IPSEC e dar publicidade da movimentação financeira;

IX - elaborar orçamento anual e plurianual de investimentos, bem como todas as resoluções atinentes à matéria orçamentária ou financeira e o acompanhamento da respectiva execução;

X - apresentar periodicamente os quadros e dados estatísticos que permitam o acompanhamento das tendências orçamentárias e financeiras para o exercício;

XI - providenciar a abertura de créditos adicionais, quando houver necessidade;

XII - efetuar tomada de caixa, em conjunto com o Presidente;

XIII - organizar, anualmente, o quadro de fornecedores, opinando sobre o mesmo e submetendo-o à aprovação do Conselho Deliberativo;

XIV - organizar e acompanhar as licitações dando o seu parecer para o respectivo julgamento;

XV - supervisionar o Setor de Compras, Almoxarifado e Patrimônio do INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS DO MUNICÍPIO DE CORRENTES - IPSEC, através de sistema próprio, verificando periodicamente os estoques, bem como o controle e conservação de material permanente, observados os princípios constitucionais;

XVI - manter os serviços relacionados com a aquisição, recebimento, guarda e controle bem como, fiscalização do consumo de material, primando pela economia;

XVII - supervisionar os serviços de segurança, limpeza, podaria e serviços gerais do INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS DO MUNICÍPIO DE CORRENTES- IPSEC;

XVIII - executar as ações de gestão orçamentária de planejamento financeiro, os recebimentos e pagamentos, os assuntos relativos à área contábil, as aplicações em investimentos em conjunto com o Presidente e deliberado pelo Conselho Deliberativo e o gerenciamento dos bens pertencentes ao INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS DO MUNICÍPIO DE CORRENTES -IPSEC, velando por sua integridade;

XIX - manter controle sobre a guarda dos valores, títulos e disponibilidades financeiras e demais documentos que integram o Patrimônio do INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS DO MUNICÍPIO DE CORRENTES - IPSEC;

XX - proceder a contabilização das receitas, despesas, reservas e provisões do INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS DO MUNICÍPIO DE CORRENTES – IPSEC, dentro dos critérios contábeis geralmente aceitos e expedir os balancetes mensais, o balanço anual e as demais demonstrações contábeis:

XXI - prover recursos para o pagamento da folha mensal de benefícios e da folha de pagamento dos salários dos funcionários do INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS DO MUNICÍPIO DE CORRENTES –IPSEC;

XXII - propor a contratação dos Administradores de Ativos e Passivos Financeiros do INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS DO MUNICÍPIO DE CORRENTES - IPSEC e promover o acompanhamento dos contratos;

XXIII - integrar o Colegiado composto pela da Diretoria Executiva, Presidente do Conselho Deliberativo e Presidente do Conselho Fiscal nas deliberações operacionais do INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS DO MUNICÍPIO DE CORRENTES - IPSEC;

XXIV - providenciar o cálculo da folha mensal dos benefícios a serem pagos pelo INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS DO MUNICÍPIO DE CORRENTES - IPSEC aos segurados e dependentes, de acordo com os dispositivos legais;

XXV - responder pela exatidão das carências, quando houver, e demais condições exigidas para a concessão de quaisquer benefícios aos segurados que o requererem;

XXVI – proceder o atendimento e a orientação aos segurados quanto aos seus direitos e deveres para com o INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS DO MUNICÍPIO DE CORRENTES - IPSEC;

XXVII - proceder ao levantamento estatístico de benefícios concedidos e a conceder;

XXVIII - propor a contratação de Atuário para proceder às revisões atuariais do Sistema Previdenciário Municipal;

XXIX - substituir o Presidente em seus impedimentos eventuais;

XXX - exercer as demais atividades inerentes ao cargo.

Art. 75. Compete ao Diretor Previdenciário:

I - atender e orientar os segurados quanto aos seus direitos e deveres para obtenção de benefícios junto ao IPSEC;

II - manter atualizado o cadastro dos servidores segurados ativos e inativos. e de seus dependentes, tanto da Prefeitura como da Câmara Municipal e demais órgãos

Art. 78. O Conselho Deliberativo, por sua iniciativa ou solicitação da Diretoria Executiva ou do Conselho Fiscal, deliberará quanto à emissão de instruções e normas operacionais em atos normativos.

§ 1º - Os atos normativos serão emitidos sobre assuntos omissos em Lei, ou em complemento com o objetivo de esclarecer.

§ 2º - As decisões do Conselho Deliberativo serão divulgadas através de Resoluções.

SEÇÃO VII DOS RECURSOS

Art. 79. Os segurados do **IPSEC** e respectivos dependentes poderão interpor recurso contra decisão denegatória de prestações no prazo de 30 (trinta) dias contados da data em que forem notificados.

§ 1º Os recursos deverão ser interpostos perante o órgão que tenha proferido a decisão, devendo ser, desde logo, acompanhados das razões e documentos que os fundamentem.

§ 2º O órgão recorrido, no prazo de 15 (quinze) dias, contados da data do protocolo da documentação, poderá reformar sua decisão, em face do recurso apresentado ou caso contrário, o recurso deverá ser encaminhado para o Conselho Deliberativo para ser julgado.

Art. 80. Os recursos não terão efeito suspensivo, salvo se, em face dos interesses, assim o determinar o próprio órgão recorrido.

Art. 81. O Conselho Deliberativo terá 30 (trinta) dias para julgar os recursos interpostos e não reformados pelo órgão recorrido.

Parágrafo Único - A contagem do prazo para julgamento do recurso terá início na data de recebimento dos autos pelo presidente do Conselho Deliberativo.

CAPÍTULO IX DOS DEVERES E OBRIGAÇÕES

SEÇÃO I DOS SEGURADOS

Art. 82. São deveres e obrigações dos segurados:

I - acatar as decisões dos órgãos de direção do **IPSEC**;

II - aceitar e desempenhar com zelo e dedicação os cargos para os quais forem eleitos ou nomeados;

III - dar conhecimento à direção do **IPSEC** das irregularidades de que tiverem ciência e sugerir as providências que julgarem necessárias;

IV - comunicar ao **IPSEC** qualquer alteração necessária aos seus assentamentos, sobretudo aquelas que digam respeito aos dependentes e beneficiários.

