



PREFEITURA DE  
MARÍLIA

# DIÁRIO OFICIAL MUNICÍPIO DE MARÍLIA

Ano XIV • nº 3317

[diariooficial.marilia.sp.gov.br](http://diariooficial.marilia.sp.gov.br)

Sábado, 05 de novembro de 2022.

## PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA

Daniel Alonso  
Prefeito Municipal

### DECRETOS

#### DECRETO NÚMERO 13836 DE 04 DE NOVEMBRO DE 2022

APROVA A NORMATIZAÇÃO DAS CONDUTAS MÉDICO-PERICIAIS NO SERVIÇO MUNICIPAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR - SMST, INTEGRANTE DA SECRETARIA MUNICIPAL DA ADMINISTRAÇÃO

DANIEL ALONSO, Prefeito Municipal de Marília, usando de atribuições legais, consoante o disposto nos arts. 4º e 164 da Lei Complementar nº 11, de 17 de dezembro de 1991, modificada posteriormente e, tendo em vista o que consta no Protocolo nº 36606/2021,

#### DECRETA:

**Art. 1º.** Fica aprovada a Normatização das Condutas Médico-Periciais no Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador - SMST, integrante da Secretaria Municipal da Administração, conforme especificado no Anexo deste Decreto.

**Art. 2º.** Este Decreto entra em vigor na data da sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Prefeitura Municipal de Marília, 04 de novembro de 2022.

DANIEL ALONSO  
Prefeito Municipal

Registrado na Secretaria Municipal da Administração, em 04 de novembro de 2022.

CÁSSIO LUIZ PINTO JUNIOR  
Secretário Municipal da Administração

/jcs



## PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA

Secretaria Municipal da Administração  
Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



### Estudo e proposta para normatização das condutas médico-periciais no SMST

1. Trata-se de estudo realizado junto ao Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador para adequação das condutas médica-periciais estando estas em congruência com a Literatura Médica, Conselho Federal de Medicina e o Instituto Nacional do Seguro Social - INSS; Conforme solicitação deste serviço.
2. Em função da pandemia do coronavírus no Brasil e em virtude de estar submetido ao isolamento em razão de doenças preexistentes crônicas, estou desempenhando minhas atividades profissionais junto ao SMST por teletrabalho, sendo este determinado pela chefia deste serviço em conjunto com a Secretaria Municipal de Administração.
3. Para este estudo utilizamos como literatura:
  - 3.a) Manual de perícia oficial em saúde do servidor público federal. 3.ed. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, Secretaria de Gestão de Pessoas e Relações de Trabalho no Serviço Público. Brasília MP, 2017 ;
  - 3.b) Manual de procedimentos em benefícios por incapacidade. Volume I Diretrizes de apoio à decisão médico-pericial em Ortopedia e Traumatologia. Diretoria de Saúde do Trabalhador. Brasilia dezembro de 2010 ;
  - 3.c) Manual de procedimentos em benefícios por incapacidade. Volume II Diretrizes de apoio à decisão médico-pericial em Psiquiatria. Diretoria de Saúde do Trabalhador. Brasilia dezembro de 2010 ;
  - 3.d) Manual de procedimentos em benefícios por incapacidade. Volume III Diretrizes de apoio à decisão médico-pericial em Clínica Médica (duas partes). Diretoria de Saúde do Trabalhador. Brasilia dezembro de 2010 (Parte 1) e maio de 2014 (Parte 2) ;
  - 3.e) Consulta a sitios eletrônicos de interesse, com sua referida referência descrita.
4. Nossa proposta, neste momento, se restringe a definir os parâmetros de afastamentos das principais doenças geradoras de licenças, afastamentos por motivos médicos, com base na Classificação Internacional de Doenças (CID) e na literatura de consulta descrita acima, sendo este estudo, alicerce para a criação do protocolo de perícia médica do Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador de Marília.
5. Os protocolos utilizados para este estudo foram elaborados por especialistas; Tratam-se de uma orientação técnica que visa conferir transparência aos atos de avaliação, na medida em que oferece parâmetros para a uniformização de critérios no deferimento de prazos para a concessão de licenças nas perícias em saúde dos servidores municipais de Marília. Os prazos estabelecidos correspondem a referências a serem utilizadas pelos peritos e podem sofrer alterações.
6. O perito deve considerar como preponderante na sua decisão o quadro clínico apresentado pelo servidor no momento da perícia e sua relação com a atividade real exercida junto à Prefeitura Municipal de Marília, sendo este estudo apenas uma diretriz de conduta para elaboração do Laudo Médico Pericial.

## PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA

Secretaria Municipal da Administração  
Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



7.b) De acordo com Irapuan Barros ; <https://portal.cfm.org.br/artigos/consideracoes-sobre-atestado-medico/> ; 2º secretário do Conselho Regional de Medicina do Estado de Alagoas ; Destacamos:

O novo código de ética médica, instituído pela Resolução CFM nº 1.931/2009, em vigor a partir de abril de 2010, traz várias alterações e acréscimos a respeito do tema:

Artigo 11. É vedado ao médico: receitar, atestar ou emitir laudos de forma secreta ou ilegível, sem a devida identificação de seu número de registro no Conselho Regional de Medicina da sua jurisdição, bem como assinar em branco folhas de receituários, atestados, laudos ou quaisquer outros documentos médicos.

Artigo 81. É vedado ao médico: atestar como forma de obter vantagens.

Artigo 82. É vedado ao médico: usar formulários de instituições públicas para prescrever ou atestar fatos verificados na clínica privada.

Artigo 91. É vedado ao médico: deixar de atestar atos executados no exercício profissional, quando solicitado pelo paciente ou por seu representante legal.

(...)

As resoluções do CFM nº 1.658/2002 e nº 1.851/2008 disciplinam sobre o conteúdo obrigatório do atestado médico:

- a) registrar os dados de maneira legível;
- b) o diagnóstico, quando expressamente autorizado pelo paciente;
- c) a conduta terapêutica;
- d) o prognóstico;
- e) as limitações (físicas ou mentais) que o paciente apresenta;
- f) os resultados dos exames complementares;
- g) especificar o tempo concedido de dispensa à atividade, necessário para a recuperação do paciente (o que pode ser acatado, ou não, pelo médico-perito);
- h) identificar-se como emissor, mediante assinatura e carimbo ou número de registro no Conselho Regional de Medicina.

7.c) De acordo com as resoluções do Conselho Federal de Medicina, pontuamos:

Resolução CFM N.º 1.658/2002, que normatiza a emissão de atestados médicos e dá outras providências; O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo decreto n.º 44.045, de 19 de julho de 1958, e CONSIDERANDO a necessidade de regulamentação de aspectos relacionados ao atestado médico;

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA**

**Secretaria Municipal da Administração**  
Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



CONSIDERANDO que o ser humano deve ser o principal alvo da atenção médica;

CONSIDERANDO o que preceitua a Lei n.º 605, de 05 de janeiro de 1949, no parágrafo 2º de seu artigo 6º, referindo-se à comprovação de doença;

CONSIDERANDO o que determina a Lei n.º 8.112, de 11 de dezembro de 1990, acerca de licença - para tratamento de saúde, licença à gestante, licença-paternidade, licença por acidente em serviço e licença por motivo de doença em pessoa da família;

CONSIDERANDO o definido no Decreto n.º 3.048/99, alterado pelos Decretos n.ºs 3.112/99 e 3.265/99, que aprova o Regulamento da Previdência Social e dá outras providências;

CONSIDERANDO os artigos 38, 44, 45 e 142 do Código de Ética Médica;

CONSIDERANDO que o artigo 8º do Código de Ética Médica determina que o médico não pode submeter-se a restrições ou imposições que possam prejudicar a eficácia e a correção de seu trabalho;

CONSIDERANDO que é vedado ao médico atestar falsamente sanidade ou atestar sem o exame direto do paciente;

CONSIDERANDO que o profissional que faltar com a verdade nos atos médicos atestados, causando prejuízos às empresas, ao governo ou a terceiros, está sujeito às penas da lei;

CONSIDERANDO que as informações oriundas da relação médico-paciente pertencem ao paciente, sendo o médico apenas o seu fiel depositário;

CONSIDERANDO que o ordenamento jurídico nacional prevê situações excludentes do segredo profissional;

CONSIDERANDO que somente os médicos e odontólogos têm a prerrogativa de diagnosticar enfermidades e emitir os correspondentes atestados;

CONSIDERANDO ser indispensável ao médico identificar o paciente ao qual assiste;

CONSIDERANDO as Resoluções CFM n.º 982/79, 1.484/97 e 1.548/99 e resoluções dos Conselhos regionais de Medicina dos estados de Goiás, Amazonas, Alagoas, Rio de Janeiro, São Paulo, Rio Grande do Norte, Minas Gerais, Bahia e Distrito Federal;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na Sessão Plenária de 13.12.2002,  
RESOLVE:

Art. 1º - O atestado médico é parte integrante do ato médico, sendo seu fornecimento direito inalienável do paciente, não podendo importar em qualquer majoração de honorários.

Art. 2º - Ao fornecer o atestado, deverá o médico registrar em ficha própria e/ou prontuário médico os dados dos exames e tratamentos realizados, de maneira que possa

## PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA

Secretaria Municipal da Administração  
Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



atender às pesquisas de informações dos médicos peritos das empresas ou dos órgãos públicos da Previdência Social e da Justiça.

Art. 3º - Na elaboração do atestado médico, o médico assistente observará os seguintes procedimentos:

- a) especificar o tempo concedido de dispensa à atividade, necessário para a completa recuperação do paciente;
- b) estabelecer o diagnóstico, quando expressamente autorizado pelo paciente;
- c) registrar os dados de maneira legível;
- d) identificar-se como emissor, mediante assinatura e carimbo ou número de registro no Conselho Regional de Medicina.

