

COMUNICADO 5/04 - SGP

Dirigido a todos os servidores da Prefeitura Municipal de São Paulo, inclusive aqueles do Tribunal de Contas do Município, Câmara Municipal e das Autarquias, exceto os regidos pela CLT.

PROTOCOLOS TÉCNICOS DE INSPEÇÃO MÉDICA PERICIAL PARA APOSENTADORIA POR INVALIDEZ.

Dando continuidade ao princípio da transparência do Departamento de Saúde do Trabalhador Municipal - DESAT da Secretaria de Gestão Pública - SGP, publicamos os protocolos técnicos das principais patologias (doenças) que podem levar o servidor municipal à Invalidez Total e Permanente para sua função ou cargo no serviço público.

As patologias descritas poderão culminar potencialmente, mas não necessariamente em aposentadoria por invalidez.

Conceitos básicos utilizados para avaliação da capacidade laborativa no estudo de Aposentadoria por Invalidez:

1- Incapacidade laborativa: é a impossibilidade do desempenho das funções específicas de uma atividade ou ocupação em conseqüências de alterações morfofisiológicas provocadas por doença ou acidente. A presença de doença, por si só, não significa a existência de incapacidade laborativa o que importa é a sua repercussão no desempenho das atividades;

2- Invalidez total e permanente para o trabalho: é a incapacidade definitiva para o exercício do cargo ou função em decorrência de alterações provocadas por doença ou acidente e a impossibilidade de ser readaptado, levando em conta os recursos tecnológicos existentes;

Considerando o avanço técnico e as doenças que levam a invalidez com maior frequência em nossa população e nos servidores públicos municipais, estamos apresentando os protocolos pelos quais são baseadas as atividades periciais quando das inspeções de saúde para capacidade laborativa da PMSP, para efeito de Aposentadoria Total e Permanente para o serviço público; como se segue:

1- Protocolo para aposentadoria dos portadores de Transtornos

Mentais e Comportamentais.

2- Protocolo para aposentadoria dos portadores de doenças

Cardiológicas.

3- Protocolo para aposentadoria de portadores de Neoplasias.

4- Protocolo para aposentadoria de portadores de doenças Músculo Esqueléticas.

5-Protocolo para aposentadoria de portadores de doenças Oftalmológicas.

6- Protocolo para aposentadoria de portadores da Síndrome de Imunodeficiência Humana Adquirida (SIDA).

7- Protocolo para aposentadoria de portadores de doenças Nefrológicas.

8- Protocolo para aposentadoria de portadores de doenças Vasculares

9- Protocolo para aposentadoria de doenças Neurológicas.

10- Protocolo para aposentadoria de doenças Hepáticas.

Na inspeção de saúde a junta médica deve descrever a anamnese, o exame psíquico e físico do servidor, utilizando o Código Internacional de Doenças (CID -10) na sua 10ª Edição, para conclusão diagnóstica, independente do diagnóstico do médico assistente, que deve servir como mais um subsídio para confirmação diagnóstica, além dos exames complementares que se fizerem necessários. Quando surgir algum fato novo o servidor será reavaliado e a aposentadoria mantida ou não.

1. PROTOCOLO PARA APOSENTADORIA DOS PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS.

Os principais Transtornos Mentais e Comportamentais que podem levar a Aposentadoria Total e Permanente são os seguintes:

I - F00 - Demência na doença de Alzheimer (G30)

F01 - Demência vascular

F02 - Demência em outras doenças classificadas em outra parte

F03 - Demência não especificada

II- F04 - Síndrome amnésica orgânica não induzida por álcool e outra substância psicoativa.

Deve ter a duração mínima de 02 anos de evolução e comprovação de não resposta ao tratamento adequado.

III- F06 - Outros transtornos mentais decorrentes de lesão e disfunção cerebrais e de doença física.

Mínimo de 02 anos com evolução desfavorável.

IV- F07 - Transtornos de personalidade e comportamento decorrentes de doença, lesão e disfunção cerebrais.

Mínimo de 02 anos com evolução desfavorável.

V - F10-F19 - Transtornos mentais e de comportamento devido ao uso de substância psicoativa.

F10. 5 - Transtorno psicótico

F10. 6 - Síndrome amnésica

F10. 7 - Transtorno psicótico residual ou de instalação tardia

Evolução mínima de 05 anos desfavorável.

VI - F20 - Esquizofrenia.

F21 -Transtorno esquizotípico.

F22 -Transtornos delirantes persistentes.

F25 -Transtornos esquizoafetivos.

Evolução mínima de 04 anos desfavorável.

VII - F31 - Transtorno afetivo bipolar.

F32 - Episódios depressivos.

F33 - Transtorno depressivo recorrente.

F34 - Transtornos do humor (afetivos) persistentes.

F39 - Transtornos do humor (afetivo) não especificado.

Evolução desfavorável, com período mínimo de 04 anos com resposta pobre a tratamento farmacológico adequado.

VIII - F40 - Transtornos fóbico-ansiosos.

F41 - Outros transtornos ansiosos.

F42 - Transtornos obsessivo-compulsivos.

F44 - Transtornos dissociativos

F45 - Transtornos somatoformes.

F48 - Outros transtornos neuróticos.

Evolução desfavorável, com período mínimo de 05 anos com resposta pobre a tratamento farmacológico e psicoterápico adequados.

IX - F50 -Transtornos alimentares

X - F60 - Transtornos específicos da personalidade.

F61 - Transtornos mistos da personalidade e outros transtornos da personalidade.

F62 - Transtornos duradouros da personalidade não atribuíveis à lesão ou doença cerebral.

F63 - Transtornos dos hábitos e dos impulsos.

F70 - Retardo mental leve.

Evolução desfavorável mínima de 05 anos após tratamento com resposta pobre a tratamento farmacológico e psicoterápico adequados.

Obs: Os exames complementares devem ser exigidos sempre que a avaliação clínica, anamnese e o relatório do Médico Assistente não forem suficientes para conclusão pericial.

Constituem exames complementares no caso de transtornos psiquiátricos, entre outros, os seguintes: EEG, Exames de Neuro-imagem, Testes de Personalidade e Testes Neuropsicológicos.

2. PROTOCOLO PARA APOSENTADORIA DOS PORTADORES DE DOENÇAS CARDIOLÓGICAS

Na inspeção pericial a junta médica deve obter anamnese e exame físico nos quais devem ser investigados os sinais e sintomas que caracterizam a classe funcional, bem como a presença de baixo débito sanguíneo cerebral. Patologias que podem levar a aposentadoria por invalidez total e permanente:

I - INSUFICIÊNCIA CARDÍACA enquadrada nas classes III e IV da Sociedade Brasileira de Cardiologia que segue a New York Heart Association (NYHA) e eventualmente, as de classe II, na dependência da idade, atividade profissional e as impossibilitada de reabilitação.

II - INSUFICIÊNCIA CORONARIANA com angina em classe funcional III e IV apesar de tratamento otimizado ou com estenoses coronarianas maiores que 70% em 3 ou mais vasos e não passíveis de tratamento cirúrgico.

III - ARRITMIAS GRAVES como as que provocam parada cardíaca ou que não sejam passíveis de tratamento com marca-passos cardíacos, e que ocorram na ausência de eventos transitórios.

Classe I - Pacientes com doenças cardíacas, porém sem limitação de atividades física. A atividade física ordinária não provoca fadiga acentuada, palpitações, dispnéia nem angina de peito.

Classe II - Pacientes com doenças cardíacas que acarretam limitações à atividade física. Esses pacientes sentem-se bem em repouso, mas atividades físicas comuns provocam fadiga, palpitações, dispnéia e angina de peito.

Classe III - Pacientes portadores de doenças cardíacas com acentuada limitação das atividades físicas. Esses pacientes se sentem bem em repouso, porém, pequenos esforços provocam fadiga, palpitações, dispnéia e angina de peito.

Classe IV - Pacientes com doença cardíaca que acarreta incapacidade para exercer qualquer atividade física. Os sintomas de fadiga, palpitações, dispnéia e angina de peito existem em repouso e se acentua com qualquer atividade.

OBS: O exame complementar deve ser exigido sempre que o exame clínico, anamnese e o relatório do médico assistente não forem suficientes. Constituem exames complementares, todos aqueles que possam subsidiar a conclusão diagnóstica, tais como: ECG, Radiografia de Tórax, Ecocardiograma, Cineangiografiografia, Provas de estresse, Holter e Exames de Bioquímica Sanguínea, de acordo com a síndrome cardiológica em questão.