Art. 83. O segurado pensionista terá as seguintes obrigações:

I - acatar as decisões dos órgãos de direção do **IPSEC**;

II - apresentar, anualmente, em janeiro, atestado de vida e residência do grupo familiar beneficiado por esta lei;

III - comunicar por escrito ao **IPSEC** as alterações ocorridas no grupo familiar para efeito de assentamento;

IV - prestar com fidelidade, os esclarecimentos que forem solicitados pelo **IPSEC**.

CAPÍTULO X DAS REGRAS DE TRANSIÇÃO

Art. 84. Observado o disposto no art. 4º da Emenda Constitucional nº 20, de 15 de dezembro de 1998, é assegurado o direito de opção pela aposentadoria voluntária com proventos calculados de acordo com o art. 12 desta Lei, àquele que tenha ingressado regularmente em cargo efetivo na Administração Pública Municipal direta, autárquica e fundacional, até a data de publicação daquela Emenda, quando o servidor, cumulativamente:

I - tiver cinquenta e três anos de idade, se homem, e quarenta e oito anos de idade, se mulher;

II - tiver cinco anos de efetivo exercício no cargo em que se der a aposentadoria;

III - contar tempo de contribuição igual, no mínimo, à soma de:

a) trinta e cinco anos, se homem, e trinta anos, se mulher; e;

b) um período adicional de contribuição equivalente a vinte por cento do tempo que, na data de publicação daquela Emenda, faltaria para atingir o limite de tempo constante da alínea *a* deste inciso.

§ 1º O servidor de que trata este artigo que cumprir as exigências para aposentadoria na forma do *caput* terá os seus proventos de inatividade reduzidos para cada ano antecipado em relação aos limites de idade estabelecidos pelo inciso III, alínea "a" e § 3º do art. 12 desta Lei, na seguinte proporção:

I - três inteiros e cinco décimos por cento, para aquele que completar as exigências para aposentadoria na forma do *caput* até 31 de dezembro de 2005;

II - cinco por cento, para aquele que completar as exigências para aposentadoria na forma do *caput* a partir de 1º de janeiro de 2006.

§ 2º O professor, que, até a data de publicação da Emenda Constitucional n.º 20, de 15 de dezembro de 1998, tenha ingressado, regularmente, em cargo efetivo de magistério e que opte por aposentar-se na forma do disposto no *caput*, terá o tempo de serviço exercido até a publicação daquela Emenda contado com o acréscimo de dezessete por cento, se homem, e de vinte por cento, se mulher, desde que se aposente, exclusivamente, com tempo de efetivo exercício nas funções de magistério, observado o disposto no § 1º.

§ 3º O servidor de que trata este artigo, que tenha completado as exigências para aposentadoria voluntária estabelecidas no *caput*, e que opte por permanecer em atividade, fará jus a um abono de permanência equivalente ao valor da sua contribuição previdenciária até completar as exigências para aposentadoria compulsória contidas no inciso II do art. 12 desta Lei.

§ 4º Às aposentadorias concedidas de acordo com este artigo aplica-se o disposto no art. 40, § 8º, da Constituição Federal.

Art. 85. Observado o disposto no art. 39, desta lei, o tempo de serviço considerado pela legislação vigente para efeito de aposentadoria, cumprido até que a lei federal discipline a matéria, será contado como tempo de contribuição.

Art. 86. Ressalvado o direito de opção à aposentadoria pelas normas estabelecidas pelo art. 12 ou pelas regras estabelecidas pelo art.84 desta Lei, o servidor que tenha ingressado no serviço público até a data de publicação da Emenda Constitucional nº 41, de 19 de dezembro de 2003 poderá aposentar-se com proventos integrais, que corresponderão à totalidade da remuneração do servidor no cargo efetivo em que se der a aposentadoria, na forma da lei, quando, observadas as reduções de idade e tempo de contribuição contidas no § 3º do art. 12 desta lei, vier a preencher, cumulativamente, as seguintes condições:

I - sessenta anos de idade, se homem, e cinqüenta e cinco anos de idade, se mulher;

II - trinta e cinco anos de contribuição, se homem, e trinta anos de contribuição, se mulher;

III - vinte anos de efetivo exercício no serviço público; e

IV - dez anos de carreira e cinco anos de efetivo exercício no cargo em que se der a aposentadoria.

Parágrafo Único - Aplica-se aos proventos de aposentadoria dos servidores públicos que se aposentarem na forma do caput, o disposto no art. 84.

Art. 87. É assegurada a concessão, a qualquer tempo, de aposentadoria aos servidores públicos, bem como pensão aos seus dependentes, que, até a data de publicação da Emenda Constitucional nº 41, de 19 de dezembro de 2003, tenham cumprido todos os requisitos para obtenção desses benefícios, com base nos critérios da legislação então vigente.

§ 1º O servidor de que trata este artigo que opte por permanecer em atividade tendo completado as exigências para aposentadoria voluntária e que conte com, no mínimo, vinte e cinco anos de contribuição, se mulher, ou trinta anos de contribuição, se homem, fará jus a um abono de permanência equivalente ao valor da sua contribuição previdenciária até completar as exigências para aposentadoria compulsória contidas no inciso II do art. 12 desta Lei.

§ 2º Os proventos da aposentadoria a ser concedida aos servidores públicos referidos no caput, em termos integrais ou proporcionais ao tempo de contribuição já exercido até a data de publicação da Emenda Constitucional de que trata este artigo, bem como as pensões de seus dependentes, serão calculados de acordo com a legislação em vigor à época em que foram atendidos os requisitos nela estabelecidos para a concessão desses benefícios ou nas condições da legislação vigente.

Art. 88. Observado o disposto no art. 37, XI, da Constituição Federal, os proventos de aposentadoria dos servidores públicos titulares de cargo efetivo e as pensões dos seus dependentes, em fruição na data de publicação da Emenda Constitucional n.º 41, de 19 de dezembro de 2003 bem como, os proventos de aposentadoria dos servidores e as pensões dos dependentes abrangidos pelo artigo anterior, serão revistos na mesma proporção e na mesma data, sempre que se modificar a remuneração dos servidores em atividade, sendo também estendidos aos aposentados e pensionistas quaisquer benefícios ou vantagens posteriormente concedidos aos servidores em atividade, inclusive quando decorrentes da transformação ou reclassificação do cargo ou função em que se deu a aposentadoria ou que serviu de referência para a concessão da pensão, na forma da lei.