### Parágrafo único

Quando o atestado for solicitado pelo paciente ou seu representante legal para fins de perícia médica deverá observar:

- I - o diagnóstico;
- II - os resultados dos exames complementares;
- III - a conduta terapêutica;
- IV - o prognóstico;
- V - as consequências à saúde do paciente;
- VI - o provável tempo de repouso estimado necessário para a sua recuperação, que complementará o parecer fundamentado do médico perito, a quem cabe legalmente a decisão do benefício previdenciário, tais como: aposentadoria, invalidez definitiva, readaptação;
- VII - registrar os dados de maneira legível;
- VIII - identificar-se como emissor, mediante assinatura e carimbo ou número de registro no Conselho Regional de Medicina. (Redação aprovada pela Resolução CFM 1851/2008).

Art. 4º - É obrigatória, aos médicos, a exigência de prova de identidade aos interessados na obtenção de atestados de qualquer natureza envolvendo assuntos de saúde ou doença.

§ 1º - Em caso de menor ou interdito, a prova de identidade deverá ser exigida de seu responsável legal.

§ 2º - Os principais dados da prova de identidade deverão obrigatoriamente constar dos referidos atestados.

## PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA

Secretaria Municipal da Administração  
Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



Art. 5º - Os médicos somente podem fornecer atestados com o diagnóstico codificado ou não quando por justa causa, exercício de dever legal, solicitação do próprio paciente ou de seu representante legal.

Parágrafo único - No caso da solicitação de colocação de diagnóstico, codificado ou não, ser feita pelo próprio paciente ou seu representante legal, esta concordância deverá estar expressa no atestado.

Art. 6º - Somente aos médicos e aos odontólogos, estes no estrito âmbito de sua profissão, é facultada a prerrogativa do fornecimento de atestado de afastamento do trabalho.

§ 1º - Os médicos somente devem aceitar atestados para avaliação de afastamento de atividades quando emitidos por médicos habilitados e inscritos no Conselho Regional de Medicina, ou de odontólogos, nos termos do caput do artigo.

§ 2º - O médico poderá valer-se, se julgar necessário, de opiniões de outros profissionais afetos à questão para exarar o seu atestado.

§ 3º - O atestado médico goza da presunção de veracidade, devendo ser acatado por quem de direito, salvo se houver divergência de entendimento por médico da instituição ou perito.

§ 4º - Em caso de indício de falsidade no atestado, detectado por médico em função pericial, este se obriga a representar ao Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição.

Art. 7º - O determinado por esta resolução vale, no que couber, para o fornecimento de atestados de sanidade em suas diversas finalidades.

Art. 8º - Revogam-se as Resoluções CFM nºs 982/79, 1.484/97 e 1.548/99, e as demais disposições em contrário.

Art. 9º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação Brasília, 13 de dezembro de 2002 Edson de Oliveira Andrade Presidente ; Rubens dos Santos Silva Secretário-Geral.

<https://portal.cfm.org.br/noticias/resolucao-cfm-n-o-1-658-2002/>

<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2002/1658>

<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2008/1851>

8. Bom salientar que para fins de perícia médica o atestado médico deverá conter o diagnóstico e/ou CID correspondente para que o perito, em seu mister, tome sua decisão confrontando o quadro clínico apresentado pelo servidor no momento da perícia, as informações prestadas, o exame físico direcionado, os exames complementares apresentados e a relação deste diagnóstico com a atividade real exercida junto à Prefeitura Municipal de Marilia.

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA**  
**Secretaria Municipal da Administração**  
Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



9. O atestado médico deve ser fornecido com a data do efetivo atendimento prestado, sob pena de induzir a erro a pessoa ao qual deverá ser apresentado o documento, portanto é proibido atestado retroativo ou “pré datado.”

10. Destacamos na publicação “O Atestado Médico” do Dr. Roberto Luiz d’Avila, que o atestado médico deverá obedecer a alguns quesitos:

A. Ser elaborado e assinado pelo médico que examinou o assistido, com linguagem simples e clara; B. Omitir a revelação explícita do diagnóstico, salvo quando for caso de dever legal, justa causa ou pedido expresso do enfermo; C. O médico deverá estar inscrito no CRM da circunscrição em que houve a produção do documento e deverá estar em pleno gozo de suas prerrogativas profissionais; D. Há obrigação de constar a verdade; E. Todos atestados devem ser elaborados com clareza, concisão, legibilidade e sem rasuras; F. O número de dias deve ser escrito em algarismos árabicos com zero à esquerda e por extenso, para que os dolos possam ser evitados.

O atestado médico tem fé pública, ou seja, tem presunção de veracidade, é considerado verdadeiro até prova contrária. Atestar falsamente constitui falsidade ideológica e é passível de punição legal. A legislação pertinente dispõe, no Código Penal, em seu art. 302: - dar o médico, no exercício da sua profissão, atestado falso. Pena: detenção, de 01(um) mês a 01(um) ano e parágrafo único: se o crime é cometido com o fim de lucro, aplica-se também multa.

O atestado gracioso é aquele emitido sem que tenha ocorrido a respectiva assistência médica. O atestado falso é o que falta com a verdade. Todos os atestados devem ser a expressão da verdade sobre o que “foi” realizado com o doente, **não se admitindo o atestado pré-datado.** (grifo nosso)

[http://arquivos.cremesc.org.br/publicacao/Boletim\\_16\\_2009/HTML/files/assets/common/downloads/page0007.pdf](http://arquivos.cremesc.org.br/publicacao/Boletim_16_2009/HTML/files/assets/common/downloads/page0007.pdf)

11. Entendemos ser o procedimento para a perícia médica nas doenças especificadas em Lei:

11.a) O relato da avaliação pericial deverá conter:

Diagnóstico da enfermidade básica, inclusive o diagnóstico numérico, de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde;

Estágio evolutivo, quando couber;

Refratariedade ao tratamento.

11.b) O laudo pericial deverá conter:

O nome da doença por extenso, conforme especificado em lei;

A data de início da doença;

Se há necessidade de reavaliação e data de retorno quando couber.

## PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA

Secretaria Municipal da Administração  
Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



12. Doenças especificadas em Lei - Principais critérios de enquadramento:

### I - Alienação Mental.

Conceitua-se alienação mental como sendo todo quadro de transtorno psiquiátrico ou neuropsiquiátrico grave e persistente, no qual, esgotados os meios habituais de tratamento, haja alteração completa ou considerável da sanidade mental, comprometendo gravemente os juízos de valor e de realidade, bem como a capacidade de entendimento e de autodeterminação, tornando o indivíduo inválido para qualquer trabalho.

O indivíduo torna-se incapaz de responder por seus atos na vida civil, mostrando-se inteiramente dependente de terceiros no que tange às diversas responsabilidades exigidas pelo convívio em sociedade. O alienado mental pode representar riscos para si e para terceiros, sendo impedido, por isso, de qualquer atividade funcional.

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

### Critérios de Enquadramento.

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

- Seja grave e persistente;
- Seja refratária aos meios habituais de tratamento;
- Comprometa gravemente os juízos de valor e realidade, bem como a capacidade de entendimento e de autodeterminação;
- Torne o servidor inválido de forma total e permanente para qualquer trabalho.

### São Passíveis de Enquadramento.

- Esquizofrenias nos estados crônicos e residuais;
- Outras psicoses graves nos estados crônicos e residuais;
- Estados demenciais de qualquer etiologia (vascular, Alzheimer, doença de Parkinson, etc.);
- Retardos mentais graves e profundos.

## PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA

Secretaria Municipal da Administração  
Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



### **São Excepcionalmente Considerados Casos de Alienação Mental:**

- Transtornos afetivos ou do humor, quando comprovadamente cronificados e refratários ao tratamento, ou quando exibirem elevada frequência de repetição fásica, ou ainda, quando configurarem comprometimento grave e irreversível do funcionamento mental;
- Quadros epilépticos com sintomas psicóticos, quando caracterizadamente cronificados e resistentes à terapêutica, ou quando apresentarem elevada frequência de surtos psicóticos;
- Outros transtornos psicóticos orgânicos decorrentes de lesão e disfunção cerebral, quando caracterizadamente cronificados e refratários ao tratamento, ou quando configurarem um quadro irreversível de demência;
- Transtornos mentais decorrentes do uso de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) nas formas graves.

### **Quadros Não Passíveis de Enquadramento.**

- Transtornos da personalidade;
- Transtornos mentais decorrentes do uso de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) nas formas leves e moderadas;
- Retardos mentais leves e moderados;
- Transtornos relacionados ao estresse e somatoformes (reação de ajustamento, reação ao estresse);
- Transtornos mentais orgânicos agudos e transitórios (estados confusionais reversíveis);
- Transtornos neuróticos (mesmo os mais graves).

O laudo pericial deverá conter o nome da doença por extenso conforme especificado em lei bem como a data de início da doença e se há necessidade de reavaliação.

**Importante:** Acreditamos que os casos de Alienação Mental devem ser tratados em perícia conjunta ou seja, junta médica-pericial composta de dois ou mais peritos, incluindo parecer psicológico e social deste SMST principalmente nos casos dos Transtornos mentais decorrentes do uso de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas).

### **II - Cardiopatia Grave.**

Conceitua-se como cardiopatia grave, no âmbito médico-pericial, toda enfermidade que, em caráter permanente, reduz a capacidade funcional do coração a ponto de acarretar

## PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA

Secretaria Municipal da Administração  
Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



alto risco de morte prematura ou impedir o indivíduo de exercer definitivamente suas atividades, não obstante tratamento médico e/ou cirúrgico em curso.