3. PROTOCOLO PARA APOSENTADORIA DOS PORTADORES DE DOENÇAS DO SISTEMA VASCULAR

Na inspeção pericial a junta médica deve avaliar o servidor baseado na anamnese, exame físico e exames complementares.

As doenças do sistema vascular que podem levar a Aposentadoria Total e Permanente, são as seguintes:

I - Enxertos de aorta trombosados e sem condições clínicas e/ou vasculares para revascularização.

II - Doenças vasculares periféricas sem condições clínicas e/ou vasculares para revascularização, com lesões tróficas limitantes.

III - Tromboangite obliterante com lesões tróficas limitantes.

IV - Amputações sem condições de regularização do coto para adequada adaptação de prótese (membros superiores ou inferiores).

V - Cotos de amputação isquêmicos (membros superiores ou inferiores).

VI - Úlceras isquêmicas extensas e profundas em membros inferiores, com evolução desfavorável, mesmo após revascularização.

VII - Pé de Charcot

OBS: Os exames complementares devem ser exigidos sempre que o exame clínico, a anamnese e o relatório do médico assistente não forem suficientes.

Constituem exames complementares, todos aqueles que podem subsidiar a conclusão diagnóstica, tais como: doppler arterial ou venoso, arteriografia, aortografia e venografia.

4. PROTOCOLO PARA APOSENTADORIA DOS PORTADORES DE PATOLOGIAS OSTEOMUSCULARES

Na inspeção pericial a junta deve avaliar o servidor baseado na anamnese, exame físico e exames complementares.

Serão consideradas para fins de aposentadoria por invalidez as doenças do sistema osteomuscular, do tecido conjuntivo e as doenças com repercussão no aparelho locomotor em estágio que causem limitação total e definitiva para o desempenho da função, abaixo relacionada:

M00-M25 Artropatias.

M30-M36 Doenças sistêmicas do tecido conjuntivo.

M40-M54 Dorsopatias.

M60-M79 Transtornos dos tecidos moles.

M65-M68 Transtornos das sinóvias e dos tendões.

M70-M79 Outros transtornos dos tecidos moles.

M80-M94 Osteopatias e condropatias.

M95, M96 e M99 Outros transtornos do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo.

T84 - Complicações de dispositivos protéticos, implantes e enxertos ortopédicos internos.

Z89 - Ausência adquirida de membros.

Para fins de caracterização da invalidez - além da presença da patologia-serão considerados o estágio em que a doença se encontra e a repercussão funcional que esteja causando.

As patologias para as quais existe perspectiva de reabilitação funcional através de cirurgias, próteses, órteses, transplantes, implantes ou outras formas de tratamento, deverão ser acompanhadas periodicamente até que se conclua pela incapacidade funcional definitiva.

OBS: Os exames complementares devem ser exigidos sempre que o exame clínico, a anamnese e o relatório do médico assistente não forem suficientes.

Constituem exames complementares todos aqueles que podem subsidiar a conclusão diagnóstica, tais como: RX, tomografia, e ressonância magnética.

5. PROTOCOLO PARA APOSENTADORIA DOS PORTADORES DE DOENÇAS OFTALMOLÓGICAS.

Na inspeção pericial a junta médica deve avaliar o servidor através de anamnese, exame físico e utilizar-se de 02 escalas oftalmológicas:

I - Acuidade visual - aquilo que se enxerga a determinada distância (Escala de Snellen)

II - Campo visual - amplitude da área alcançada pela visão.

Serão considerados casos de Aposentadoria por Invalidez Total e Permanente, aqueles em que a perda da visão se classifique em: visão sub-normal, cegueira parcial e cegueira total causada por afecção crônica progressiva e irreversível, não susceptível de correção óptica, nem melhorada por tratamento médico cirúrgico.

PODEMOS CLASSIFICAR COMO:

I - Visão sub-normal: - aquele indivíduo que possui acuidade visual entre 6/60 (0,1) e 18/60(0,3) no melhor olho e/ou um campo visual entre 20° e 50°, com a melhor correção óptica.

II - Cegueira parcial ou legal ou Profissional: - indivíduos apenas capazes de contar dedos à curta distância e os que só percebem vultos, com a melhor correção óptica.

Incluimos ainda nesta categoria os indivíduos que tem Percepção luminosa (distingue entre claro e escuro) e Projeção luminosa (capaz de identificar também a direção de onde provém à luz).

III - Cegueira total ou Amaurose: - completa perda de visão. A visão é nula, isto é, nem a percepção luminosa está presente (visão zero).

Assim sendo, considera-se cega a pessoa que corresponde a um dos critérios seguintes:

- a visão corrigida do melhor dos seus olhos é de 20/200 ou menos.

- ou se o diâmetro mais largo do seu campo visual subentende um arco não maior de 20 graus (ainda que sua acuidade visual nesse estreito campo possa ser superior a 20/200).

Os portadores de necessidades especiais ingressos pela Lei do Deficiente Físico estão excluídos dos critérios acima, exceto quanto do agravamento e ou complicações que serão avaliados individualmente.

Os indivíduos que apresentarem boa visão com perdas funcionais devem ser analisados como casos individualizados: como deformidade ou mutilação do globo ocular ou dos anexos, incapacidade por diplopia, perda de fixação foveolar e paralisias óculo-motoras. Cegueira legal: definida como "acuidade visual central de 20/200 ou menos no melhor olho, com lentes corretivas, ou acuidade visual central maior do que 20/200 se existe um defeito de campo visual no qual o campo periférico é de forma que o diâmetro maior do campo visual atinge uma distancia angular menor que 20 graus no melhor olho" - Scholl, 1986.

OBS: Os exames complementares devem ser exigidos sempre que o exame clínico, a anamnese e o relatório do médico assistente não forem suficientes. Constituem exames

complementares todos aqueles que podem subsidiar a conclusão diagnóstica, tais como: exame de campo visual e retinografia.

6. PROTOCOLO PARA APOSENTADORIA DOS PORTADORES DE SINDROME DE IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA ADQUIRIDA (SIDA).

Na inspeção pericial a junta médica deve avaliar o servidor através de anamnese, exame físico e psíquico, fazendo uso também dos exames complementares necessário àquela avaliação.

A conclusão pela Aposentadoria do servidor vai depender da condição clínica e prognóstico, dos efeitos colaterais da medicação utilizada, da existência ou não de seqüelas incapacitantes até o momento da perícia, e do tipo de trabalho executado pelo servidor.

SIDA é a Síndrome de Imunodeficiência Humana Adquirida causada pelo vírus da Imunodeficiência Humana - HIV, e pode ser diagnosticada utilizando-se basicamente de dois critérios:

A) Informações básicas do relatório do médico assistente: diagnósticos clínicos atuais e pregressos, resultados dos exames laboratoriais recentes, inclusive contagem de CD4 (o número de linfócitos T- helpers) e CV (carga viral), a saber:

1. Carga viral (cv)

- cv < que 10.000/ml - baixo risco de progressão ou de piora da doença;
- cv entre 10.000 e 1000.000/ml, risco moderado de progressão ou piora da doença;
- cv > que 1000.000/ ml, alto risco de progressão ou piora da doença.

2. Contagem de CD4

- CD4 > 500 células/mm³, estágio da infecção pelo HIV com baixo risco de doença;
- CD4 entre 200 e 500 células/mm³, risco moderado de desenvolvimento de doenças oportunistas;
- CD4 entre 50 e 200 células/mm³, risco alto de aparecimento de doenças oportunistas;

B) Ocorrências de manifestações clínicas relevantes anteriores com informação acerca da data em que ocorreu;

C) Terapêutica instituída e aderência ao tratamento;

D) Presença de outros fatores clínicos e psicossociais complementares e agravantes do quadro de imunodeficiência do servidor;

E) Dados objetivos do exame clínico do servidor.

Obs: Os exames complementares devem ser exigidos sempre que o exame clínico, a anamnese e o relatório do médico assistente forem insuficientes.

Os exames complementares principais são: CV e CD4 e os que dependem das patologias correlatas.

7. PROTOCOLO PARA APOSENTADORIA DOS PORTADORES DE DOENÇAS HEPÁTICAS.

Na inspeção pericial a junta médica deve avaliar o servidor através de anamnese, exame físico fazendo uso de exames complementares necessários à avaliação.