Art. 89. Ressalvado o direito de opção à aposentadoria pelas normas estabelecidas pelo art. 12 ou pelas regras estabelecidas pelos artigos 84 e 86 desta Lei, o servidor da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, incluídas suas autarquias e fundações, que tenha ingressado no serviço público até 16 de dezembro de 1998 poderá aposentar-se com proventos integrais, desde que preencha, cumulativamente, as seguintes condições:

I - trinta e cinco anos de contribuição, se homem e trinta anos de contribuição, se mulher;

II - vinte e cinco anos de efetivo exercício no serviço público, quinze anos de carreira e cinco anos no cargo em que se der a aposentadoria;

III - idade mínima resultante da redução, relativamente aos limites do art. 12, inciso III, alínea "a", desta Lei, de um ano de idade para cada ano de contribuição que exceder a condição prevista no inciso I do caput deste artigo.

Parágrafo Único - Aplica-se ao valor dos proventos de aposentadorias concedidas com base neste artigo o disposto no art. 88 desta lei, observando-se igual critério de revisão às pensões derivadas dos proventos de servidores falecidos que tenham se aposentado em conformidade com este artigo.

CAPÍTULO XI DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 90. Para todos os efeitos os períodos de tempo utilizados para o cálculo de concessões de quaisquer benefícios previdenciários constantes na presente Lei, serão considerados e contados em número de dias.

Art. 91. Fica homologado o Relatório Técnico sobre os resultados da Reavaliação Atuarial, realizado em dezembro de 2014.

Art. 92. O Município de Correntes/PE é o responsável pela cobertura de eventuais insuficiências financeiras do **IPSEC**, decorrentes do pagamento de benefícios previdenciários.

Art. 93. As alíquotas contributivas de que tratam o art. 48 terão efeitos financeiros retroativos a 01 de dezembro de 2014.

Art. 94. Os atos de concessão de benefícios previdenciários seguirão numeração e modelo padrão específicos do **IPSEC**, definidos através de resoluções emitidas pelo(a) Diretor(a) Presidente(a) em conjunto com o(a) Diretor(a) de Benefícios.

Art. 95. Para o alcance de metas de práticas de governança administrativa, visando o compartilhamento de dados e transparência das informações das ações da administração do **IPSEC**, o meio oficial de comunicação oficial deste Regime Próprio de Previdência é o seu web site na rede mundial de computadores, localizado no seguinte endereço eletrônico:

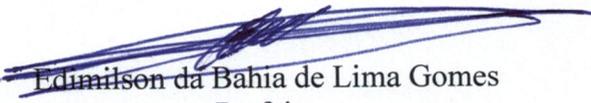
Parágrafo Único - O meio de comunicação via correios eletrônicos a ser utilizado pelos servidores do **IPSEC**, deve ser de caráter institucional, utilizando se da sigla (domínio) acima apresentada, ficando expressamente vedada e proibida a utilização de outro meio para tratar dos interesses do referido Órgão.

Art. 96. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário, em especial a Lei Municipal nº 389, de 29 de novembro de 2006, Lei Municipal nº 406, de 29 de agosto de 2007, Lei Municipal nº 423, de 14 de novembro de 2007, Lei Municipal nº 428, de 30 de novembro de 2007 e Lei Municipal nº 563, de 10 de setembro de 2012.

Art. 97º - Esta Lei entrará em vigor na data de publicação no lugar de costume.

Art. 98º - Ficam revogadas as disposições em contrário.

Gabinete do Prefeito, em 31 de dezembro de 2014.


Edmilson da Bahia de Lima Gomes
Prefeito

ANEXO I DA LEI 562/2014
MANUAL DE PERÍCIA MÉDICA PARA CONCESSÃO DE APOSENTADORIA INTEGRAL POR
INVALIDEZ PERMANENTE, CONFORME PREVISÃO DO ART. 14

O servidor acometido pelas enfermidades especificadas no art. 14 desta Lei e que seja considerado inválido para o trabalho terá direito à aposentadoria por invalidez com proventos integrais calculados em conformidade com o art. 6º-A da Emenda Constitucional nº 41, de 19 de dezembro de 2003 (incluído pela Emenda Constitucional nº 70, de 2012) para os admitidos no serviço público até 31 de dezembro de 2003 ou em conformidade com o disposto no §§ 3º, 8º e 17 do art. 40 da Constituição Federal para os admitidos a partir de 01 de janeiro de 2004.

Outro aspecto relevante que envolve tais doenças são as isenções tanto de imposto de renda nos termos do art. 6º inciso XIV, Lei nº 7.713, de 22 de dezembro de 1988, quanto da contribuição previdenciária até o dobro do limite estabelecido no art. 201 da Constituição Federal, nos termos do § 21 do art. 40 da Constituição Federal, com a redação dada pela Emenda Constitucional nº 47, de 05 de julho de 2005.

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

A sua comprovação deverá ser feita por intermédio de laudos médicos e exames complementares.

A seguir cada uma das doenças citadas no art. 14 será descrita em seu quadro clínico e seus principais critérios de enquadramento na seguinte ordem:

Alienação mental;
Cardiopatia grave;
Cegueira posterior ao ingresso no serviço público;
Doença de Parkinson;
Esclerose múltipla;
Espondilartrose anquilosante;
Formas avançadas da Doença de Paget;
Hanseníase;
Nefropatia grave;
Neoplasias malignas;
Paralisia irreversível e incapacitante;
Síndrome da imunodeficiência adquirida
Tuberculose ativa;
Hepatopatia Grave;
Contaminação por radiação

ALIENAÇÃO MENTAL

Conceitos:

Conceitua-se como alienação mental todo quadro de distúrbio psiquiátrico ou neuropsiquiátrico 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 de realidade, bem como a capacidade de entendimento e de autodeterminação, tornando o indivíduo inválido total e permanentemente para qualquer trabalho.

O indivíduo torna-se incapaz de responder legalmente por seus atos na vida civil, mostrando-se inteiramente dependente de terceiros no que tange às diversas responsabilidades exigidas pelo convívio em sociedade.

O alienado mental pode representar riscos para si e para terceiros, sendo impedido por isso de qualquer atividade funcional.

Há indicação legal para que todos os servidores portadores de alienação mental sejam interditados judicialmente.