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

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

### 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.

### Avaliação Pericial.

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

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

- Anamnese e exame físico do aparelho cardiovascular detalhados minuciosamente, incluindo teste da caminhada dos 6 min;
- Exames laboratoriais: hemograma, BNP, bioquímica, hormônios séricos, reações sorológicas, exame de urina e de fezes;
- Radiografias do tórax em AP e perfil;
- Eletrocardiograma de repouso;

## PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA

Secretaria Municipal da Administração  
Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



- Eletrocardiograma de esforço;
- Eletrocardiografia dinâmica - Holter 24hs;
- Mapeamento ambulatorial da pressão arterial - MAPA;
- Ecocardiografia bidimensional com Doppler de fluxos valvulares;
- Cintilografia miocárdica;
- Estudo hemodinâmico por cateterismo cardíaco;
- Estudo cineangiocoronariográfico por cateterismo cardíaco;
- Estudo eletrofisiológico;
- Tomografia computadorizada / Angiotomografia computadorizada;
- Ressonância magnética;
- Teste cardiopulmonar;
- Perfusion miocárdica por microbolhas;
- Ecodoppler das carótidas, etc.

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:

### A. Síndrome de insuficiência cardíaca congestiva.

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

### B. Síndrome de insuficiência coronariana.

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

Cinecoronarioventriculografia - Lesão de tronco de coronária esquerda>50%; lesões em três vasos, moderadas a importantes (>70% em 1/3 proximal ou médio) e, eventual-

## PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA

Secretaria Municipal da Administração  
Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



mente, 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.

Importante salientar os fatores de risco e condições associadas sendo: Idade >70 anos, hipertensão, diabetes, hiper-colesterolemia familiar, vasculopatia aterosclerótica importante em outros territórios, como carótidas, membros inferiores, renais, cerebrais.

### C. Síndromes de hipoxemia e/ou baixo débito sistêmico/cerebral secundários a uma cardiopatia.

### D. 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:

- Cardiopatias isquêmicas;
- Cardiopatias hipertensivas;
- Cardiomopatias primárias ou secundárias;
- Cardiopatias valvulares;
- Cardiopatias congênitas;
- Cor pulmonale crônico;
- Arritmias complexas e graves;
- Hipertensão arterial sistêmica com cifras altas e complicadas com lesões irreversíveis em órgãos-alvo: cérebro, rins, olhos e vasos arteriais.

### Critérios de Enquadramento.

A perícia médica irá se basear nos diagnósticos etiológico, anatômico e funcional (reserve cardíaca), na classe funcional e os elementos usados para a classificação, para o enquadramento legal da lesão incapacitante, e concluir pela existência ou não de cardiopatia grave.

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

## PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA

Secretaria Municipal da Administração  
Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



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

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

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

De modo geral, podem ser consideradas como cardiopatia grave:

- Síndrome de insuficiência cardíaca de qualquer etiologia que curse com importante disfunção ventricular (classes III e IV da NYHA);
- Síndrome de insuficiência coronariana crônica refratária à terapêutica sem indicação cirúrgica (classes II a IV da NYHA);
- Arritmias por bloqueios atrioventriculares de 2º e 3º graus, extrassistolias e/ou taquicardias ventriculares, síndromes braditaquicárdicas;
- Cardiopatias congênitas nas classes III e IV da NYHA, ou com importantes manifestações sistêmicas de hipoxemia;
- Cardiopatias várias, tratadas cirurgicamente (revascularização do miocárdio, próteses valvulares, implante de 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.

Observamos que a orientação na literatura referência é que 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 ou seja benefícios com revisão em dois anos.

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

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.

## PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA

Secretaria Municipal da Administração  
Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



O prazo de observação e tratamento supracitado também poderá ser dispensado nos servidores que apresentem fatores de risco e condições associadas, tais como: idade igual ou superior a 70 anos, hipertensão arterial, diabetes, hipercolesterolemia familiar, vasculopatia aterosclerótica importante em outros territórios (central, periférico), pacientes já submetidos à revascularização cardíaca e nos pós-infartados, mantendo-se os critérios do enquadramento anteriormente descritos para a invalidez.

Após um infarto do miocárdio, a avaliação de risco baseia-se em três fatores: percentagem de miocárdio isquêmico residual, extensão da disfunção ventricular esquerda e potencial arrítmico. 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, consequentemente, a categoria da gravidade da cardiopatia, pelo menos no momento da avaliação. Esse é o conceito dinâmico de "reversibilidade" da evolução das cardiopatias, que deixam de configurar uma condição de cardiopatia grave observada anteriormente.

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

O laudo pericial deverá conter o nome da doença por extenso conforme especificado em Lei bem como a data de início da doença e se há necessidade de reavaliação.

### III - Cegueira Posterior ao Ingresso no Serviço Público.

Cegueira é a condição de falta de percepção visual, devido a fatores fisiológicos ou neurológicos. Cegueira total ou Amaurose é a completa falta de percepção visual de forma e luz e é clinicamente registrada como NLP, uma abreviação para "no light perception" (sem percepção de luz - SPL). Cegueira é frequentemente usada para descrever a deficiência visual grave, com visão residual. Aqueles descritos como tendo apenas percepção de luz têm apenas a capacidade de diferenciar o claro do escuro e a direção de uma fonte de luz.

#### Situações equivalentes à Cegueira.

- 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;

## PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA

Secretaria Municipal da Administração  
Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



- Os casos de redução muito acentuada e irreversível do campo visual (visão tubular), igual ou inferior a 20° no melhor olho, comprovados por campimetria, e que motivem dificuldade de locomoção e de orientação espacial do indivíduo, exigindo a ajuda de terceiros.

### Graus de perda parcial da visão.

**Grau I:** quando a acuidade visual máxima em ambos os olhos e com a melhor correção óptica possível for inferior a 20/70 na escala de Snellen, e a mínima igual ou superior a 20/200 Snellen, bem como em caso de perda total da visão de um dos olhos quando a acuidade no outro olho, com a melhor correção óptica possível, for inferior a 20/50 na escala de Snellen;

**Grau II:** quando a acuidade visual máxima em ambos os olhos e com a melhor correção óptica possível for inferior a 20/200 Snellen, e a mínima igual ou superior a 20/400 Snellen;

**Grau III:** quando a acuidade visual máxima em ambos os olhos e com a melhor correção óptica possível for inferior a 20/400 Snellen, e a mínima igual ou superior a 20/1.200 Snellen e,

**Grau IV:** quando a acuidade visual máxima em ambos os olhos e com melhor correção óptica possível for inferior a 20/1.200 Snellen ou apresentar, como índice máximo, a capacidade de contar dedos à distância de um metro, e a mínima limitar-se à percepção luminosa.

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

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

A EV Eficiência Visual, conforme atabela Snell-Sterling da AMA - Associação Médica Americana, é a conjugação da Visão Central com a Periférica, medida em cada olho separadamente e avaliada por meio de três funções: Acuidade Visual, Campo Visual e Motilidade Ocular (medida do campo de diplopia e binocular). Mostra os percentuais úteis de visão, auxiliando assim na avaliação da incapacidade visual. Podemos calcular a EVB Eficiência Visual Binocular pela seguinte fórmula:

$$\text{EVB} = \frac{3 \times (\% \text{ EV do melhor olho}) + (\% \text{ EV do pior olho})}{4}$$

O quadro a seguir demonstra a equivalência das escalas usadas na avaliação da acuidade visual para longe e a eficiência visual Snell-Sterling.

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA**

**Secretaria Municipal da Administração**  
Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



Snellen	Decimal	Snell-Sterling % 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 - Incapacidade definitiva e invalidez por cegueira.**

- Perda total de visão (amaurose) nos dois olhos, sem percepção luminosa, determinada por afecção crônica, progressiva e irreversível, com base em parecer especializado – Cegueira Total.
- 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.
- Serão considerados portadores de deficiência visual comparável à cegueira os servidores que apresentarem acuidade visual no melhor olho, de 20/200 (0,1), esgotados os meios ópticos e cirúrgicos para correção ou campo visual igual ou inferior a 20 graus (campo tubular), ou ocorrência de ambos, não suscetível de correção óptica, nem removível por tratamento médico cirúrgico, com base em parecer especializado – considerado Cegueira Legal.

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

## PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA

Secretaria Municipal da Administração  
Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



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

Somente a cegueira adquirida posterior ao ingresso do servidor no cargo constitui motivo para aposentadoria por invalidez permanente. É necessário ter atenção para servidores que entram no serviço público com graves deficiências visuais ou mesmo cegos, que, no caso de agravamento, poderão pleitear aposentadoria.

Nesse caso, deve-se reportar ao exame de admissão para se ter um parâmetro de avaliação da condição atual.

### IV - Doença de Parkinson.

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

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

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 regredir 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

## PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA

Secretaria Municipal da Administração  
Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



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 Doença de Parkinson é fundamentada na pontuação expressa na tabela de Webster (Parkinson's Disease Rating Scale) criada em 1968 [Webster DD. Clinical analysis of the disability in Parkinson's disease. Mod Treat 1968; 5: 257-82] e composta de 10 itens que avaliam a bradicinesia manual, rigidez, postura, balanceio de membros superiores, marcha, tremor, face, seborréia, fala e cuidados pessoais [Henderson L, Kennard C, Crawford TJ, Day S, Everitt BS, Goodrich S et al. Scales for rating motor impairment in Parkinson's disease: studies of reliability and convergent validity. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1991; 54: 18-24 & Webster DD. Clinical analysis of the disability in Parkinson's disease. Mod Treat 1968; 5: 257-82].