As doenças hepáticas mais comuns que levam a aposentadoria são:

- As Hepatite B e Hepatite C.
- Cirroses.

Hepatite B - É uma infecção pelo vírus da Hepatite B, assintomática em 2/3 dos casos. Cerca de 10% evolui para cronicidade e eventualmente para cirrose hepática (necrose celular).

Hepatite C - É uma infecção pelo vírus da Hepatite C, lentamente progressiva levando a cirrose após 2 a 3 décadas em 20% dos casos.

Cirrose - Doença crônica do fígado decorrente de destruição e regeneração das células hepáticas, acarretando a presença de fibrose, com conseqüente desorganização da arquitetura lobular e vascular do órgão.

É a conseqüência de uma resposta permanente de ferida - cicatrização à agressão hepática crônica induzida por toxinas, infecção viral crônica, colestase e distúrbios metabólicos.

O Potencial cancerígeno deve ser levado em consideração nos paciente portadores de cirrose hepática.

Há indicação de aposentadoria em servidores portadores de Hepatite B ou C e Cirroses quando estes apresentarem sinais clínicos e laboratoriais de agravamento da insuficiência hepática. Assim o aparecimento de ascite (edema abdominal), edemas, manifestações hemorrágicas, ictericas, encefalopatias e alterações laboratoriais como plaquetopenia, albumina plasmática abaixo de 3mg% e tempo de protrombina inferior a 60% do normal são indicativos de incapacidade total para o trabalho.

A gravidade de uma Hepatopatia crônica é mediada através de um índice que resulta de dados clínicos e laboratoriais simples e já citados (presença de ascite, bilirrubinas, albumina) chamado de índice de CHILD-PUGH-TURGOTTE:

Classificação:

Pontos atribuídos 1 2 3

Grau de encefalopatia 0 1 a 2 3 a 4

Ascite Ausente Discreta Moderada

Albumina(g/dl) >3,5 2,8 a 3,5 < 2,8

Protrombina (segs acima do normal)< 4 4 a 6 > 6

Bilirrubinas (mg/dl) < 2 2 a 3 > 3

Para doenças colestáticas < 4 4 a 10 > 10

Score: Child A 5 ou 6, Child B 4 a 10, Child C > 10

Hepatopatia grave deve ser B ou C.

Obs: Os exames complementares (provas de função hepática) devem ser exigidos sempre que o exame clínico, a anamnese e o relatório do médico assistente não forem suficientes.

8. PROTOCOLO PARA APOSENTADORIA DOS PORTADORES DE NEOPLASIAS MALIGNAS

Na inspeção pericial a junta médica levará em consideração parâmetros clínicos, de estadiamento, prognóstico, os exames complementares e os conceitos técnicos atualizados, tais como:

Neoplasia maligna - é um grupo de doenças caracterizadas pelo desenvolvimento incontrolado de células anormais que se disseminam a partir de um sitio anatômico primitivo;

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

Grau de diferenciação celular,

Grau de proliferação celular,

Grau de invasão vascular e linfática,

Estadiamento clínico e/ou cirúrgico,

Resposta à terapêutica específica,

Estatística de morbidade e mortalidade de cada tipo de neoplasia.

Diagnóstico - são consideradas neoplasias malignas àquelas relacionadas na Classificação Internacional de Doenças (CID - 10ª), de C00 à D48.

As juntas médicas deverão, ao firmar o diagnóstico, citar o tipo anatomopatológico da neoplasia, sua localização, presença ou não de metástases, estadiamento clínico e acrescentar a expressão Neoplasia Maligna, para fim de enquadramento legal.

A avaliação do servidor em relação à Invalidez Total e Permanente decorrente de neoplasia maligna deverá satisfazer as seguintes condições abaixo relacionadas:

- a) apresentarem neoplasia com mau prognóstico em curto prazo,
- b) forem portadores de neoplasias malignas incuráveis,
- c) tornarem-se inválidos em consequência de seqüelas do tratamento, mesmo quando extirpada a lesão neoplásica maligna,
- d) manifestarem recidiva ou metástase de neoplasia maligna.

Serão considerados portadores de Neoplasia Maligna, durante os 05 (cinco) primeiros anos de acompanhamento clínico, os servidores cuja doença for susceptível de tratamento cirúrgico, radioterápico e/ou quimioterápico, mesmo que o seu estadiamento clínico indicar bom prognóstico.

Não serão considerados portadores de Neoplasia Maligna, os servidores submetidos a tratamento cirúrgico, radioterápico e/ou quimioterápico e após 05 (cinco) anos de acompanhamento clínico e laboratorial, não apresentarem evidência de atividade da Neoplasia.

A presença de Neoplasia Maligna, passível de tratamento, não implica em aposentadoria e o servidor portador deverá ser reavaliado periodicamente levando-se em consideração o tratamento, evolução e capacidade laborativa.

O estadiamento da Neoplasia de Mama, Gástrica e de Próstata é baseado na classificação TNM: T - tumor, N: linfonodo, M: metástase

CRITÉRIOS DE APOSENTADORIA - NEO DE MAMA

Casos de diagnóstico fechado = Aposentadoria

Estádio IV = Sobrevida em 5 (cinco) anos é de 10%

Estádio III = com ulceração cutânea, fixação da lesão à parede torácica (mama) e linfonodos axilares > 2,5 cm ou linfonodos fixos, e edema de pele em pelo menos 1/3 da mama = sobrevida em 5 (cinco) anos é de 40%.

Estádio II e I = não caracteriza invalidez imediata, aguardar evolução em 5 (cinco) anos, encaminhando para RF ou mantendo em licença médica.

CRITÉRIOS DE APOSENTADORIA - NEO GÁSTRICO

Sobrevida de 05 anos após cirurgia segundo estadiamento de tumores gástricos (Kim, 1994).

Estádio I = sobrevida em 5 anos é de 90,7%,

Estádio II = sobrevida em 5 anos é de 64,5%,

Estádio III = sobrevida em 5 anos é de 33,4%,

Estádio IV = sobrevida em 5 anos é de 4,9%.

CRITÉRIOS DE APOSENTADORIA - NEO DE PRÓSTATA

Casos de diagnóstico fechado com metástase: Aposentadoria

Demais casos serão avaliados segundo os critérios de TNM, Antígeno Prostático específico (PSA) e Escala de Gleason.

Escala de Gleason: avalia a diferenciação das células neoplásicas.

De 02 a 04 Bem diferenciadas.

De 05 a 06 Moderadamente diferenciadas.

07 Pouco diferenciadas.

De 08 a 10 Indiferenciadas.

Quanto maior a diferenciação menor o grau de gravidade.

PSA: Será avaliado levando em conta sua variação crescente.

OBS: Os exames complementares devem ser exigidos sempre que o exame clínico, a anamnese e o relatório do médico assistente não forem suficientes.

Constituem exames complementares todos aqueles que podem subsidiar a conclusão diagnóstica, tais como Anátomo Patológico, Ultra-sonografia, Tomografia, Imuno - histoquímico e Ressonância Magnética.

9. PROTOCOLO PARA APOSENTADORIA DOS PORTADORES DE DOENÇAS NEUROLÓGICAS

A junta médica deve avaliar o servidor através de anamnese, o exame psíquico e físico, usando para conclusão diagnóstica os exames complementares que se fizerem necessários.

Patologias e seqüelas neurológicas que podem levar a aposentadoria por invalidez total e permanente:

A) Demências.

Entende-se por Demência um estado mental caracterizado por perda de habilidades intelectuais severas, que interferem com o funcionamento social e ocupacional.

Várias patologias neurológicas podem levar um indivíduo a demenciação, entre elas, as mais frequentes são:

- Demência de Alzheimer.
- Doença de Parkinson.
- Demência Vascular.
- Demência devido à ingestão tóxica.
- Demência devido à infecção.
- Demência devido à doença orgânica.

A avaliação dos portadores de Demência levará em consideração:

- o comprometimento das funções intelectuais - cognitivas;
- a gravidade, a persistência e a evolução;
- a refração aos meios habituais de tratamento;
- alterações completa ou considerável da personalidade;
- o comprometimento grave do juízo de valor de realidade, com deteriorização da auto-estima e do pragmatismo.

B) Paralisia Irreversível e Incapacitante.

Para efeitos de aposentadoria serão considerados portadores de paralisia aqueles que apresentarem incapacidade de contração voluntária de um músculo ou grupo de músculos, resultante de uma lesão orgânica de natureza destrutiva ou degenerativa a qual implica na interrupção de uma das vias motoras.