O perito deve avaliar se é conveniente e apropriado o enquadramento do indivíduo como alienado mental. O simples diagnóstico desses quadros não é indicativo de enquadramento.

Normas de Procedimentos para a Perícia Oficial em Saúde

Deverão constar dos **laudos** declaratórios da invalidez do portador de alienação mental os seguintes dados:

- 1 • Diagnóstico da enfermidade básica, inclusive o diagnóstico numérico, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças;
- 2 • Estágio evolutivo;
- 3 • A expressão "alienação mental".

Critérios de Enquadramento

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

- 1 • Seja grave e persistente;
- 2 • Seja refratária aos meios habituais de tratamento;
- 3 • Provoque alteração completa ou considerável da personalidade;
- 4 • Comprometa gravemente os juízos de valor e realidade, bem como a capacidade de entendimento e de autodeterminação;
- 5 • Torne o servidor inválido de forma total e permanente para qualquer trabalho.

São Passíveis de Enquadramento:

- 1 • Psicoses esquizofrênicas nos estados crônicos;
- 2 • Outras psicoses graves nos estados crônicos;
- 3 • Estados demenciais de qualquer etiologia (vascular, Alzheimer, doença de Parkinson etc.);
- 4 • Oligofrenias graves.

São Excepcionalmente Considerados Casos de Alienação Mental:

- 1 • Psicoses afetivas, mono ou bipolares, quando comprovadamente crônicas e refratárias ao tratamento, ou quando exibirem elevada frequência de repetição fásica, ou ainda, quando configurarem comprometimento grave e irreversível da personalidade;

- 2 • Psicoses epiléticas, quando caracterizadamente cronificadas e resistentes à terapêutica, ou quando apresentarem elevada frequência de surtos psicóticos;
- 3 • Psicoses pós-traumáticas e outras psicoses orgânicas, quando caracterizadamente cronificadas e refratárias ao tratamento, ou quando configurarem um quadro irreversível de demência;
- 4 • Alcoolismo e outras dependências químicas nas formas graves.

Quadros Não Passíveis de Enquadramento:

- 1 • Transtornos da personalidade;
- 2 • Alcoolismo e outras dependências químicas nas formas leves e moderadas;
- 3 • Oligofrenias leves e moderadas;
- 4 • Psicoses do tipo reativo (reação de ajustamento, reação ao estresse);
- 5 • Psicoses orgânicas transitórias (estados confusionais reversíveis);
- 6 • Transtornos neuróticos (mesmo os mais graves).

CARDIOPATIA GRAVE

Conceitos:

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

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

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

Classificação das Cardiopatias de acordo com a capacidade funcional do coração – NYHA	
Classe I	Pacientes com doença cardíaca, porém sem limitação da atividade física. A atividade física ordinária não provoca fadiga acentuada, palpitação, dispneia nem angina de peito.
Classe II	Pacientes portadores de doença cardíaca que acarreta leve limitação à atividade física. Esses pacientes sentem-se bem em repouso, mas a atividade física comum provoca fadiga, palpitação, dispneia ou angina de peito.
Classe III	Pacientes portadores de doença cardíaca que acarreta acentuada limitação da atividade física. Esses se sentem bem em repouso, porém, pequenos esforços provocam fadiga, palpitação, dispneia ou angina de peito.
Classe IV	Paciente com doença cardíaca que acarreta incapacidade para exercer qualquer atividade física. Os sintomas de fadiga, palpitação, dispneia ou angina de peito existem mesmo em repouso e se acentuam com qualquer atividade.

Na avaliação da capacidade funcional do coração devem ser utilizados os meios diagnósticos disponíveis para quantificar o déficit funcional e estabelecer o diagnóstico de cardiopatia grave, sendo necessária a avaliação conjunta dos resultados dos exames.

A limitação funcional cardíaca será definida pela análise criteriosa dos métodos propedêuticos, quando indicados, a saber:

- 1 • Anamnese e exame físico do aparelho cardiovascular detalhados minuciosamente, incluindo teste da caminhada dos 6 min.
- 2 • Exames laboratoriais: hemograma, BNP, bioquímica, hormônios séricos, reações sorológicas, exame de urina e de fezes.
- 3 • Radiografias do tórax em AP e perfil.
- 4 • Eletrocardiograma de repouso.
- 5 • Eletrocardiograma de esforço.
- 6 • Eletrocardiografia dinâmica - Holter.
- 7 • Mapeamento ambulatorial da pressão arterial.
- 8 • Ecocardiografia bidimensional com Doppler de fluxos valvulares.
- 9 • Cintilografia miocárdica.
- 10 • Estudo hemodinâmico por cateterismo cardíaco.
- 11 • Estudo cineangiocoronariográfico por cateterismo cardíaco.
- 12 • Estudo eletrofisiológico.
- 13 • Tomografia computadorizada.
- 14 • Ressonância magnética.
- 15 • Teste cardiopulmonar.
- 16 • Perfusão miocárdica por microbolhas.

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

- 1 • Síndrome de insuficiência cardíaca congestiva;

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

2 • Síndrome de insuficiência coronariana;

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

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

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

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

4 • Arritmias complexas e graves; arritmias que cursam com instabilidade elétrica do coração, complexas, refratárias ao tratamento, sintomáticas (síncope, fenômenos tromboembólicos).

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

1 • Cardiopatias isquêmicas;

2 • Cardiopatias hipertensivas;

3 • Cardiomiopatias primárias ou secundárias;

4 • Cardiopatias valvulares;

5 • Cardiopatias congênitas;

- 6 • Cor pulmonale crônico;
- 7 • Arritmias complexas e graves;
- 8 • Hipertensão arterial sistêmica com cifras altas e complicadas com lesões irreversíveis em órgãos-alvo: cérebro, rins, olhos e vasos arteriais.

Critérios de Enquadramento

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

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

De modo geral, podem ser consideradas como cardiopatia grave:

- 1 • Síndrome de insuficiência cardíaca de qualquer etiologia que curse com importante disfunção ventricular (classes III e IV da NYHA);
- 2 • Síndrome de insuficiência coronariana crônica refratária à terapêutica sem indicação cirúrgica (classes II a IV da NYHA);
- 3 • Arritmias por bloqueios atrioventriculares de 2º e 3º graus, extrassistolias e/ou taquicardias ventriculares, síndromes braditaquicárdicas;
- 4 • Cardiopatias congênitas nas classes III e IV da NYHA, ou com importantes manifestações sistêmicas de hipoxemia;
- 5 • Cardiopatias várias, tratadas cirurgicamente (revascularização do miocárdio, próteses valvulares, implante de marcapasso, aneurismectomias, correções cirúrgicas de anomalias congênitas), quando depois de reavaliadas funcionalmente forem consideradas pertencentes às classes III e IV, ou a critério, classe II da NYHA.