### TABELA DE WEBSTER PARA AVALIAÇÃO DA DOENÇA DE PARKINSON

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 grave do uso da supinação-pronação, incapaz de escrever ou abotoar as roupas. Dificuldade acentuada no manuseio de utensílios	2
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.	3

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

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA**

**Secretaria Municipal da Administração**  
Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



**Postura**

Postura normal. Cabeça fletida para a frente, menos que 10cm.	0
Começando a apresentar coluna de atiçador. Cabeça fletida para a frente, mais de 12cm.	1
Começando a apresentar flexão de braço. Cabeça fletida para a frente mais de 15cm. Um ou ambos os braços elevados, mas abaixo da linha da cintura.	2
Início da postura simiesca. Cabeça fletida para a frente mais de 15cm. Uma ou ambas as mãos elevadas, acima da linha da cintura. Flexão aguda da mão. Começando a extensão inter-falangeana. Começando a flexão dos joelhos.	3

**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

**Marcha**

Passos bons com passada de 40 a 75cm. Faz giro sem esforço.	0
Marcha encratada para a passada com 30 a 45cm. Começando a bater um calcanhar faz giro lentamente. Requer vários passos.	1
Passada moderadamente encratada agora com 15 a 30cm. Os dois calcanhares começam a bater no solo forçadamente.	2
Início da marcha com interrupções, passos com menos de 7cm. Ocasionalmente, a marcha apresenta um tipo de bloqueio como “gaguejar”. O paciente anda sobre os artelhos e faz os giros muito lentamente.	3

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA**

**Secretaria Municipal da Administração**  
Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



Tremor	
Sem tremor detectado	0
Observado movimento de tremor com menos de 2,5 cm, de pico a pico, 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 auto- alimentação são impossíveis.	3

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

Seborréia	
Nenhuma	0
Aumento da perspiração. A secreção permanece fina.	1
Oleosidade óbvia presente. Secreção mais espessa.	2
Seborréia acentuada. Toda a face e a cabeça cobertas por uma secreção espessa.	3

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA**

**Secretaria Municipal da Administração**  
Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



--	--

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

Cuidados pessoais	
Sem comprometimento.	0
Ainda capaz de todos os cuidados pessoais, mas, a velocidade com que se veste, torna-se um 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 estes problemas designando mais tempo para cada atividade.	2
Continuamente incapacitado. Incapaz de vestir-se, alimentar-se ou andar sozinho.	3

A pontuação de cada item varia de 0 a 3, sendo que a obtenção de um escore total entre 1 e 10 refere-se à fase inicial da doença, indicando os primeiros sinais de comprometimento. O escore de 11 a 20 corresponde a uma incapacidade moderada e, de 21 a 30, a doença mais avançada ou grave [Webster DD. *Clinical analysis of the disability in Parkinson's disease. Mod Treat 1968; 5: 257-82* ].

**Resultado Total:**      01 - 10 Início da doença  
                                11 - 20 Incapacidade moderada  
                                21 - 30 Doença grave ou avançada

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

## PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA

Secretaria Municipal da Administração  
Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



- Quando as manifestações clínicas e a evolução da doença determinarem o impedimento ao desempenho das atividades laborativas e realização das atividades normais da vida diária;
- Com base na pontuação da tabela de Webster, todos os que apresentarem doença grave ou avançada. Os portadores de incapacidade moderada serão avaliados considerando-se a condição clínica e sua atividade laboral;
- Quando não for possível o controle terapêutico da enfermidade;
- A perícia não deverá enquadrar como incapazes definitivamente para o serviço ativo os portadores de parkinsonismo secundário ao uso de medicamentos quando, pela supressão destes, houver regressão e desaparecimento do quadro clínico;
- O laudo pericial deverá conter o nome da doença por extenso conforme especificado em lei bem como a data de início da doença e se há necessidade de reavaliação.

### V - Esclerose Múltipla.

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

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

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

## PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA

Secretaria Municipal da Administração  
Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



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 por meio 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:

- Exame do líquido cefalorraquidiano: anormal em até 55% dos casos;
- Ressonância magnética: é a técnica mais sensível, podendo mostrar as placas;
- 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.

O laudo pericial deverá conter o nome da doença conforme especificado em lei bem como a data de início da doença e se há necessidade de reavaliação.

### VI - Espondilite Anquilosante.

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

O processo geralmente se inicia pelas articulações sacroiliácas 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.

## PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA

Secretaria Municipal da Administração  
Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



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

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

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

### Critérios de Enquadramento.

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

A perícia, ao firmar seus laudos, deverá fazer constar:

- O diagnóstico nosológico;
- A citação expressa da existência da anquilose da coluna vertebral;
- 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:

- Comprovação radiológica de anquilose ou do comprometimento da coluna vertebral e bacia (articulações sacroiliácas);
- Cintilografia óssea;
- Teste sorológico específico HLA-B27;
- Tomografia computadorizada de articulações sacroiliácas e coluna.

O laudo pericial deverá conter o nome da doença conforme especificado em lei bem como a data de início da doença e se há necessidade de reavaliação.

### VII - Estados Avançados do Mal de Paget.

O Mal de Paget é uma afecção óssea crônica, caracterizada por deformações ósseas de evolução lenta e progressiva, de etiologia desconhecida, geralmente assintomática e

## PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA

Secretaria Municipal da Administração  
Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



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:

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

- Lesões ósseas generalizadas, deformidades ósseas, osteoartrites secundárias, fraturas espontâneas e degeneração maligna (sarcoma osteogênico, fibrossarcoma e sarcoma de células redondas);
- Complicações neurológicas e sensoriais: surdez, perturbações olfativas e neuralgia;
- 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 (osteite 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 monostólicas 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 complicações que determinou a incapacidade e os exames subsidiários que comprovem o diagnóstico.

### Exames subsidiários elucidativos e indispensáveis:

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

## PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA

Secretaria Municipal da Administração  
Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



### VIII - Hanseníase.

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

#### Sinais Cardinais da Hanseníase:

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

#### A hanseníase pode ser classificada nas seguintes formas clínicas:

1. Paucibacilares (PB) Casos com até cinco lesões de pele e bacilosscopia negativa; tratamento de seis meses;
  - Indeterminada (I);
  - Tuberculóide (T);
2. Multibacilares (MB) Casos com mais de cinco lesões de pele; tratamento de 24 meses. A bacilosscopia de pele (esfregaço intradérmico), quando disponível, deve ser utilizada como exame complementar para a classificação dos casos em PB ou MB. A bacilosscopia positiva classifica o caso como MB, independentemente do número de lesões.
  - Dimorfa (D);
  - Virchowiana (V);
  - Não Especificada (NE).

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

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

#### Formas Clínicas de Hanseníase - Classificação de Madri

##### 1. Hanseníase Indeterminada (HI) CID A30. 0

Considerada a primeira manifestação clínica da hanseníase, assim classificada porque na ausência de tratamento pode evoluir para a forma tuberculóide ou para a virchowiana;

## PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA

Secretaria Municipal da Administração  
Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



### 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 hipocrônicas, 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 Hansônica e Neurites:

O 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:

- Face - trigêmeo e facial ;
- Braços - radial, ulnar e mediano ; e
- Pernas - fibular comum e tibial.

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	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: lagofálico e/ou ectrópio; triquiasis; opacidade corneana central; acuidade visual menor que 0,1 ou incapacidade de contar dedos a 6cm de distância. Mãos: lesões tróficas e/ou lesões traumáticas; garras; reabsorção; mão caída. Pés: lesões tróficas e/ou lesões traumáticas; garras; reabsorção; pé caído;

## PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA

Secretaria Municipal da Administração  
Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



contratura do tornozelo.

Obs.: 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.
Diminuída	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)

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

Todos os servidores portadores de hanseníase deverão permanecer sob rigoroso controle médico e submeter-se a exames periódicos, determinados pela clínica especializada.

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

- Manifestarem surtos reacionais frequentes durante o tratamento ou após a cura;

## PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA

Secretaria Municipal da Administração  
Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



- Manifestarem dor neuropática;
- Tiverem que se submeter a tratamento de descompressão neural cirúrgica de neurites;
- Necessitarem submeter-se a tratamento cirúrgico de reabilitação de deficiências na face, nariz, olhos, mãos e pés;
- 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.

Serão considerados inválidos aqueles classificados no grau 2 da tabela de incapacidade física e nos graus 0 e 1 da tabela de exploração da força muscular. As demais situações clínicas dependerão da correlação com as atividades laborais.

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

O laudo pericial deverá conter o nome da doença conforme especificado em lei bem como a data de início da doença e se há necessidade de reavaliação.

### IX - Nefropatia Grave.

Define-se como nefropatia grave o comprometimento em caráter transitório ou permanente da função renal a ponto de ocasionar grave insuficiência renal e/ou acarretar risco à vida, ocasionado por enfermidade de evolução aguda ou crônica, de qualquer etiologia. Na avaliação da gravidade da nefropatia e do grau de incapacidade que pode acarretar, deverão ser levados em consideração:

- Os sintomas clínicos; e
- As alterações bioquímicas.

### Alterações Clínicas.

- Ectoscópicas - palidez amarelada, edema, hemorragia cutânea e sinais de prurido;
- Cardiovasculares - pericardite sero-fibrinosa, hipertensão arterial e insuficiência cardíaca;
- Gastrointestinais - soluço, língua saburrosa, hálito amoniacial, náuseas, vômitos, hemorragias;
- Digestivas - diarreia ou obstipação;
- Neurológicas - cefaleia, astenia, insônia, lassidão, tremor muscular, convulsões e coma;

## PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA

Secretaria Municipal da Administração  
Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



- Oftalmológicas - retinopatia hipertensiva e retinopatia arteriosclerótica;
- Pulmonares - pulmão urêmico e derrame pleural;
- Urinárias - nictúria.