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 motilidade, a sensibilidade e a troficidade e que tornem o servidor total e permanentemente impossibilitado para qualquer trabalho.

As lesões ósteo-musculo-articulares e vasculares graves e crônicas são equiparadas às paralisias quando resultam em alterações extensas e definitivas das funções nervosas, da mobilidade e da troficidade, esgotados os recursos terapêuticos da medicina especializada e os prazos necessários à recuperação.

As paresias são equiparadas às paralisias quando resultam em alterações extensas das funções nervosas e da motilidade, esgotados os recursos terapêuticos da medicina especializada e os prazos necessários à recuperação.

Entende-se como paresias aquelas alterações em que ocorre perda da função motora (leve ou moderada) como diferenciado de paralisia que é a perda total.

A avaliação do servidor em relação à Paralisia Irreversível e Incapacitante deverá satisfazer as seguintes condições abaixo relacionadas:

1. Os portadores de paralisia irreversível e incapacitante diagnosticados e satisfeitos as condições conceituais especificadas acima, serão considerados total e permanentemente impossibilitados para qualquer trabalho.
2. As juntas médicas deverão especificar em seus laudos os diagnósticos etiológicos e sindrômicos, caracterizando como condição indispensável o caráter definitivo e permanente da lesão.
3. As juntas médicas deverão declarar entre parênteses, após enunciar o diagnóstico, a expressão "equivalente à Paralisia irreversível e incapacitante", quando concluírem pela invalidez dos inspecionados portadores das lesões citadas acima, satisfeitas todas as condições descritas.
4. As seqüelas motoras de Acidente Vascular Cerebral (AVC) só serão consideradas como Paralisia Irreversível e Incapacitante, depois de transcorridos 02 anos ou na dependência de avaliação clínica com prognóstico fechado.

C. Outras patologias neurológicas que acometam o sistema nervoso de forma incapacitante e permanente impossibilitando a atividade laborativa deverão conter os diagnósticos etiológico, anatômico e sindrômico e a caracterização da invalidez total e permanente para o trabalho.

Obs. Os exames complementares devem ser exigidos sempre que o exame clínico, a anamnese e o relatório do médico assistente não forem suficientes. Constituem exames complementares todos aqueles que podem subsidiar a conclusão diagnóstica, tais como: tomografia, RX, eletroneuromiografia, ressonância magnética e angiografia.

10. PROTOCOLO DE APOSENTADORIA PARA OS PORTADORES DE NEFROPATIAS.

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

Classificação:

Insuficiência Renal leve - classe I

filtração glomerular maior que 50mls por minuto.

creatinina sérica entre 1.4 e 3.5mgs%

Insuficiência Renal moderada - classe II

filtração glomerular entre 20 e 50 mls/m

creatinina sérica entre 1.4 e 3.5mgs%

Insuficiência Renal severa - classe III

filtração glomerular inferior a 20ml/m

creatinina serica acima de 3.5mgs%

As nefropatias que cursam com Insuficiência Renal moderada - classe II são enquadradas como Nefropatias Graves quando acompanhadas de sinais e sintomas que determinam a incapacidade laborativa do servidor.

As nefropatias que cursam com Insuficiência Renal severa - classe III são enquadradas como Nefropatia Grave.

As nefropatias com Insuficiência Renal, classe I deverão ser reavaliadas sobre o tratamento e capacidade laborativa no prazo de 01 ano.

Principais grupos de patologias que cursam com insuficiência renal e são capazes de produzir nefropatias graves:

- glomerulonefrites crônicas;
- vasculites;
- nefropatias diabética e hipertensivas, por irradiação, obstrutiva e hereditária;
- amiloidose renal;
- neoplasias;
- necroses (medular ou difusa);
- pielonefrite crônica;
- obstrução arterial e/ou venosa grave;
- nefrite intersticial crônica.

As juntas de inspeção deverão registrar o diagnóstico, identificar o tipo de nefropatia e etiologia possível desencadeante do quadro.

Obs: Os exames complementares devem ser exigidos sempre que a avaliação clínica, anamnese e exame físico não forem suficientes para conclusão pericial. Constituem

exames complementares, os exames laboratoriais - provas de função renal, anatomo - patológicos e de imagens.

- CD4 < 50 células/mm³, estágio grave.

Complementação dos protocolos técnicos dos exames admissionais publicados como Comunicado 006/SGP-G/2002 de 02/05/2002 no D.O.M. de 03/05/2002, pág. 239.

PROTOCOLO DE INGRESSO PARA CANDIDATOS COM DISTÚRBIOS DA VOZ

Fluxo e critérios a serem utilizados na avaliação de candidatos à função que prevê o uso constante da voz

O candidato é inicialmente avaliado por médico do trabalho, que ao detectar qualquer alteração na qualidade vocal do candidato solicitará avaliação (triagem) fonoaudiológica.

Confirmado o distúrbio da voz o candidato será encaminhado para avaliação otorrinolaringológica e fonoaudiológica completa.

O candidato será reavaliado num aspecto amplo visando a qualificação e quantificação das alterações encontradas em sua qualidade vocal. Em caso de necessidade será solicitado exame complementar.

A aptidão ficará a critério da decisão conjunta do médico otorrinolaringologista e fonoaudiólogo, após discussão da função pretendida e alteração encontrada.

Todos os candidatos com distúrbios na voz serão orientados para tratamento.

O candidato considerado inapto, terá possibilidade de recorrer em caráter inicial de reconsideração e posteriormente como recurso ; quando será submetido à nova avaliação otorrinolaringológica e fonoaudiológica.

São consideradas funções de risco aquelas que fazem uso constante da voz: professor, coordenador pedagógico e telefonista.

São exames complementares: nasofibrolaringoscopia, audiometria e avaliação acústica de voz.

PROTOCOLO PARA INGRESSO DE CANDIDATOS COM ALTERAÇÕES AUDITIVAS

O ingresso de candidato cuja função exija boa acuidade auditiva e/ou esteja exposto ao fator de risco ruído serão analisados sob os seguintes critérios:

1- Perdas Auditivas Condutivas ou Mistas:

a- Transitórias - serão aptos, exceto casos cirúrgicos uni ou bilaterais, que comprometam as frequências de 500, 1000 e 2000 hertz, acima de 45dB.

b- Definitivas - serão aptos os casos de seqüelas de Otite Média Crônica, uni ou bilateral, de caráter moderado (até 40dB), que não comprometam as frequências de 500, 1000 e 2000 hertz.

2- Perdas Auditivas Neurosensoriais:

a- Serão aptos os casos de perdas auditivas neurosensoriais classificáveis como sendo induzidas por ruído (PAIR), nas seguintes situações:

a1- Perdas auditivas uni ou bilaterais classificáveis no primeiro grau de Merlluzzi.

a2- Perdas auditivas unilaterais, classificáveis até o segundo grau de Merlluzzi.

b- Perdas auditivas neurosensoriais uni ou bilaterais, de caráter estável, com origem distinta daquela induzida por ruído e que não atinjam as frequências de 500, 1000 e 2000 hertz.

c- Perdas auditivas neurosensoriais uni ou bilaterais, de caráter estável, com origem distinta daquela induzida por ruído nas demais frequências, não superior ao limite de 45dB.

2- Serão Considerados Inaptos:

a- Perdas auditivas condutivas, mistas ou neurosensoriais, com origem em otosclerose.

b- Perdas auditivas uni ou bilaterais, classificáveis no terceiro grau ou mais de Merlluzzi.

c- Anacusias unilaterais, quando o ouvido contralateral possuir um nível de audibilidade normal (ouvido único).

São exames complementares: Audiometria tonal e vocal, Imitanciometria, Audiometria de Respostas Elétricas de Tronco Encefálico(BERA), Emissões Oto-Acústicas.

São consideradas funções que exigem boa acuidade auditiva e expostas ao fator de risco ruído: GCM e os operacionais que venham a exercer a atividade de motorista, operadores de máquinas (geral), agente de zoonoses e telefonistas.

PROTOCOLO DE OFTALMOLOGIA (adicional)

O candidato à função de risco na P.M.S.P. portador ou referindo história de estrabismo corrigido cirurgicamente deverá apresentar:

1- Agudeza visual em ambos os olhos, com ou sem correção, compatível com a função.

2- Teste ortóptico comprovando a existência de visão binocular e fusão.