A perícia somente enquadrará os servidores como portadores de cardiopatia grave quando afastada totalmente a possibilidade de regressão da condição patogênica, podendo aguardar em tratamento especializado por 24 meses.

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

O prazo de observação e tratamento supracitado também poderá ser dispensado nos servidores que apresentem fatores de risco e condições associadas, tais como: idade igual ou

superior a 70 anos, hipertensão arterial, diabetes, hipercolesterolemia familiar, vasculopatia aterosclerótica importante em outros territórios (central, periférico), pacientes já submetidos à revascularização cardíaca e nos pós-infartados, mantendo-se os critérios do enquadramento anteriormente descritos para a invalidez.

O laudo da Perícia Oficial em Saúde deverá conter, obrigatoriamente, os diagnósticos etiológico, anatômico e funcional (reserva cardíaca), a classe funcional e os elementos usados para a classificação, que permitiram o enquadramento legal da lesão incapacitante, e concluir pela existência ou não de cardiopatia grave.

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

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

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

Após um infarto do miocárdio, a avaliação de risco baseia-se em três fatores: percentagem de miocárdio isquêmico residual, extensão da disfunção ventricular esquerda e potencial arritmico.

Quando o tratamento adequado, clínico ou intervencionista, melhorar ou abolir as alterações cardiológicas, o diagnóstico de cardiopatia grave deve ser reconsiderado e reavaliado.

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

Sabe-se, também, que em um grande número de pacientes, a cirurgia ou o procedimento intervencionista alteram efetivamente a história natural da doença para melhor, modificando radicalmente a evolução de muitas doenças e, conseqüentemente, a categoria da gravidade da cardiopatia, pelo menos no momento da avaliação.

Esse é o conceito dinâmico de “reversibilidade” da evolução das cardiopatias, que deixam de configurar uma condição de cardiopatia grave observada anteriormente.

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

CEGUEIRA POSTERIOR AO INGRESSO NO SERVIÇO PÚBLICO:

Conceito

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

São equivalentes à cegueira e como tal considerados:

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

Graus de perda parcial da visão

- a. Grau I: quando a acuidade visual máxima em ambos os olhos e com a melhor correção óptica possível for inferior a 20/70 na escala de Snellen, e a mínima igual ou superior a 20/200 Snellen, bem como em caso de perda total da visão de um dos olhos quando a acuidade no outro olho, com a melhor correção óptica possível, for inferior a 20/50 na escala de Snellen;
- b. Grau II: quando a acuidade visual máxima em ambos os olhos e com a melhor correção óptica possível for inferior a 20/200 Snellen, e a mínima igual ou superior a 20/400 Snellen;
- c. Grau III: quando a acuidade visual máxima em ambos os olhos e com a melhor correção óptica possível for inferior a 20/400 Snellen, e a mínima igual ou superior a 20/1.200 Snellen; e,
- d. Grau IV: quando a acuidade visual máxima em ambos os olhos e com melhor correção óptica possível for inferior a 20/1.200 Snellen ou apresentar, como índice máximo, a capacidade de contar dedos à distância de um metro, e a mínima limitar-se à percepção luminosa.

Serão consideradas perdas parciais de visão equivalentes a cegueira e, portanto, enquadradas em lei, os graus II, III e IV e no grau I, os indivíduos que tiverem campo visual igual ou menor que 20º, no melhor olho.

Avaliação da Acuidade Visual – Escalas Adotadas

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

SNELLEN	DECIMAL	% DE VISÃO
20/20	1,0	100%
20/22	0,9	98,0%
20/25	0,8	95,5%

20/29	0,7	92,5%
20/33	0,6	88,5%
20/40	0,5	84,5%
20/50	0,4	76,5%
20/67	0,3	67,5%
20/100	0,2	49,0%
20/200	0,1	20,0%
20/400	0,05	10,0%

Critérios de Enquadramento

A perícia concluirá pela incapacidade definitiva e invalidez por cegueira dos portadores de perda total de visão (cegueira) nos dois olhos, sem percepção luminosa, determinada por afecção crônica, progressiva e irreversível, com base em parecer especializado.

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

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

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

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

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

DOENÇA DE PARKINSON

Conceito:

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

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

Considerações:

Na maioria dos casos, não é possível conhecer sua etiologia, sendo então denominada parkinsonismo primário ou Doença de Parkinson propriamente dita. Quando identificada a causa (pós-encefalite, arteriosclerótica etc.), a doença é conhecida como Síndrome de Parkinson ou parkinsonismo secundário.

Ambas as formas clínicas satisfazem o critério da legislação, exigindo apenas o reconhecimento da incapacidade laborativa e/ou de invalidez e da impossibilidade do controle terapêutico da doença.

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

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

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

Tabela de Webster para Avaliação da Doença de Parkinson	
A) BRADICINESIA DE MÃOS + INCLUINDO ESCRITA MANUAL	
Sem comprometimento	0
Lentificação detectável do uso de supinação-pronação evidenciada pela dificuldade no início do manuseio de instrumentos, abotoamento de roupas e durante a escrita manual.	1
Lentificação moderada do uso de supinação-pronação, em um ou ambos os lados,	