### Alterações nos exames laboratoriais.

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

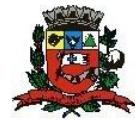
### Alteração nos exames por imagem.

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

### 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 D.R.Crônica Ausência de lesão renal
1	> 90	0,6 - 1,4	Função renal normal Presença de lesão renal
2	60 - 89	1,5 - 2,0	I.R. leve ou funcional
3	30 - 59	2,1 - 6,0	I.R. moderada ou laboratorial
4	15 - 29	6,1 - 9,0	I.R. grave ou clínica
5	< 15	> 9,0	I.R. terminal ou pré-dialítica

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA**  
**Secretaria Municipal da Administração**  
Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



\*Dr. João Egídio Romão Júnior SBN ; HC-FMUSP e Hospital da Beneficência Portuguesa de São Paulo.

**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.

São consideradas nefropatias graves:

- As nefropatias incluídas no Estágio 3, desde que o periciado apresente sintomas e sinais que estejam produzindo incapacidade laborativa;
- As nefropatias incluídas nos Estágios 4 e 5.

**Critérios de Enquadramento.**

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

As nefropatias que cursam com insuficiência renal moderada, Estágio 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, Estágios 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.

O laudo pericial deverá conter o nome da doença conforme especificado em lei bem como a data de início da doença e se há necessidade de reavaliação.

**X - Neoplasia Maligna.**

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

**Avaliação Diagnóstica e Estadiamento**

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

- Exame clínico especializado;
- Exames radiológicos;
- Exames ultrassonográficos;

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA**  
**Secretaria Municipal da Administração**  
Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



- Exames de tomografia computadorizada;
- Exames de ressonância nuclear magnética;
- Exames cintilográficos;
- Exames endoscópicos;
- Pesquisa de marcadores tumorais específicos;
- Biópsia da lesão com exame histopatológico;
- Exames citológicos;
- Exames de imunohistoquímica;
- Estudos citogenéticos em casos específicos

O diagnóstico depende da comprovação por meio de exames complementares e o prognóstico é determinado pelo grau de malignidade da neoplasia, que é 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;
- Estatísticas de morbidade e mortalidade de cada tipo de neoplasia.

**A avaliação pericial objetiva comprovar:**

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

## PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA

Secretaria Municipal da Administração  
Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



### 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:

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

A perícia deverá citar no registro da avaliação pericial:

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

Os servidores que são 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, por seu caráter não invasivo, não metastático, e de excelente prognóstico não se enquadra nesta situação. As neoplasias que apresentarem comportamento similar devem ser tratadas da mesma forma.

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.

## PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA

Secretaria Municipal da Administração  
Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



O laudo pericial deverá conter o nome da doença conforme especificado em lei bem como a data de início da doença e se há necessidade de reavaliação.

### XI - Paralisia Irreversível e Incapacitante.

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

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

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

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

#### Classificação.

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

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

#### Critérios de Enquadramento.

## PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA

Secretaria Municipal da Administração  
Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



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

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

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

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

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

O laudo pericial deverá conter o nome da doença conforme especificado em lei bem como a data de início da doença e se há necessidade de reavaliação.

### XII - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS).

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Sida/Aids) é a manifestação mais grave da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), caracterizando-se por uma imunodeficiência grave que se manifesta clinicamente através do aparecimento de doenças oportunistas, neoplasias malignas ou lesões neurológicas associadas ao HIV.

A infecção pelo HIV em adultos pode ser classificada de acordo com as manifestações clínicas e a contagem de linfócitos T-CD4 conforme descrito a seguir. Quanto às manifestações clínicas, os indivíduos pertencem às seguintes categorias:

Categoria “A”:

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

Categoria “B”: indivíduos com sorologia positiva para o HIV, sintomáticos, com as seguintes condições clínicas:

## PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA

Secretaria Municipal da Administração  
Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



- Angiomatose bacilar;
- Candidíase vulvovaginal persistente, de mais de um mês, que não responde ao tratamento específico;
- Candidíase orofaringeana;
- 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:

- Candidíase esofágica, traqueal ou brônquica;
- Criptococose extrapulmonar;
- Câncer cervical uterino;
- Retinite, esplenite ou hepatite por citomegalovírus;
- Herpes simples mucocutâneo com mais de um mês de evolução;
- Histoplasmose disseminada;
- Isosporíase crônica;
- Micobacteriose atípica;
- Tuberculose pulmonar ou extrapulmonar;
- Pneumonia por *P. carinii*;
- Pneumonia recorrente com mais de dois episódios em um ano;
- Bacteremia recorrente por bactérias do gênero “salmonella”;
- Toxoplasmose cerebral;
- Leucoencefalopatia multifocal progressiva;
- Criptosporidiose intestinal crônica;
- Sarcoma de Kaposi;
- Linfoma de Burkitt, imunoblástico ou primário de cérebro;

## PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA

Secretaria Municipal da Administração  
Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



- Encefalopatia pelo HIV;
- Síndrome consumptiva pelo HIV (perda de peso involuntária superior a 10% do peso habitual do paciente, excluída a tuberculose como causa básica);
- Reativação de doença de Chagas (meningoencefalite e/ou miocardite).

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

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

Critérios para enquadramento utilizando-se tabela de associação das categorias clínicas com os grupos de contagem de linfócitos T CD4 - Classificação Clínica e laboratorial.

Grupos	Linf.T CD4	Categorias Clínicas		
		A	B	C
1	> 500 / mm <sup>3</sup>	A1	B1	C1
2	200-499 / mm <sup>3</sup>	A2	B2	C2
3	< 200 / mm <sup>3</sup>	A3	B3	C3

Serão considerados incapazes definitivamente para o serviço os servidores classificados nas categorias A3, B3 e C (todos).

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.

Observamos nas Diretrizes de Clínica Médica com base na Lei nº 8.213, de 24 de julho de 199142, Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 19992, Instrução Normativa PRES/INSS nº45, de 6 de agosto de 201043 e respectivas atualizações, sendo tabela adaptada a nossa realidade.

Situação	Considerações	Conclusão
----------	---------------	-----------

## PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA

Secretaria Municipal da Administração

Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



Infecção retroviral aguda assintomática	Não requer afastamento.	Ausência de Incapacidade.
Indivíduo Assintomático, em uso de TARV	A necessidade ou não de afastamento está na dependência do grau de exigências físicas e psíquicas para a atividade exercida. Em geral não requer afastamento.  Se necessária adaptação à TARV, poderá ser afastado por curto prazo.	Ausência de Incapacidade.  30 a 60 dias e reavaliar o caso.
Indivíduo Assintomático, CD4 < 200 células/mm <sup>3</sup> (já em uso de TARV)	Recomenda-se afastamento temporário, por 90 dias, na dependência da atividade exercida, até a melhora imunológica pela instituição da TARV (contagem de CD4 ultrapassar, no mínimo, o limite de 200 células/mm <sup>3</sup> )  Este prazo poderá ser estendido se a atividade laboral envolver risco biológico ou se não houver resposta imunológica no período.	90 dias reavaliar o caso.
Indivíduo com incapacidade temporária em decorrência da síndrome, comorbidade(s), sequelas, efeitos adversos medicamentosos e/ou fatores pessoais ou barreiras psicosociais graves.	Afastamento por 90 dias, na dependência da resposta às intervenções.  O prazo inicial de afastamento poderá ser superior ao estabelecido acima ou posteriormente ser estendido, conforme a gravidade e intensidade da situação incapacitante.	90 dias reavaliar o caso.
Indivíduo com incapacidade temporária, porém prolongada, em decorrência da síndrome, apresentando comorbidade(s), sequelas, efeitos adversos medicamentosos e/ou fatores pessoais e/ou barreiras psicosociais graves, com possibilidade futura de retorno à mesma atividade ou à atividade diversa.  Pensar em afastamento por até 2 (dois) anos, com avaliações trimestrais.		

Após os dois anos de licença médica, caso permaneçam incapacitados para retorno ao trabalho, os servidores serão aposentados.

### XIII - Tuberculose.

A tuberculose (TB) é uma doença infectocontagiosa de notificação compulsória causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, que pode acometer uma série de órgãos e/ou sistemas, possuindo predileção pelo pulmão. A evolução após o contato com o bacilo depende do hospedeiro. A suscetibilidade à infecção é praticamente universal, a maioria das pessoas resiste ao adoecimento após a primo-infecção e desenvolve imunidade parcial à doença. No entanto, alguns bacilos permanecem vivos, embora bloqueados pela reação inflamatória do organismo.

Fatores relacionados à competência do sistema imunológico podem aumentar o risco de adoecimento. Entre estes, destacam-se a infecção pelo HIV, doenças ou tratamentos imunodepressores, idade menor do que 2 anos ou maior do que 60 anos e desnutrição.

## PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA

Secretaria Municipal da Administração  
Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



O maior risco de adoecimento se concentra nos primeiros dois anos após a primo infecção, mas o período de incubação pode se estender por muitos anos e mesmo décadas.

### Classificação:

A - Indivíduo sem tuberculose latente ou ativa

Ocorre quando o indivíduo não possui exposição à TB nem infecção tuberculosa ou quando indivíduo com história de exposição à TB, porém, sem evidência de TB doença (Prova tuberculínica negativa);

B - Infecção latente por tuberculose

Ocorre quando a pessoa teve contato com TB recentemente, mas não desenvolveu a doença ativa. Cerca de 5% das pessoas não conseguem impedir a multiplicação e adoecem na sequência da primo-infecção. Outros 5%, apesar de bloquearem a infecção nesta fase, adoecem posteriormente por reativação desses bacilos ou em consequência da exposição a uma nova fonte de infecção.