COMUNICADO 005/04 - SGP

REPÚBLICAÇÃO no DOM de 10/12/05 p. 16

Comunicado republicado por ter saído com incorreções no D.O.M. de 16/12/2004

Dirigido a todos os servidores da Prefeitura Municipal de São Paulo, inclusive aqueles do Tribunal de Contas do Município, Câmara Municipal e das Autarquias, exceto os regidos pela CLT.

PROTOCOLOS TÉCNICOS DE INSPEÇÃO MÉDICA PERICIAL PARA APOSENTADORIA POR INVALIDEZ.

Dando continuidade ao princípio da transparência do Departamento de Saúde do Trabalhador Municipal - DESAT da Secretaria de Gestão Pública - SGP, publicamos os protocolos técnicos das principais patologias (doenças) que podem levar o servidor municipal à Invalidez Total e Permanente para sua função ou cargo no serviço público.

As patologias descritas poderão culminar potencialmente, mas não necessariamente em aposentadoria por invalidez.

Conceitos básicos utilizados para avaliação da capacidade laborativa no estudo de Aposentadoria por Invalidez:

1- Incapacidade laborativa: é a impossibilidade do desempenho das funções específicas de uma atividade ou ocupação em conseqüências de alterações morfofisiológicas provocadas por doença ou acidente. A presença de doença, por si só, não significa a existência de incapacidade laborativa o que importa é a sua repercussão no desempenho das atividades;

2- Invalidez total e permanente para o trabalho: é a incapacidade definitiva para o exercício do cargo ou função em decorrência de alterações provocadas por doença ou acidente e a impossibilidade de ser readaptado, levando em conta os recursos tecnológicos existentes;

Considerando o avanço técnico e as doenças que levam a invalidez com maior frequência em nossa população e nos servidores públicos municipais, estamos apresentando os protocolos pelos quais são baseadas as atividades periciais quando das inspeções de saúde para capacidade laborativa da PMSP, para efeito de Aposentadoria Total e Permanente para o serviço público; como se segue:

1- Protocolo para aposentadoria dos portadores de Transtornos

Mentais e Comportamentais.

2- Protocolo para aposentadoria dos portadores de doenças

Cardiológicas.

3- Protocolo para aposentadoria de portadores de Neoplasias.

4- Protocolo para aposentadoria de portadores de doenças Músculo Esqueléticas.

5-Protocolo para aposentadoria de portadores de doenças Oftalmológicas.

6- Protocolo para aposentadoria de portadores da Síndrome de Imunodeficiência Humana Adquirida (SIDA).

7- Protocolo para aposentadoria de portadores de doenças Nefrológicas.

8- Protocolo para aposentadoria de portadores de doenças Vasculares

9- Protocolo para aposentadoria de doenças Neurológicas.

10- Protocolo para aposentadoria de doenças Hepáticas.

Na inspeção de saúde a junta médica deve descrever a anamnese, o exame psíquico e físico do servidor, utilizando o Código Internacional de Doenças (CID -10) na sua 10ª Edição, para conclusão diagnóstica, independente do diagnóstico do médico assistente, que deve servir como mais um subsídio para confirmação diagnóstica, além dos exames complementares que se fizerem necessários. Quando surgir algum fato novo o servidor será reavaliado e a aposentadoria mantida ou não.

1. PROTOCOLO PARA APOSENTADORIA DOS PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS.

Os principais Transtornos Mentais e Comportamentais que podem levar a Aposentadoria Total e Permanente são os seguintes:

I - F00 - Demência na doença de Alzheimer (G30)

F01 - Demência vascular

F02 - Demência em outras doenças classificadas em outra parte

F03 - Demência não especificada

II- F04 - Síndrome amnésica orgânica não induzida por álcool e outra substância psicoativa.

Deve ter a duração mínima de 02 anos de evolução e comprovação de não resposta ao tratamento adequado.

III- F06 - Outros transtornos mentais decorrentes de lesão e disfunção cerebrais e de doença física.

Mínimo de 02 anos com evolução desfavorável.

IV- F07 - Transtornos de personalidade e comportamento decorrentes de doença, lesão e disfunção cerebrais.

Mínimo de 02 anos com evolução desfavorável.

V - F10-F19 - Transtornos mentais e de comportamento devido ao uso de substância psicoativa.

F10. 5 - Transtorno psicótico

F10. 6 - Síndrome amnésica

F10. 7 - Transtorno psicótico residual ou de instalação tardia

Evolução mínima de 05 anos desfavorável.

VI - F20 - Esquizofrenia.

F21 -Transtorno esquizotípico.

F22 -Transtornos delirantes persistentes.

F25 -Transtornos esquizoafetivos.

Evolução mínima de 04 anos desfavorável.

VII - F31 - Transtorno afetivo bipolar.

F32 - Episódios depressivos.

F33 - Transtorno depressivo recorrente.

F34 - Transtornos do humor (afetivos) persistentes.

F39 - Transtornos do humor (afetivo) não especificado.

Evolução desfavorável, com período mínimo de 04 anos com resposta pobre a tratamento farmacológico adequado.

VIII - F40 - Transtornos fóbico-ansiosos.

F41 - Outros transtornos ansiosos.

F42 - Transtornos obsessivo-compulsivos.

F44 - Transtornos dissociativos

F45 - Transtornos somatoformes.

F48 - Outros transtornos neuróticos.

Evolução desfavorável, com período mínimo de 05 anos com resposta pobre a tratamento farmacológico e psicoterápico adequados.

IX - F50 -Transtornos alimentares

X - F60 - Transtornos específicos da personalidade.

F61 - Transtornos mistos da personalidade e outros transtornos da personalidade.

F62 - Transtornos duradouros da personalidade não atribuíveis à lesão ou doença cerebral.

F63 - Transtornos dos hábitos e dos impulsos.

F70 - Retardo mental leve.

Evolução desfavorável mínima de 05 anos após tratamento com resposta pobre a tratamento farmacológico e psicoterápico adequados.

Obs: Os exames complementares devem ser exigidos sempre que a avaliação clínica, anamnese e o relatório do Médico Assistente não forem suficientes para conclusão pericial.

Constituem exames complementares no caso de transtornos psiquiátricos, entre outros, os seguintes: EEG, Exames de Neuro-imagem, Testes de Personalidade e Testes Neuropsicológicos.

2. PROTOCOLO PARA APOSENTADORIA DOS PORTADORES DE DOENÇAS CARDIOLÓGICAS

Na inspeção pericial a junta médica deve obter anamnese e exame físico nos quais devem ser investigados os sinais e sintomas que caracterizam a classe funcional, bem como a presença de baixo débito sanguíneo cerebral. Patologias que podem levar a aposentadoria por invalidez total e permanente:

I - INSUFICIÊNCIA CARDÍACA enquadrada nas classes III e IV da Sociedade Brasileira de Cardiologia que segue a New York Heart Association (NYHA) e eventualmente, as de classe II, na dependência da idade, atividade profissional e as impossibilitada de reabilitação.

II - INSUFICIÊNCIA CORONARIANA com angina em classe funcional III e IV apesar de tratamento otimizado ou com estenoses coronarianas maiores que 70% em 3 ou mais vasos e não passíveis de tratamento cirúrgico.

III - ARRITMIAS GRAVES como as que provocam parada cardíaca ou que não sejam passíveis de tratamento com marca-passos cardíacos, e que ocorram na ausência de eventos transitórios.

Classe I - Pacientes com doenças cardíacas, porém sem limitação de atividades física. A atividade física ordinária não provoca fadiga acentuada, palpitações, dispnéia nem angina de peito.

Classe II - Pacientes com doenças cardíacas que acarretam limitações à atividade física. Esses pacientes sentem-se bem em repouso, mas atividades físicas comuns provocam fadiga, palpitações, dispnéia e angina de peito.

Classe III - Pacientes portadores de doenças cardíacas com acentuada limitação das atividades físicas. Esses pacientes se sentem bem em repouso, porém, pequenos esforços provocam fadiga, palpitações, dispnéia e angina de peito.

Classe IV - Pacientes com doença cardíaca que acarreta incapacidade para exercer qualquer atividade física. Os sintomas de fadiga, palpitações, dispnéia e angina de peito existem em repouso e se acentua com qualquer atividade.

OBS: O exame complementar deve ser exigido sempre que o exame clínico, anamnese e o relatório do médico assistente não forem suficientes. Constituem exames complementares, todos aqueles que possam subsidiar a conclusão diagnóstica, tais como: ECG, Radiografia de Tórax, Ecocardiograma, Cineangiografiografia, Provas de estresse, Holter e Exames de Bioquímica Sanguínea, de acordo com a síndrome cardiológica em questão.