evidenciada pelo comprometimento moderado da função das mãos. A escrita manual encontra-se fortemente prejudicada com micrografia presente.	2
Lentificação grave do uso da supinação-pronação - incapaz de escrever ou abotoar as roupas. Dificuldade acentuada no manuseio de utensílios.	3
B) RIGIDEZ	
Não detectável.	0
Rigidez detectável no pescoço e ombros. O fenômeno de ativação encontra-se presente. Um ou ambos os braços apresentam rigidez leve, negativa, durante o repouso.	1
Rigidez moderada no pescoço e ombros. A rigidez durante o repouso é positiva quando o paciente não está medicado.	2
Rigidez grave no pescoço e ombros. A rigidez de repouso não pode ser revertida por medicação.	3
C) POSTURA	
Postura normal. Cabeça fletida para frente, menos que 10 cm.	0
Começando a apresentar coluna de atizador. Cabeça fletida para frente, mais de 12 cm.	1
Começa a apresentar flexão de braço. Cabeça fletida para frente mais de 15 cm. Um ou ambos os braços elevados, mas abaixo da cintura.	2
Início da postura simiesca. Cabeça fletida para frente mais de 15 cm. Uma ou ambas as mãos elevadas acima da cintura. Flexão aguda da mão. Começando a extensão interfalange. Começando a flexão dos joelhos.	3
D) BALANCEIO DE MEMBROS SUPERIORES	
Balanceio correto dos dois braços.	0
Um dos braços com diminuição definida do balanceio	1
Um braço não balança	2
Os dois braços não balançam	3
E) MARCHA	
Passos bons, com passada de 40 cm a 75 cm. Faz giro sem esforço.	0
Marcha encurtada para passada com 30 cm a 45 cm. Começando a bater um calcanhar, faz giro mais lentamente. Requer vários passos.	1
Passada moderadamente encurtada agora com 15 cm a 30 cm. Os dois Os dois calcanhares começam a bater no solo forçadamente.	2
Início da marcha com interrupções, passos com menos de 7 cm. Ocasionalmente, a marcha apresenta um tipo de bloqueio como "gaguejar". O paciente anda sobre os artelhos e faz os giros muito lentamente.	3
F) TREMOR	
Sem tremor detectado.	0

Observado movimento de tremor com menos de 2,5 cm de pico apico, nos membros ou na cabeça, durante o repouso ou em qualquer mão durante a marcha ou durante o teste dedo-nariz	1
O evento máximo de tremor não excede 10 cm. O tremor é grave, mas não constante. O paciente retém algum controle das mãos.	2
Um evento de tremor excedendo 10 cm. O tremor é constante e grave. O paciente não consegue livrar-se do tremor enquanto está acordado, a menos que este seja do tipo cerebelar puro. A Escrita e a autoalimentação são impossíveis.	3
G) FACE	
Normal. Expressão completa, sem aparência de espanto..	0
Imobilidade detectável. A boca permanece aberta. Começam as características de ansiedade e depressão.	1
Imobilidade moderada. A emoção é interrompida, com aumento acentuado no limiar. Os lábios se partem com o tempo. Aparência moderada de ansiedade e depressão. Pode ocorrer perda de saliva pela boca.	2
Face congelada. Boca aberta 0,5 cm ou mais. Pode haver perda intensa de saliva pela boca.	3
H) SEBORREIA	
Nenhuma	0
Aumento da perspiração. A secreção permanece fina.	1
Oleosidade óbvia presente. Secreção mais espessa	2
Seborreia acentuada. Toda a face e a cabeça cobertas por uma secreção espessa.	3
I) FALA	
Clara, sonora, ressonante, fácil de entender.	0
Começando uma rouquidão com perda de inflexão e ressonância. Com bom volume e ainda fácil de entender.	1
Rouquidão e fraqueza moderadas. Monotonia constante, sem variações de altura. Início da disartria. Hesitação, gaguejamento: dificuldade para ser compreendida.	2
Rouquidão e fraqueza acentuadas. Muito difícil de ouvir e compreender.	3
J) CUIDADOS PESSOAIS	
Sem comprometimento.	0
Ainda capaz de todos os cuidados pessoais, mas a velocidade com que se veste torna-se empecilho definitivo. Capaz de viver sozinho e frequentemente ainda empregado.	1
Requer ajuda em certas áreas críticas, como para virar-se na cama, levantar-se de cadeiras etc. Muito lento no desempenho da maioria das atividades, mas trata esses problemas designando mais tempo para cada atividade.	2
Continuamente incapacitado. Incapaz de vestir-se, alimentar-se ou andar sozinho.	

	3
Totalizadores dos pontos:	
Total-----	

Análise dos Pontos (soma):

- 1 – 10 = Início da doença
- 11 – 20 = Incapacidade moderada
- 21 – 30 = Doença grave ou avançada

CrITÉrios de Enquadramento

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

- 1 • Quando as manifestações clínicas e a evolução da doença determinarem o impedimento ao desempenho das atividades laborativas e à realização das atividades normais da vida diária;
- 2 • Quando não for possível o controle terapêutico da enfermidade.

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

ESCLEROSE MÚLTIPLA

Conceito

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

Etiologia

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

Patologia

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

Sinais e sintomas

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

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

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

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

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

Curso

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

Diagnóstico

É indireto, por dedução através de características clínicas e laboratoriais.

O diagnóstico diferencial deve ser feito com as seguintes enfermidades: siringomielia; esclerose lateral amiotrófica; sífilis; artrite da coluna cervical; tumores do cérebro; ataxias hereditárias e malformações do cérebro e da medula.

Exames complementares ao diagnóstico:

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

Critérios de Enquadramento

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

ESPONDILARTROSE ANQUILOSANTE

Conceito

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

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

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

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

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

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

Critérios de Enquadramento

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

Ao firmarem seus laudos, a perícia deverá fazer constar:

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

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

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

ESTADOS AVANÇADOS DO MAL DE PAGET

Conceito

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

Quadro Clínico

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

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

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

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

Critérios de Enquadramento

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

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

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

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

Exames subsidiários elucidativos e indispensáveis:

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

HANSENÍASE

Conceito:

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

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

Sinais Cardinais da Hanseníase:

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

Classificação

A hanseníase pode ser classificada nas seguintes formas clínicas:

- 1 • **Paucibacilares (PB)** – Casos com até cinco lesões de pele e baciloscopia negativa; Tratamento de seis meses
 - a. Indeterminada (I)
 - b. Tuberculóide (T)
- 2 • **Multibacilares (MB)** – Casos com mais de cinco lesões de pele; tratamento de 24 meses.

A baciloscopia de pele (esfregaço intradérmico), quando disponível, deve ser utilizada como exame complementar para a classificação dos casos em PB ou MB. A baciloscopia positiva classifica o caso como MB, independentemente do número de lesões.