C - Tuberculose Ativa

Ocorre quando o indivíduo apresenta TB comprovada laboratorialmente (bacilosscopia e/ou cultura), ou em casos de grande suspeita clínica e radiológica, podendo ter um diagnóstico presuntivo baseado em dados clínico-epidemiológicos após outros tratamentos antimicrobianos sem resultado.

### Classificação da Tuberculose Ativa conforme o local de acometimento:

C-1 Tuberculose Pulmonar - Tuberculose que acomete em algum momento o pulmão. Pode ser primária, pós-primária (ou secundária) e TB miliar. Os sintomas mais frequentes são tosse persistente, produtiva ou não (com muco e eventualmente sangue), febre vespertina, sudorese noturna e emagrecimento.

- TB primária: Ocorre comumente após a primo-infecção, mais comum em crianças;
- TB pós-primária: Ocorre por reativação de uma infecção anterior, pode ocorrer em qualquer idade, mas é mais comum no adolescente e adulto jovem;
- TB miliar: É uma Tuberculose generalizada. Ocorre por reativação de uma infecção anterior geralmente em pacientes imunodeprimidos graves. A denominação é vinculada ao aspecto radiológico pulmonar. Apresentação mais comum em crianças e adultos jovens.

## PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA

Secretaria Municipal da Administração  
Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



**C-2 Tuberculose extrapulmonar:** Ocorre quando acomete outro órgão que não o pulmão, podendo este também estar acometido conjuntamente, mas não sendo uma obrigatoriedade.

- TB pleural: Acometimento da pleura por Tuberculose, geralmente a forma pulmonar se encontra associada. É a forma mais comum extrapulmonar em pacientes não infectados pelo HIV e é mais frequente em jovens. Cursa com dor torácica pleurítica, astenia, emagrecimento. A anorexia ocorre em 70% dos casos, febre e tosse seca em 60%.
- Empiema pleural por TB: Consequência da ruptura de uma cavidade tuberculosa para o espaço pleural e por isso, além de líquido no espaço pleural, muitas vezes ocorre também pneumotórax secundário. Clinicamente é indistinguível de um empiema pleural por bactéria comum.
- TB ganglionar periférica: É a forma mais frequente de TB extrapulmonar em pacientes infectados pelo HIV e crianças, sendo mais comum abaixo dos 40 anos. As localizações mais frequentes são as mediastínicas e nos gânglios periféricos da região cervical anterior e posterior, além de supraclavicular. Os gânglios podem apresentar-se endurecidos ou amolecidos, aderentes entre si e aos planos profundos, podendo evoluir para flutuação e/ou fistulização espontânea, com inflamação da pele adjacente.
- TB meningoencefálica: É responsável por 3% dos casos de TB em pacientes HIV soronegativos e por 10% dos casos em pacientes HIV soropositivos. Meningite basal exsudativa é a apresentação clínica mais comum e é mais frequente em crianças abaixo dos 6 anos de idade. Clinicamente pode ser subaguda ou crônica (sinais e sintomas com duração superior a 4 semanas). Na forma subaguda cursa com cefaléia holocraniana, irritabilidade, alterações do comportamento, sonolência, anorexia, vômitos e dor abdominal associados à febre, fotofobia e rigidez de nuca. Na forma crônica o paciente evolui com várias semanas de cefaleia até que o acometimento dos pares cranianos faz o médico suspeitar de meningite crônica.
- TB pericárdica: É o acometimento do pericárdio pela TB. Geralmente tem apresentação clínica subaguda e na maior parte das vezes não se associa à TB pulmonar, embora possa ocorrer simultaneamente a TB pleural. Os principais sintomas são dor torácica, tosse seca e dispneia.
- TB óssea: É mais comum em crianças ou em pessoas entre a quarta e quinta décadas de vida. Atinge mais a coluna vertebral e a articulação coxofemoral e do joelho, embora possa ocorrer em outros locais. Quando atinge a coluna vertebral (mal de Pott), afeta mais comumente a coluna torácica baixa e lombar.
- No Mal de Pott, além dos sinais clínicos de dor e infecção geral observa-se 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 deve-se usar como meios auxiliares os exames radiológicos, biópsias ganglionares e punção de abscessos, sempre tentando a

## PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA

Secretaria Municipal da Administração  
Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



confirmação bacteriológica das lesões. O quadro clínico é a tríade dor lombar, dor à palpação da coluna vertebral e sudorese noturna.

- TB renal e outras: O sintoma clínico mais comum é a hematuria. O diagnóstico etiológico da atividade e da cura do comprometimento renal pela TB é realizado por meio de exames bacteriológicos e a confirmação da presença do *Mycobacterium tuberculosis* associada ao exame radiológico que revela lesões nos cálices, nos bacinetes e /ou ureteres. A possibilidade dessa forma de TB levar à incapacidade definitiva está relacionada ao grau de comprometimento da função excretora renal (insuficiência renal) e deve assim ser considerada.
- Outras formas de TB extrapulmonar: A Tuberculose também pode acometer outros órgãos e sistemas, como é o caso de TB cutânea. O diagnóstico desses casos geralmente é difícil, exigindo alta suspeição clínica auxiliada por exames complementares. Esses casos são raros, devendo ser seguidos de forma individualizada.

### Diagnóstico da Tuberculose.

O diagnóstico clínico da TB se dá através da presença de sinais e sintomas típicos, sendo os mais frequentes tosse persistente, produtiva ou não (muco e eventualmente sangue), febre vespertina, sudorese noturna e emagrecimento. A sintomatologia pode variar conforme o órgão acometido e o grau de imunodepressão do paciente.

O diagnóstico bacteriológico - pesquisa bacteriológica é de importância fundamental em adultos, tanto para o diagnóstico quanto para o controle de tratamento. A bacilosкопia direta é o método mais simples e seguro para o diagnóstico e deve ser solicitada em todos os casos.

A cultura para micobactérias é um método de elevada especificidade e sensibilidade no diagnóstico da TB. Nos casos pulmonares com baciloscopy negativa, a cultura do escarro pode aumentar em até 30% o diagnóstico bacteriológico da doença. Quando associada ao teste de sensibilidade a antimicrobianos permite identificação de cepas de micobactérias resistentes ao tratamento habitual.

### Diagnóstico radiológico e a classificação das lesões conforme imagem.

- **Tuberculose Primária** - Pode apresentar-se radiologicamente como um foco pulmonar e/ou um foco linfonodal satélite. O foco pulmonar habitualmente corresponde a pequena opacidade parenquimatosa, frequentemente unifocal, acometendo mais os lobos superiores, na infância, e os lobos médio e inferior, nos adultos.

Pode ocorrer compressão extrínseca de via aérea pela linfonodomegalia com consequente atelectasia (epituberculose). Os segmentos mais comprometidos são o anterior dos lobos superiores e o medial do lobo médio (síndrome do lobo médio). A TB primária pode ainda se apresentar sob a forma de derrame pleural (raro na infância).

## PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA

Secretaria Municipal da Administração  
Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



O aspecto miliar na radiografia de tórax pode ocorrer tanto na TB primária quanto na TB pós-primária e corresponde a um quadro de disseminação hematogênica da doença. Apresenta-se como pequenas opacidades nodulares medindo de 1mm-3mm de diâmetro, distribuídas de forma simétrica em até 90% dos casos. Pode haver associação com opacidades parenquimatosas em até 40% dos casos, em crianças. Linfonodomegalias são observadas em 95% das crianças e em cerca de 10% dos adultos.

- **Tuberculose pós-primária** - Pequenas opacidades de limites imprecisos, imagens segmentares ou lobares de aspecto heterogêneo, pequenos nódulos e/ou estrias são aspectos sugestivos de TB pós-primária ou secundária. A evolução das imagens é lenta e a localização típica é feita nos segmentos posteriores dos lobos superiores e nos segmentos superiores dos lobos inferiores de um ou ambos os pulmões. Cavitação única ou múltipla, geralmente sem nível hidroaéreo, com diâmetro médio de 2 cm e que não costuma ultrapassar 5 cm é muito sugestiva, embora não exclusiva, de TB. Outras formas menos comuns de apresentação radiológica de TB pulmonar são a forma nodular (única ou múltipla), que simula a doença maligna, e a cavitação localizada atípicamente em lobo inferior, simulando abscesso pulmonar. O aspecto miliar pode ocorrer, assim como na TB primária.
- **Tuberculose secundária** - Não há linfonodomegalia hilar satélite, entretanto, em pacientes infectados pelo HIV em fase avançada de imunossupressão, isso pode ocorrer. Deve ser lembrado que as manifestações radiográficas da TB associada ao HIV dependem do grau de imunossupressão do indivíduo. Aqueles com contagem de linfócitos CD4+ abaixo de 200 células/mm<sup>3</sup> apresentam mais comumente manifestações atípicas, podendo a radiografia de tórax ser normal em até 20% dos casos.
- **Sequela de TB** - Radiologicamente a sequela de TB se apresenta como nódulos pulmonares densos, com calcificação visível ou não, podem ser vistos em lobos superiores e região hilar. Estes nódulos podem ser acompanhados de cicatriz fibrótica que geralmente cursa com perda volumétrica do lobo. Espessamento pleural, uni ou bilateral, pode também ser visualizado. Bronquiectasias dos lobos superiores são também um achado comum da sequela de TB, embora inespecífico.

### Diagnóstico com prova tuberculínica.

A prova tuberculínica (PT) consiste na inoculação intradérmica de um derivado proteico do *M. tuberculosis* para medir a resposta imune e celular a esses抗ígenos. É utilizada em adultos e crianças para o diagnóstico da infecção latente pelo *M. tuberculosis* (ILTB). A interpretação da prova tuberculínica depende da probabilidade de infecção latente, risco de adoecimento por TB, tamanho do endurado (resposta da PT) e idade.