3. PROTOCOLO PARA APOSENTADORIA DOS PORTADORES DE DOENÇAS DO SISTEMA VASCULAR

Na inspeção pericial a junta médica deve avaliar o servidor baseado na anamnese, exame físico e exames complementares.

As doenças do sistema vascular que podem levar a Aposentadoria Total e Permanente, são as seguintes:

I - Enxertos de aorta trombosados e sem condições clínicas e/ou vasculares para revascularização.

II - Doenças vasculares periféricas sem condições clínicas e/ou vasculares para revascularização, com lesões tróficas limitantes.

III - Tromboangite obliterante com lesões tróficas limitantes.

IV - Amputações sem condições de regularização do coto para adequada adaptação de prótese (membros superiores ou inferiores).

V - Cotos de amputação isquêmicos (membros superiores ou inferiores).

VI - Úlceras isquêmicas extensas e profundas em membros inferiores, com evolução desfavorável, mesmo após revascularização.

VII - Pé de Charcot

OBS: Os exames complementares devem ser exigidos sempre que o exame clínico, a anamnese e o relatório do médico assistente não forem suficientes.

Constituem exames complementares, todos aqueles que podem subsidiar a conclusão diagnóstica, tais como: doppler arterial ou venoso, arteriografia, aortografia e venografia.

4. PROTOCOLO PARA APOSENTADORIA DOS PORTADORES DE PATOLOGIAS OSTEOMUSCULARES

Na inspeção pericial a junta deve avaliar o servidor baseado na anamnese, exame físico e exames complementares.

Serão consideradas para fins de aposentadoria por invalidez as doenças do sistema osteomuscular, do tecido conjuntivo e as doenças com repercussão no aparelho locomotor em estágio que causem limitação total e definitiva para o desempenho da função, abaixo relacionada:

M00-M25 Artropatias.

M30-M36 Doenças sistêmicas do tecido conjuntivo.

M40-M54 Dorsopatias.

M60-M79 Transtornos dos tecidos moles.

M65-M68 Transtornos das sinóvias e dos tendões.

M70-M79 Outros transtornos dos tecidos moles.

M80-M94 Osteopatias e condropatias.

M95, M96 e M99 Outros transtornos do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo.

T84 - Complicações de dispositivos protéticos, implantes e enxertos ortopédicos internos.

Z89 - Ausência adquirida de membros.

Para fins de caracterização da invalidez - além da presença da patologia-serão considerados o estágio em que a doença se encontra e a repercussão funcional que esteja causando.

As patologias para as quais existe perspectiva de reabilitação funcional através de cirurgias, próteses, órteses, transplantes, implantes ou outras formas de tratamento, deverão ser acompanhadas periodicamente até que se conclua pela incapacidade funcional definitiva.

OBS: Os exames complementares devem ser exigidos sempre que o exame clínico, a anamnese e o relatório do médico assistente não forem suficientes.

Constituem exames complementares todos aqueles que podem subsidiar a conclusão diagnóstica, tais como: RX, tomografia, e ressonância magnética.

5. PROTOCOLO PARA APOSENTADORIA DOS PORTADORES DE DOENÇAS OFTALMOLÓGICAS.

Na inspeção pericial a junta médica deve avaliar o servidor através de anamnese, exame físico e utilizar-se de 02 escalas oftalmológicas:

I - Acuidade visual - aquilo que se enxerga a determinada distância (Escala de Snellen)

II - Campo visual - amplitude da área alcançada pela visão.

Serão considerados casos de Aposentadoria por Invalidez Total e Permanente, aqueles em que a perda da visão se classifique em: visão sub-normal, cegueira parcial e cegueira total causada por afecção crônica progressiva e irreversível, não susceptível de correção óptica, nem melhorada por tratamento médico cirúrgico.

PODEMOS CLASSIFICAR COMO:

I - Visão sub-normal: - aquele indivíduo que possui acuidade visual entre 6/60 (0,1) e 18/60(0,3) no melhor olho e/ou um campo visual entre 20° e 50°, com a melhor correção óptica.

II - Cegueira parcial ou legal ou Profissional: - indivíduos apenas capazes de contar dedos à curta distância e os que só percebem vultos, com a melhor correção óptica.

Incluimos ainda nesta categoria os indivíduos que tem Percepção luminosa (distingue entre claro e escuro) e Projeção luminosa (capaz de identificar também a direção de onde provém à luz).

III - Cegueira total ou Amaurose: - completa perda de visão. A visão é nula, isto é, nem a percepção luminosa está presente (visão zero).

Assim sendo, considera-se cega a pessoa que corresponde a um dos critérios seguintes:

- a visão corrigida do melhor dos seus olhos é de 20/200 ou menos.

- ou se o diâmetro mais largo do seu campo visual subentende um arco não maior de 20 graus (ainda que sua acuidade visual nesse estreito campo possa ser superior a 20/200).

Os portadores de necessidades especiais ingressos pela Lei do Deficiente Físico estão excluídos dos critérios acima, exceto quanto do agravamento e ou complicações que serão avaliados individualmente.

Os indivíduos que apresentarem boa visão com perdas funcionais devem ser analisados como casos individualizados: como deformidade ou mutilação do globo ocular ou dos anexos, incapacidade por diplopia, perda de fixação foveolar e paralisias óculo-motoras. Cegueira legal: definida como "acuidade visual central de 20/200 ou menos no melhor olho, com lentes corretivas, ou acuidade visual central maior do que 20/200 se existe um defeito de campo visual no qual o campo periférico é de forma que o diâmetro maior do campo visual atinge uma distancia angular menor que 20 graus no melhor olho" - Scholl, 1986.

OBS: Os exames complementares devem ser exigidos sempre que o exame clínico, a anamnese e o relatório do médico assistente não forem suficientes. Constituem exames

complementares todos aqueles que podem subsidiar a conclusão diagnóstica, tais como: exame de campo visual e retinografia.

6. PROTOCOLO PARA APOSENTADORIA DOS PORTADORES DE SINDROME DE IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA ADQUIRIDA (SIDA).

Na inspeção pericial a junta médica deve avaliar o servidor através de anamnese, exame físico e psíquico, fazendo uso também dos exames complementares necessário àquela avaliação.

A conclusão pela Aposentadoria do servidor vai depender da condição clínica e prognóstico, dos efeitos colaterais da medicação utilizada, da existência ou não de seqüelas incapacitantes até o momento da perícia, e do tipo de trabalho executado pelo servidor.

SIDA é a Síndrome de Imunodeficiência Humana Adquirida causada pelo vírus da Imunodeficiência Humana - HIV, e pode ser diagnosticada utilizando-se basicamente de dois critérios:

A) Informações básicas do relatório do médico assistente: diagnósticos clínicos atuais e pregressos, resultados dos exames laboratoriais recentes, inclusive contagem de CD4 (o número de linfócitos T- helpers) e CV (carga viral), a saber:

1. Carga viral (cv)

- cv < que 10.000/ml - baixo risco de progressão ou de piora da doença;
- cv entre 10.000 e 1000.000/ml, risco moderado de progressão ou piora da doença;
- cv > que 1000.000/ ml, alto risco de progressão ou piora da doença.

2. Contagem de CD4

- CD4 > 500 células/mm³, estágio da infecção pelo HIV com baixo risco de doença;
- CD4 entre 200 e 500 células/mm³, risco moderado de desenvolvimento de doenças oportunistas;
- CD4 entre 50 e 200 células/mm³, risco alto de aparecimento de doenças oportunistas;
- CD4 < 50 células/mm³, estágio grave.

B) Ocorrências de manifestações clínicas relevantes anteriores com informação acerca da data em que ocorreu;

C) Terapêutica instituída e aderência ao tratamento;

D) Presença de outros fatores clínicos e psicossociais complementares e agravantes do quadro de imunodeficiência do servidor;

E) Dados objetivos do exame clínico do servidor.

Obs: Os exames complementares devem ser exigidos sempre que o exame clínico, a anamnese e o relatório do médico assistente forem insuficientes.

Os exames complementares principais são: CV e CD4 e os que dependem das patologias correlatas.

7. PROTOCOLO PARA APOSENTADORIA DOS PORTADORES DE DOENÇAS HEPÁTICAS.

Na inspeção pericial a junta médica deve avaliar o servidor através de anamnese, exame físico fazendo uso de exames complementares necessários à avaliação.