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

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

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

Formas Clínicas de Hanseníase – Classificação de Madri:

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

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

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

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

Neuropatia Hansênica - Diagnóstico do Dano Neural – Sinais e Sintomas;

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

Os principais nervos acometidos na hanseníase são:

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

Graus de Incapacidade

Avaliação do grau de incapacidade e da função neural:

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

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

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

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

Teste manual da exploração da força muscular		
FORÇA		DESCRIÇÃO
FORTE	5	Realiza o movimento completo contra a gravidade com resistência máxima.
DIMINÚIDA	4	Realiza o movimento completo contra a gravidade com resistência parcial.
	3	Realiza o movimento completo contra a gravidade.
	2	Realiza o movimento parcial.
PARALISADA	1	Contração muscular sem movimento.
	0	Paralisia (nenhum movimento).

Critérios de Enquadramento

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

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

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

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

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

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

NEFROPATIA GRAVE

Conceito:

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

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

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

Quadro Clínico

Manifestações clínicas:

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

Alterações nos Exames Complementares

1• Alterações laboratoriais:

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

2• Alteração nos exames por imagem:

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

Considerações:

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

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

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

São consideradas nefropatias graves:

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

Critérios de Enquadramento

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

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

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

NEOPLASIA MALIGNA

Conceito

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

São consideradas neoplasias malignas as relacionadas na Classificação Internacional de Doenças (CID).

Avaliação Diagnóstica e Estadiamento

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

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

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

Prognóstico

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

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

Objetivos do Exame Pericial

O exame pericial objetiva comprovar:

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

Critérios de Enquadramento

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

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

A perícia deverá, ao emitir o parecer conclusivo, citar:

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

Os servidores portadores de neoplasia maligna detectada pelos meios propedêuticos e submetidos a tratamento cirúrgico, radioterápico e/ ou quimioterápico serão considerados portadores dessa enfermidade durante os cinco primeiros anos de acompanhamento clínico, mesmo que o estadiamento clínico indique bom prognóstico. O carcinoma basocelular e outras neoplasias de comportamento similar não se enquadram nesta situação.

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

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

PARALISIA IRREVERSÍVEL E INCAPACITANTE

Conceito

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

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 servidor impossibilitado para qualquer trabalho de forma total e permanente.

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

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

Classificação das Paralisias

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

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

Critérios de Enquadramento

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

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

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

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

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

SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA (SIDA/AIDS)

Conceito

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Sida/Aids) é a manifestação mais grave da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), caracterizando-se por apresentar uma grave imunodeficiência que se manifesta no aparecimento de doenças oportunistas, neoplasias malignas e lesões neurológicas.

Classificação

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

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

Categoria "A":

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

Categoria "B":

indivíduos com sorologia positiva para o HIV, sintomáticos, com as seguintes condições clínicas:

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

Categoria "C":

indivíduos soropositivos e sintomáticos que apresentam infecções oportunistas ou neoplasias:

- 1 • Candidíase esofágica, traqueal ou brônquica;
- 2 • Criptococose extrapulmonar;
- 3 • Câncer cervical uterino;
- 4 • Rinite, esplenite ou hepatite por citomegalovírus;
- 5 • Herpes simples mucocutâneo com mais de um mês de evolução;
- 6 • Histoplasmose disseminada;
- 7 • Isosporíase crônica;
- 8 • Micobacteriose atípica;
- 9 • Tuberculose pulmonar ou extrapulmonar;
- 10 • Pneumonia por *P. carinii*;
- 11 • Pneumonia recorrente com mais de dois episódios em um ano;
- 12 • Bacteremia recorrente por "salmonella";
- 13 • Toxoplasmose cerebral;
- 14 • Leucoencefalopatia multifocal progressiva;
- 15 • Criptosporidiose intestinal crônica;
- 16 • Sarcoma de Kaposi;
- 17 • Linfoma de Burkitt, imunoblástico ou primário de cérebro;
- 18 • Encefalopatia pelo HIV;
- 19 • Síndrome consumptiva pelo HIV.

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

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

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

OBS: A3, B3, C1, C2 e C3 são consideradas Sida/Aids. As demais categorias são consideradas portadores do vírus HIV.

Critérios de Enquadramento:

- 1 • Serão considerados incapazes definitivamente para o serviço os servidores classificados nas categorias A3, B3 e C (todos).
- 2 • Serão considerados incapazes temporariamente para o serviço os servidores classificados nas categorias A1, A2, B1 e B2, na presença de manifestações clínicas incapacitantes. Deverão ser mantidos em licença para tratamento de saúde por até dois anos, com controle trimestral pela perícia. Após os dois anos de licença médica, caso permaneçam com sorologia positiva e incapacitada para retorno ao trabalho, serão aposentados.
- 3 • A revisão da aposentadoria, em qualquer situação, será feita por meio de nova inspeção médica pela Perícia Oficial em Saúde.
- 4 • Deverá constar, obrigatoriamente, nos laudos de aposentadoria, se o servidor é portador do HIV ou de Sida/Aids, mencionando, ainda, a sua classificação de acordo com o quadro acima (por exemplo: A1).

TUBERCULOSE ATIVA

Conceito

A tuberculose é uma doença infectocontagiosa causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, de evolução aguda ou crônica e de notificação compulsória. Pode acometer em qualquer órgão, tendo, no entanto, nítida predileção pelo pulmão.

Considerando, na atualidade, a grande possibilidade de cura dos processos tuberculosos quando diagnosticados em fase precoce e a boa evolução de suas lesões se tratadas corretamente, torna-se fundamental a avaliação da fase evolutiva da doença ou da condição de "atividade" das lesões para estabelecer a noção de cura ou a resposta ao tratamento.

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

Ficam abrangidos pelo enquadramento legal aqueles indivíduos que tenham adquirido ou venham a desenvolver formas resistentes de bacilos da tuberculose, refratários aos esquemas terapêuticos existentes, ou aqueles que, na cura, por consequência da resolução cicatricial do processo, possam ter desenvolvido grande limitação funcional, comprometendo sua capacidade para o trabalho.

Classificação

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

- 1 • Classe 0: indivíduo sem exposição à tuberculose e sem infecção tuberculosa;
- 2 • Classe I: indivíduo com história de exposição à tuberculose, porém, sem evidência de infecção tuberculosa (teste cutâneo tuberculínico negativo);
- 3 • Classe II: indivíduo com infecção tuberculosa, caracterizada pela positividade da prova cutânea tuberculínica, porém, sem tuberculose;
- 4 • Classe III: indivíduo com doença ativa e que apresenta quadros clínico, bacteriológico, radiológico e imunológico que evidenciam e definem as lesões tuberculosas.