### Outros métodos diagnósticos:

Existem vários outros métodos auxiliares diagnósticos que podem ajudar no diagnóstico da TB, como a Tomografia computadorizada de alta resolução, ressonância magnética, o exame histopatológico que auxilia no diagnóstico das formas extrapulmonares de TB. Exames mais complexos como a biologia molecular, usados em casos mais específicos,

## PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA

Secretaria Municipal da Administração  
Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



geralmente de difícil diagnóstico devendo ser conduzido por profissionais mais experientes e serviços especializados.

### Tratamento.

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 estabelecer a resposta ao tratamento e a noção de cura. A TB ativa é dita curada quando, após o tratamento regular com esquema básico (rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol), durante seis meses, apresenta bacilosкопia negativa no encerramento do caso.

### Critérios de Enquadramento.

A presença da doença, por si só, não significa a existência de incapacidade laborativa. O que deve ser considerado é a situação do paciente em relação à fase de transmissão da doença, a repercussão geral no indivíduo e no desempenho das suas atividades.

Situação	Considerações	Conclusão
Ausência de manifestações clínicas (ex.: tuberculose latente; algumas formas de tuberculose extrapulmonar), com efeitos adversos pelo esquema terapêutico.	Não requer afastamento (*)	Ausência de Incapacidade
Ausência de manifestações clínicas (ex.: tuberculose latente; algumas formas de tuberculose extrapulmonar), com efeitos adversos pelo esquema terapêutico.	Afastamento por 15 a 30 dias (*)	Afastamento: 15 a 30 dias.
Manifestações clínicas leves tuberculose doença, bom estado geral e sem efeitos adversos pelo esquema terapêutico.	Considerar o grau de exigências da atividade exercida (*)	60 dias.
Manifestações clínicas moderadas a graves da doença, com ou sem efeitos adversos pelo esquema terapêutico.	Considerar o grau de exigências da atividade exercida (*)	60 a 90 dias.
Bacilíferos, com forma resistente de tuberculose.	Na dependência da negativação do exame bacteriológico, documentada pelo Programa Municipal de Controle da TB ou serviço por ele referenciado.	180 dias ou mais.
Indivíduo com incapacidade temporária, porém prolongada, em decorrência da doença, comorbidade(s), sequelas, efeitos adversos medicamentosos e/ou fatores pessoais ou barreiras psicossociais graves, com possibilidade futura de retorno à mesma atividade ou à atividade diversa.	Considerar nos casos complicados a avaliação multidisciplinar (Psicóloga, As. Social) devendo estes casos serem tratados em Junta Médica.  Sugerido afastamento por 2 anos, sujeito à reavaliação deste limite, para conclusão do caso (cessação do benefício, reabilitação profissional, dedicação parcial ou aposentadoria por invalidez), na dependência de sua evolução insatisfatória no período.	Até 2 anos.  Avaliações trimestrais

## PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA

Secretaria Municipal da Administração  
Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



(\*) Fatores pessoais e/ou barreiras psicossociais podem comprometer a adesão ao tratamento, sendo determinantes para prolongar a incapacidade temporária, com indicação de afastamento por prazo superior aos acima estabelecidos. Estas situações deverão ser consideradas, caso a caso, com base nas informações oriundas do Programa Municipal de Controle da Tuberculose ou serviço por ele referenciado, através da SIMA ou declaração similar ; Importante a realização de Junta Pericial para casos complicados.

Como recomendação, para conter a cadeia de transmissão da doença e pela questão do controle de infecção, o indivíduo com TB bacilífera (bacilosscopia positiva), deve permanecer afastado do trabalho até possuir duas análises laboratoriais de bacilosscopia negativas consecutivas e que ocorra recuperação clínica favorável do indivíduo, quando poderá ser julgado apto, a despeito da necessidade de continuação do tratamento pelo tempo necessário.

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

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

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

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

Ficam abrangidos pelo enquadramento legal os servidores que:

- Tenham adquirido ou venham a desenvolver formas resistentes de bacilos da TB, refratárias aos esquemas terapêuticos existentes;
- Na cura, por consequência da resolução cicatricial do processo, possam ter desenvolvido grande limitação funcional, comprometendo sua capacidade para o trabalho. Como exemplo, a sequela pulmonar em que ocorre importante redução da capacidade funcional respiratória (superior a 55% do volume corrente ou da capacidade pulmonar total) que imponha importante limitação física ao indivíduo;
- Forem portadores de lesões tuberculosas extrapulmonares serão avaliados pela perícia à luz dos critérios gerais descritos nesta norma e daqueles pertinentes a cada caso, conforme parecer das clínicas especializadas;
- Apresentarem outras sequelas das lesões tuberculosas, irreversíveis, graves e determinantes de invalidez definitiva.

## PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA

Secretaria Municipal da Administração  
Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



Os servidores que apresentarem “Cor pulmonale” crônico, acompanhado de sinais de insuficiência cardíaca congestiva, em consequência da gravidade ou extensão das lesões pulmonares tuberculosas, serão avaliados de acordo com as normas referentes à cardiopatia grave deste Manual.

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

13. Doenças especificadas em Lei - Art. 1º da Lei nº 11.052/2004 e no Ato Declaratório Interpretativo SRF nº 11/2006.

### I - Hepatopatia Grave.

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

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

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

#### Constituem Características das Hepatopatias Graves Quadro clínico:

- Emagrecimento;
- Icterícia;
- Ascite;
- Edemas periféricos;
- Fenômenos hemorrágicos;
- Alterações cutaneomucosas sugestivas: aranhas vasculares, eritema palmar, queda dos pelos, sufuções hemorrágicas, mucosas hipocoradas;
- Alterações neuropsiquiátricas de encefalopatia hepática.

## PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA

Secretaria Municipal da Administração  
Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



### Quadro laboratorial:

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

Nos exames por imagem são observadas as seguintes alterações.

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

### São causas etiológicas das hepatopatias graves:

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

### Classificação:

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

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

## PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA

Secretaria Municipal da Administração  
Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



nela considerados cinco indicadores: Albumina; Bilirrubina; Ascite; Grau de encefalopatia; Tempo de protrombina.

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

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 graduação:

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

### Child-Pugh Score

Indicadores	Pontos		
	1	2	3
Albumina	> 3,5g%	3,0 a 3,5g%	< 3,5g%
Bilirrubina	< 2,0mg%	2,0 a 3,0mg%	> 3,0g%
Ascite	Ausente	Discreta	Tensa
Grau de Encefalopatia	Ausente	Leve	Grave

## PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA

Secretaria Municipal da Administração  
Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



Tempo de Protrombina	> 75%	50 a 74%	< 50%

**Resultado Total:**  
05 a 06 Classe A  
07 a 09 Classe B  
10 a 15 Classe C

### 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 (2 anos).

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 anatomo-patológico, etiológico e funcional, com a afirmativa ou negativa de tratar-se de hepatopatia grave.

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

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

O laudo pericial deverá conter o nome da doença conforme especificado em lei bem como a data de início da doença e se há necessidade de reavaliação.

## PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA

Secretaria Municipal da Administração  
Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



### II - Contaminação por Radiação.

Radiação é qualquer dos processos físicos de emissão e propagação de energia, seja por intermédio de fenômenos ondulatórios, seja por meio de partículas dotadas de energia cinética. Pode ser definida, ainda, como a energia que se propaga de um ponto a outro no espaço ou num meio material.

Dependendo da quantidade de energia, uma radiação pode ser descrita como ionizante ou como não ionizante, segundo o resultado de sua interação com a matéria.

Quando a radiação é superior à energia de ligação dos elétrons de um átomo com o seu núcleo, suficiente para arrancar elétrons de seus orbitais, suas órbitas é chamada de radiação ionizante e quando não, é denominada de radiação não ionizante.

Os tipos de emissões radioativas mais comuns são: partículas alfa, partículas beta e partículas eletromagnéticas (raios-x e gama).

As partículas alfa ( $\alpha$ ) possuem massa e carga elétrica relativamente maior e podem ser facilmente detidas por uma folha de papel ou poucos centímetros de ar. Em geral, não conseguem ultrapassar as camadas externas de células mortas da pele de uma pessoa, sendo assim, basicamente inofensivas. Podem, ocasionalmente, provocar lesões graves quando penetram no organismo através de um ferimento ou aspiração.

As partículas beta ( $\beta$ ) possuem um poder de penetração maior que o das partículas alfa, podendo penetrar cerca de um centímetro nos tecidos, ocasionando danos à pele, mas não aos órgãos internos, a não ser que sejam ingeridas ou aspiradas.

As radiações gama ( $\gamma$ ) e os raios-x são ondas eletromagnéticas, não possuem massa, nem carga elétrica. A diferença entre elas é a origem: a radiação gama é emitida a partir do núcleo dos átomos ionizados ou excitados, enquanto os raios-x são produzidos na acomodação dos elétrons de átomos ionizados ou excitados. Os raios-x são menos energéticos que os raios gama. O poder de penetração destes, especialmente da radiação gama, é muito maior que o das partículas alfa e beta, podendo atravessar vários centímetros de chumbo e serem detidas somente por uma parede de concreto ou metal.

A interação das radiações ionizantes com a matéria consiste na transferência de energia da radiação para o meio irradiado, levando a alterações físicas, químicas e, em caso de matéria viva, alterações bioquímicas e fisiológicas.

O efeito das radiações ionizantes em um indivíduo depende basicamente da dose absorvida (alta/baixa), da taxa de exposição (crônica/aguda) e da forma de exposição (corpo inteiro/localizada).