As doenças hepáticas mais comuns que levam a aposentadoria são:

- As Hepatite B e Hepatite C.

- Cirroses.

Hepatite B - É uma infecção pelo vírus da Hepatite B, assintomática em 2/3 dos casos. Cerca de 10% evolui para cronicidade e eventualmente para cirrose hepática (necrose celular).

Hepatite C - É uma infecção pelo vírus da Hepatite C, lentamente progressiva levando a cirrose após 2 a 3 décadas em 20% dos casos.

Cirrose - Doença crônica do fígado decorrente de destruição e regeneração das células hepáticas, acarretando a presença de fibrose, com conseqüente desorganização da arquitetura lobular e vascular do órgão.

É a conseqüência de uma resposta permanente de ferida - cicatrização à agressão hepática crônica induzida por toxinas, infecção viral crônica, colestase e distúrbios metabólicos.

O Potencial cancerígeno deve ser levado em consideração nos paciente portadores de cirrose hepática.

Há indicação de aposentadoria em servidores portadores de Hepatite B ou C e Cirroses quando estes apresentarem sinais clínicos e laboratoriais de agravamento da insuficiência hepática. Assim o aparecimento de ascite (edema abdominal), edemas, manifestações hemorrágicas, ictéricas, encefalopatias e alterações laboratoriais como plaquetopenia, albumina plasmática abaixo de 3mg% e tempo de protrombina inferior a 60% do normal são indicativos de incapacidade total para o trabalho.

A gravidade de uma Hepatopatia crônica é mediada através de um índice que resulta de dados clínicos e laboratoriais simples e já citados (presença de ascite, bilirrubinas, albumina) chamado de índice de CHILD-PUGH-TURGOTTE:

Classificação:

Pontos atribuídos 1 2 3

Grau de encefalopatia 0 1 a 2 3 a 4

Ascite Ausente Discreta Moderada

Albumina(g/dl) >3,5 2,8 a 3,5 < 2,8

Protrombina (segs acima do normal)< 4 4 a 6 > 6

Bilirrubinas (mg/dl) < 2 2 a 3 > 3

Para doenças colestáticas < 4 4 a 10 > 10

Score: Child A 5 ou 6, Child B 4 a 10, Child C > 10

Hepatopatia grave deve ser B ou C.

Obs: Os exames complementares (provas de função hepática) devem ser exigidos sempre que o exame clínico, a anamnese e o relatório do médico assistente não forem suficientes.

8. PROTOCOLO PARA APOSENTADORIA DOS PORTADORES DE NEOPLASIAS MALIGNAS

Na inspeção pericial a junta médica levará em consideração parâmetros clínicos, de estadiamento, prognóstico, os exames complementares e os conceitos técnicos atualizados, tais como:

Neoplasia maligna - é um grupo de doenças caracterizadas pelo desenvolvimento incontrolado de células anormais que se disseminam a partir de um sítio anatômico primitivo;

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

Grau de diferenciação celular,

Grau de proliferação celular,

Grau de invasão vascular e linfática,

Estadiamento clínico e/ou cirúrgico,

Resposta à terapêutica específica,

Estatística de morbidade e mortalidade de cada tipo de neoplasia.

Diagnóstico - são consideradas neoplasias malignas àquelas relacionadas na Classificação Internacional de Doenças (CID - 10^a), de C00 à D48.

As juntas médicas deverão, ao firmar o diagnóstico, citar o tipo anatomopatológico da neoplasia, sua localização, presença ou não de metástases, estadiamento clínico e acrescentar a expressão Neoplasia Maligna, para fim de enquadramento legal.

A avaliação do servidor em relação à Invalidez Total e Permanente decorrente de neoplasia maligna deverá satisfazer as seguintes condições abaixo relacionadas:

- a) apresentarem neoplasia com mau prognóstico em curto prazo,
- b) forem portadores de neoplasias malignas incuráveis,
- c) tornarem-se inválidos em consequência de seqüelas do tratamento, mesmo quando extirpada a lesão neoplásica maligna,
- d) manifestarem recidiva ou metástase de neoplasia maligna.

Serão considerados portadores de Neoplasia Maligna, durante os 05 (cinco) primeiros anos de acompanhamento clínico, os servidores cuja doença for susceptível de tratamento cirúrgico, radioterápico e/ou quimioterápico, mesmo que o seu estadiamento clínico indicar bom prognóstico.

Não serão considerados portadores de Neoplasia Maligna, os servidores submetidos a tratamento cirúrgico, radioterápico e/ou quimioterápico e após 05 (cinco) anos de acompanhamento clínico e laboratorial, não apresentarem evidência de atividade da Neoplasia.

A presença de Neoplasia Maligna, passível de tratamento, não implica em aposentadoria e o servidor portador deverá ser reavaliado periodicamente levando-se em consideração o tratamento, evolução e capacidade laborativa.

O estadiamento da Neoplasia de Mama, Gástrica e de Próstata é baseado na classificação TNM: T - tumor, N: linfonodo, M: metástase

CRITÉRIOS DE APOSENTADORIA - NEO DE MAMA

Casos de diagnóstico fechado = Aposentadoria

Estádio IV = Sobrevida em 5 (cinco) anos é de 10%

Estádio III = com ulceração cutânea, fixação da lesão à parede torácica (mama) e linfonodos axilares > 2,5 cm ou linfonodos fixos, e edema de pele em pelo menos 1/3 da mama = sobrevida em 5 (cinco) anos é de 40%.

Estádio II e I = não caracteriza invalidez imediata, aguardar evolução em 5 (cinco) anos, encaminhando para RF ou mantendo em licença médica.

CRITÉRIOS DE APOSENTADORIA - NEO GÁSTRICO

Sobrevida de 05 anos após cirurgia segundo estadiamento de tumores gástricos (Kim, 1994).

Estádio I = sobrevida em 5 anos é de 90,7%,

Estádio II = sobrevida em 5 anos é de 64,5%,

Estádio III = sobrevida em 5 anos é de 33,4%,

Estádio IV = sobrevida em 5 anos é de 4,9%.

CRITÉRIOS DE APOSENTADORIA - NEO DE PRÓSTATA

Casos de diagnóstico fechado com metástase: Aposentadoria

Demais casos serão avaliados segundo os critérios de TNM, Antígeno Prostático específico (PSA) e Escala de Gleason.

Escala de Gleason: avalia a diferenciação das células neoplásicas.

De 02 a 04 Bem diferenciadas.

De 05 a 06 Moderadamente diferenciadas.

07 Pouco diferenciadas.

De 08 a 10 Indiferenciadas.

Quanto maior a diferenciação menor o grau de gravidade.

PSA: Será avaliado levando em conta sua variação crescente.

OBS: Os exames complementares devem ser exigidos sempre que o exame clínico, a anamnese e o relatório do médico assistente não forem suficientes.

Constituem exames complementares todos aqueles que podem subsidiar a conclusão diagnóstica, tais como Anátomo Patológico, Ultra-sonografia, Tomografia, Imuno - histoquímico e Ressonância Magnética.

9. PROTOCOLO PARA APOSENTADORIA DOS PORTADORES DE DOENÇAS NEUROLÓGICAS

A junta médica deve avaliar o servidor através de anamnese, o exame psíquico e físico, usando para conclusão diagnóstica os exames complementares que se fizerem necessários.

Patologias e seqüelas neurológicas que podem levar a aposentadoria por invalidez total e permanente:

A) Demências.

Entende-se por Demência um estado mental caracterizado por perda de habilidades intelectuais severas, que interferem com o funcionamento social e ocupacional.

Várias patologias neurológicas podem levar um indivíduo a demenciação, entre elas, as mais frequentes são:

- Demência de Alzheimer.
- Doença de Parkinson.
- Demência Vascular.
- Demência devido à ingestão tóxica.
- Demência devido à infecção.
- Demência devido à doença orgânica.

A avaliação dos portadores de Demência levará em consideração:

- o comprometimento das funções intelectuais - cognitivas;
- a gravidade, a persistência e a evolução;
- a refração aos meios habituais de tratamento;
- alterações completa ou considerável da personalidade;
- o comprometimento grave do juízo de valor de realidade, com deteriorização da auto-estima e do pragmatismo.

B) Paralisia Irreversível e Incapacitante.