As lesões tuberculosas são classificadas em:

- 1 • Ativas: progressivas, regressivas ou crônicas;
- 2 • Inativas;
- 3 • De atividade indeterminada (potencial evolutivo incerto);
- 4 • Curadas.

As lesões **ativas** apresentam as seguintes características:

- 1 • Bacteriológicas: presença do *Mycobacterium tuberculosis* exame direto e/ou cultura de qualquer secreção ou material colhido para exame em amostras diferentes;
- 2 • Radiológicas:
 - a. Caráter infiltrativo-inflamatório das lesões, evidenciado por reação perifocal;
 - b. Instabilidade das lesões infiltrativas observadas nas séries de radiografias;
 - c. Presença de cavidades com paredes espessas, com ou sem nível líquido e reação perifocal;
 - d. Derrame pleural associado;
 - e. Complexo gânglio pulmonar recente.
- 3 • Imunológicas: evidência de viragem tuberculínica recente, na ausência de vacinação BCG (PPD-Reator Forte);
- 4 • Clínicas: presença de sinais clínicos e sintomas compatíveis com a doença tuberculosa.
 - b. Instabilidade das lesões infiltrativas observadas nas séries de radiografias;
 - c. Presença de cavidades com paredes espessas, com ou sem nível líquido e reação perifocal;
 - d. Derrame pleural associado;
 - e. Complexo gânglio pulmonar recente.
- 3 • Imunológicas: evidência de viragem tuberculínica recente, na ausência de vacinação BCG (PPD-Reator Forte);
- 4 • Clínicas: presença de sinais clínicos e sintomas compatíveis com a

doença tuberculosa.

As lesões tuberculosas são ditas **curadas** quando, após o tratamento regular com esquema tríplice, durante seis meses, apresentem as características de inatividade descritas anteriormente.

Localização das Lesões:

Tuberculose pulmonar

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

Tuberculose ganglionar

Tuberculose ganglionar

As localizações mais frequentes são as mediastínicas e nos gânglios periféricos cervicais. Tuberculose renal O diagnóstico etiológico da atividade e da cura do comprometimento renal pela tuberculose é realizado por meio dos seguintes exames:

- 1 • Bacteriológico: comprovação da presença do *Mycobacterium tuberculosis*. "A comprovação bacteriológica é a única que pode afirmar o diagnóstico e a atividade das lesões, mas, nesses casos, só é positiva em 50% dos examinados".
- 2 • Radiológico: quando revela alterações renais, com lesão dos cálices (que podem chegar até a destruição total desses), dos bacinetes e/ ou ureteres.

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

Tuberculose óssea

As localizações mais frequentes são: vertebral e depois coxofemoral. No Mal de Pott, além dos sinais clínicos de dor e infecção geral, há, no exame radiológico, o aparecimento de lesões destrutivas de aspecto cuneiforme, estreitamento do espaço discal e fusão dos corpos vertebrais.

Para a confirmação do diagnóstico de atividade devemos usar como auxiliares: radiografias, biópsias ganglionares e punção de abscessos, sempre tentando a confirmação bacteriológica das lesões.

Crítérios de Enquadramento

Nos exames para verificação de saúde e aptidão para ingresso no serviço público, a constatação de tuberculose ativa leva à inabilitação do candidato. Por outro lado, a comprovação de lesão inativa ou residual, por si só, não inabilita o candidato. Nesses casos, entretanto, se faz necessária uma criteriosa avaliação das sequelas existentes e sua repercussão sobre a capacidade laborativa atual e futura do indivíduo.

O servidor portador de tuberculose pulmonar ativa permanecerá em licença para tratamento de saúde até que a baciloscopia no escarro seja negativa e que ocorra recuperação clínica do servidor, quando poderá ser julgado apto, a despeito da necessidade de continuação do tratamento pelo tempo necessário.

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

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

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

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

Nos casos em que tenha ocorrido comprovada resistência bacilar aos esquemas usados (determinada por vários testes terapêuticos) ou quando, por consequência da resolução fibrocicatrizial de cura, tenha ocorrido importante limitação funcional respiratória (superior a 55% do volume corrente ou da capacidade pulmonar total) que imponham importante limitação física ou profilático-sanitária ao indivíduo, será cogitada a aposentadoria por tuberculose pulmonar (TP).

O servidor que apresentar "Cor pulmonale" crônico, acompanhado de sinais de insuficiência cardíaca congestiva, em consequência da gravidade ou extensão das lesões pulmonares tuberculosas, será julgado de acordo com as normas referentes à cardiopatia grave, deste Manual.

O servidor portador de lesões tuberculosas extrapulmonares será julgado pela perícia à luz dos critérios gerais descritos nestas normas e daqueles pertinentes a cada caso, conforme parecer das clínicas especializadas.

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

As sequelas das lesões tuberculosas, quando irreversíveis, graves e determinantes de invalidez definitiva do servidor terão enquadramento legal análogo ao dispensado à tuberculose ativa, pois dela são decorrentes. Cabe ao perito constatar o registro da notificação compulsória.

HEPATOPATIA GRAVE

Conceito

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

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

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

Constituem Características das Hepatopatias Graves:

Quadro clínico:

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

Quadro laboratorial:

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

Alterações:

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

São causas etiológicas das hepatopatias graves:

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

Classificação

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

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

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

CLASSE	TOTAL DE PONTOS
A	05 a 06
B	07 a 09
C	10 a 15

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

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

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

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

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

Critérios de Enquadramento

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

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

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

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

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

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

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

CONTAMINAÇÃO POR RADIAÇÃO

Conceito

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

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

A afirmativa de que uma doença incapacitante e invalidante possui relação de causa e efeito com a radiação ionizante necessita ser documentada e, quando for o caso, constar de atestado de origem, inquérito sanitário de origem ou ficha de evacuação do local.

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

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

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

Quadros clínicos que cursam com a síndrome aguda da radiação:

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

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

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

Quadros clínicos e classificação da síndrome cutânea da radiação A síndrome cutânea da radiação pode ser classificada em:

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

Diagnóstico

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

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

Critérios de Enquadramento

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

A perícia oficial em saúde fará o enquadramento por síndrome aguda da radiação do servidor que se enquadrar em uma das seguintes condições:

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