Para efeitos de aposentadoria serão considerados portadores de paralisia aqueles que apresentarem incapacidade de contração voluntária de um músculo ou grupo de músculos, resultante de uma lesão orgânica de natureza destrutiva ou degenerativa a qual implica na interrupção de uma das vias motoras.

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 motilidade, a sensibilidade e a troficidade e que tornem o servidor total e permanentemente impossibilitado para qualquer trabalho.

As lesões ósteo-musculo-articulares e vasculares graves e crônicas são equiparadas às paralisias quando resultam em alterações extensas e definitivas das funções nervosas, da mobilidade e da troficidade, esgotados os recursos terapêuticos da medicina especializada e os prazos necessários à recuperação.

As paresias são equiparadas às paralisias quando resultam em alterações extensas das funções nervosas e da motilidade, esgotados os recursos terapêuticos da medicina especializada e os prazos necessários à recuperação.

Entende-se como paresias aquelas alterações em que ocorre perda da função motora (leve ou moderada) como diferenciado de paralisia que é a perda total.

A avaliação do servidor em relação à Paralisia Irreversível e Incapacitante deverá satisfazer as seguintes condições abaixo relacionadas:

1. Os portadores de paralisia irreversível e incapacitante diagnosticados e satisfeitos as condições conceituais especificadas acima, serão considerados total e permanentemente impossibilitados para qualquer trabalho.
 2. As juntas médicas deverão especificar em seus laudos os diagnósticos etiológicos e sindrômicos, caracterizando como condição indispensável o caráter definitivo e permanente da lesão.
 3. As juntas médicas deverão declarar entre parênteses, após enunciar o diagnóstico, a expressão "equivalente à Paralisia irreversível e incapacitante", quando concluírem pela invalidez dos inspecionados portadores das lesões citadas acima, satisfeitas todas as condições descritas.
 4. As seqüelas motoras de Acidente Vascular Cerebral (AVC) só serão consideradas como Paralisia Irreversível e Incapacitante, depois de transcorridos 02 anos ou na dependência de avaliação clínica com prognóstico fechado.
- C. Outras patologias neurológicas que acometam o sistema nervoso de forma incapacitante e permanente impossibilitando a atividade laborativa deverão conter os diagnósticos etiológico, anatômico e sindrômico e a caracterização da invalidez total e permanente para o trabalho.

Obs. Os exames complementares devem ser exigidos sempre que o exame clínico, a anamnese e o relatório do médico assistente não forem suficientes. Constituem exames complementares todos aqueles que podem subsidiar a conclusão diagnóstica, tais como: tomografia, RX, eletroneuromiografia, ressonância magnética e angiografia.

10. PROTOCOLO DE APOSENTADORIA PARA OS PORTADORES DE NEFROPATIAS.

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

Classificação:

Insuficiência Renal leve - classe I

filtração glomerular maior que 50mls por minuto.

creatinina sérica entre 1.4 e 3.5mgs%

Insuficiência Renal moderada - classe II

filtração glomerular entre 20 e 50 mls/m

creatinina sérica entre 1.4 e 3.5mgs%

Insuficiência Renal severa - classe III

filtração glomerular inferior a 20ml/m

creatinina serica acima de 3.5mgs%

As nefropatias que cursam com Insuficiência Renal moderada - classe II são enquadradas como Nefropatias Graves quando acompanhadas de sinais e sintomas que determinam a incapacidade laborativa do servidor.

As nefropatias que cursam com Insuficiência Renal severa - classe III são enquadradas como Nefropatia Grave.

As nefropatias com Insuficiência Renal, classe I deverão ser reavaliadas sobre o tratamento e capacidade laborativa no prazo de 01 ano.

Principais grupos de patologias que cursam com insuficiência renal e são capazes de produzir nefropatias graves:

- glomerulonefrites crônicas;
- vasculites;
- nefropatias diabética e hipertensivas, por irradiação, obstrutiva e hereditária;
- amiloidose renal;
- neoplasias;
- necroses (medular ou difusa);
- pielonefrite crônica;
- obstrução arterial e/ou venosa grave;
- nefrite intersticial crônica.

As juntas de inspeção deverão registrar o diagnóstico, identificar o tipo de nefropatia e etiologia possível desencadeante do quadro.

Obs: Os exames complementares devem ser exigidos sempre que a avaliação clínica, anamnese e exame físico não forem suficientes para conclusão pericial. Constituem

exames complementares, os exames laboratoriais - provas de função renal, anatomo - patológicos e de imagens.

Complementação dos protocolos técnicos dos exames admissionais publicados como Comunicado 006/SGP-G/2002 de 02/05/2002 no D.O.M. de 03/05/2002, pág. 239.

PROTOCOLO DE INGRESSO PARA CANDIDATOS COM DISTÚRBIOS DA VOZ

Fluxo e critérios a serem utilizados na avaliação de candidatos à função que prevê o uso constante da voz

O candidato é inicialmente avaliado por médico do trabalho, que ao detectar qualquer alteração na qualidade vocal do candidato solicitará avaliação (triagem) fonoaudiológica.

Confirmado o distúrbio da voz o candidato será encaminhado para avaliação otorrinolaringológica e fonoaudiológica completa.

O candidato será reavaliado num aspecto amplo visando a qualificação e quantificação das alterações encontradas em sua qualidade vocal. Em caso de necessidade será solicitado exame complementar.

A aptidão ficará a critério da decisão conjunta do médico otorrinolaringologista e fonoaudiólogo, após discussão da função pretendida e alteração encontrada.

Todos os candidatos com distúrbios na voz serão orientados para tratamento.

O candidato considerado inapto, terá possibilidade de recorrer em caráter inicial de reconsideração e posteriormente como recurso ; quando será submetido à nova avaliação otorrinolaringológica e fonoaudiológica.

São consideradas funções de risco aquelas que fazem uso constante da voz: professor, coordenador pedagógico e telefonista.

São exames complementares: nasofibrolaringoscopia, audiometria e avaliação acústica de voz.

PROTOCOLO PARA INGRESSO DE CANDIDATOS COM ALTERAÇÕES AUDITIVAS

O ingresso de candidato cuja função exija boa acuidade auditiva e/ou esteja exposto ao fator de risco ruído serão analisados sob os seguintes critérios:

1- Perdas Auditivas Condutivas ou Mistas:

a- Transitórias - serão aptos, exceto casos cirúrgicos uni ou bilaterais, que comprometam as frequências de 500, 1000 e 2000 hertz, acima de 45dB.

b- Definitivas - serão aptos os casos de seqüelas de Otite Média Crônica, uni ou bilateral, de caráter moderado (até 40dB), que não comprometam as frequências de 500, 1000 e 2000 hertz.

2- Perdas Auditivas Neurosensoriais:

a- Serão aptos os casos de perdas auditivas neurosensoriais classificáveis como sendo induzidas por ruído (PAIR), nas seguintes situações:

a1- Perdas auditivas uni ou bilaterais classificáveis no primeiro grau de Merlluzzi.

a2- Perdas auditivas unilaterais, classificáveis até o segundo grau de Merlluzzi.

b- Perdas auditivas neurosensoriais uni ou bilaterais, de caráter estável, com origem distinta daquela induzida por ruído e que não atinjam as frequências de 500, 1000 e 2000 hertz.

c- Perdas auditivas neurosensoriais uni ou bilaterais, de caráter estável, com origem distinta daquela induzida por ruído nas demais frequências, não superior ao limite de 45dB.

2- Serão Considerados Inaptos:

a- Perdas auditivas condutivas, mistas ou neurosensoriais, com origem em otosclerose.

b- Perdas auditivas uni ou bilaterais, classificáveis no terceiro grau ou mais de Merlluzzi.

c- Anacusias unilaterais, quando o ouvido contralateral possuir um nível de audibilidade normal (ouvido único).

São exames complementares: Audiometria tonal e vocal, Imitanciometria, Audiometria de Respostas Elétricas de Tronco Encefálico(BERA), Emissões Oto-Acústicas.

São consideradas funções que exigem boa acuidade auditiva e expostas ao fator de risco ruído: GCM e os operacionais que venham a exercer a atividade de motorista, operadores de máquinas (geral), agente de zoonoses e telefonistas.

PROTOCOLO DE OFTALMOLOGIA (adicional)

O candidato à função de risco na P.M.S.P. portador ou referindo história de estrabismo corrigido cirurgicamente deverá apresentar:

1- Agudeza visual em ambos os olhos, com ou sem correção, compatível com a função.

2- Teste ortóptico comprovando a existência de visão binocular e fusão.