A quantidade de radiação absorvida pelos tecidos vivos denomina-se dose; A dose absorvida é a energia transferida pela radiação por unidade de massa nos tecidos em Gray (Gy) e equivale à absorção de um Joule por quilograma (Kg).

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.

## PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA

Secretaria Municipal da Administração  
Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



A perícia deverá comprovar a relação de causa e efeito da radiação ionizante com a doença apresentada pelo indivíduo. A afirmativa de que uma doença incapacitante e invalidante possui relação de causa e efeito com a radiação ionizante necessita ser devidamente documentada.

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

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

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

- 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;
- Gastrointestinal: caracteriza-se por alterações da mucosa gastrointestinal, decorrentes de exposição de corpo inteiro à radiação ionizante, levando à síndrome disabsortiva, perda hidroeletrolítica e sanguínea. As lesões da mucosa ocorrem, em geral, a partir do limiar de 7,0 Gy; e
- 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.

A síndrome cutânea da radiação pode ser classificada em:

## PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA

Secretaria Municipal da Administração  
Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



- Grau I ou leve (exposição de 8,0 Gy a 10,0 Gy): evolui com pele seca e pigmentação;
- 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;
- Grau III ou grave (exposição de 30,0 Gy a 50,0 Gy): evolui com cicatrizes, fibrose, alterações escleróticas, degenerativas e necrose;
- 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:

- História clínica, com dados evolutivos da doença;
- Exame clínico;
- Dosimetria física (avaliação de dosímetro individual, de dosimetria de área e reconstrução do acidente com modelo experimental);
- Dosimetria clínica (avaliação do tempo de surgimento dos sintomas e do tempo de duração das manifestações);
- Avaliação hematológica;
- Avaliação bioquímica (glicose, ureia, creatinina, amilase, lipase, fosfatase alcalina, desidrogenase lática, transaminases glutâmico oxalacética e pirúvica);
- Dosimetria citogenética;
- Tomografia computadorizada;
- Ressonância magnética;
- Termografia;
- Avaliação fotográfica seriada;
- Estudos cintilográficos;
- Estudos Doppler.

### Critérios de Enquadramento.

## PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA

Secretaria Municipal da Administração  
Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



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.

Enquadramento legal para os servidores que apresentarem:

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

O laudo pericial deverá conter o nome da doença conforme especificado em lei bem como a data de início da doença e se há necessidade de reavaliação.

### III - Fibrose Cística.

A fibrose cística, também conhecida como mucoviscidose, é um distúrbio autossômico recessivo que faz com que determinadas glândulas exócrinas produzam secreções anormais, acarretando vários sintomas, afetando principalmente o trato digestivo e os pulmões. A fibrose cística é a causa mais comum de doença pulmonar crônica grave em adultos jovens e o distúrbio hereditário fatal mais comum entre indivíduos caucasianos nos EUA.

Não existem estudos epidemiológicos ou triagem neonatal abrangente que permitam estimar a incidência de Fibrose Cística nas diversas regiões do Brasil. Há estimativas de que 10% do total anual de afetados são diagnosticados, o que confere uma impressão errônea de baixa incidência na população brasileira.

É uma doença rara que afeta ambos os sexos igualmente.

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

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

Os pulmões são normais no nascimento, mas a partir daí os distúrbios respiratórios podem ocorrer a qualquer momento. As secreções brônquicas espessas obstruem as pequenas vias aéreas, produzindo inflamação. À medida que a doença evolui, as paredes brônquicas tornam-se espessas, as vias aéreas enchem-se de secreções infectadas, áreas do pulmão contraem (atelectasia) e os linfonodos aumentam de tamanho. Todas essas alterações reduzem a capacidade dos pulmões de transferir oxigênio para o sangue.

## PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA

Secretaria Municipal da Administração  
Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



As manifestações pulmonares em adultos incluem bronquite crônica e aguda, bronquiectasia, pneumonia, atelectasia e cicatrização peribrônquica e parenquimatosa.

Pneumotórax e hemoptise são comuns. Hipoxemia, hipercapnia e cor pulmonale ocorrem em casos avançados. Também podem ocorrer cálculos biliares e cirrose hepática. Quase todos os homens com fibrose cística têm ausência congênita bilateral dos vasos deferentes com azoospermia. As mulheres apresentam diminuição da fertilidade em razão da viscosidade das secreções cervicais, porém muitas conseguem ter gravidez a termo.

Cerca de 2 a 3% dos indivíduos com fibrose cística apresentam diabetes insulino dependente, pois o pâncreas cicatrizado é incapaz de produzir uma quantidade suficiente de insulina.

Os portadores dessa enfermidade têm um risco aumentado de doença maligna do trato gastrointestinal, osteopenia e artropatias.

Comumente, a morte é decorrente de uma combinação da insuficiência respiratória e da insuficiência cardíaca, causadas pela doença pulmonar subjacente.

### Os achados clínicos na fibrose cística compreendem:

- Sinais e sintomas: A fibrose cística deve ser suspeitada em um adulto jovem com uma história de doença pulmonar crônica (especialmente bronquiectasia), pancreatite ou infertilidade. Tosse com produção de escarro, diminuição da tolerância ao exercício e hemoptise recorrente são queixas típicas. Os pacientes também queixam, com frequência, de dor nos seios da face e secreção nasal purulenta. Esteatorréia, diarréia e dor abdominal também são comuns. Nos recém-nascidos, a fibrose cística pode provocar obstrução ileomeconial.
- Achados laboratoriais: O estudo dos gases arteriais frequentemente revela hipoxemia e, em casos avançados, acidose respiratória crônica compensada. Os estudos de função pulmonar mostram um padrão misto restritivo e obstrutivo. Há uma redução da capacidade vital forçada, da velocidade de fluxo aéreo e da capacidade pulmonar total. A retenção de ar (elevada taxa de volume residual em relação à capacidade pulmonar total) e a redução na capacidade de difusão pulmonar são comuns.
- Estudos por imagem: A hiperinsuflação é vista no início do processo da doença. Constricção peribrônquica, tampão mucoso, bronquiectasia (anéis e cistos), aumento das estrias intersticiais, opacidades periféricas pequenas arredondadas e atelectasias focais podem ser vistas separadamente ou em várias combinações. Pneumotórax também pode estar presente. A tomografia computadorizada (TC) em secções finas pode confirmar a presença de bronquiectasia.

### Diagnóstico:

- Teste do suor

## PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA

Secretaria Municipal da Administração  
Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



A iontoforese quantitativa da transpiração estimulada pela pilocarpina (teste do suor) revela níveis elevados de sódio e cloro ( $>60$  mEq/L) no suor de pacientes com fibrose cística. É específico para diagnóstico de fibrose cística, porém um teste normal não exclui o diagnóstico, sendo necessários dois testes em dias diferentes para um diagnóstico acurado.

Se o teste for repetidamente negativo, mas ainda assim houver uma elevada suspeita clínica da doença, deve ser realizada a tipagem do genótipo ou outros testes alternativos (medida da diferença do potencial de membrana nasal, análise do sêmen ou avaliação da função pancreática). A tipagem do genótipo identifica apenas os tipos mais frequentes da doença, porque as mutações do gene são muitas e os kits são padronizados. Mesmo assim, esse teste cobre aproximadamente 80% dos casos.

Como a fibrose cística pode afetar diversos órgãos, vários outros testes auxiliam o médico no estabelecimento do diagnóstico. Um exame de fezes pode revelar redução ou desaparecimento das enzimas digestivas tripsina e quimiotripsina ou concentrações elevadas de gordura, consequente à redução das enzimas pancreáticas. Se a secreção de insulina estiver reduzida, a glicemia estará elevada.

- Teste do pezinho.

Feito rotineiramente em recém-nascidos para rastreamento de doenças congênitas.

### Sinais de exacerbação da doença pulmonar

- Aumento da tosse;
- Aumento da produção de catarro;
- Febre;
- Anorexia e perda de peso;
- Absenteísmo escolar ou do trabalho;
- Novos achados na auscultação pulmonar;
- Novos achados nos raios X de tórax;
- Diminuição na tolerância aos exercícios;
- Diminuição na saturação arterial de oxigênio ( $\text{SaO}_2$ );
- Modificação em mais de 10% no volume expiratório forçado no primeiro minuto (VEF1).

### Prognóstico:

## PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA

Secretaria Municipal da Administração  
Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



A longevidade dos pacientes com fibrose cística está aumentando e a sobrevida média é, atualmente, de 31 anos. A morte ocorre por complicações pulmonares ou como resultado de insuficiência respiratória crônica terminal e *cor pulmonale*.

A gravidade da fibrose cística varia muito de pessoa para pessoa, independente da idade. Ela é determinada em grande parte pelo grau de comprometimento pulmonar. No entanto, a deterioração é inevitável, acarretando um estado de debilidade e, finalmente, a morte. Apesar disso, as perspectivas vêm melhorando progressivamente ao longo dos últimos 25 anos, sobretudo porque atualmente os tratamentos conseguem retardar algumas das alterações que ocorrem nos pulmões.

### Critérios de enquadramento pericial:

Serão enquadrados os casos com diagnóstico comprovado por laudos médicos especializados e exames complementares. O laudo pericial deverá conter o nome da doença conforme especificado em lei bem como a data de início da doença e se há necessidade de reavaliação.

#### 14. Parâmetros de afastamentos por motivo de doenças mentais.

Trata-se de uma indicação técnica que visa conferir transparência aos atos de avaliação, na medida em que oferece parâmetros para a uniformização de critérios no deferimento de prazos para a concessão de licenças nas perícias em saúde dos servidores da Administração Pública Municipal de Marília.

Os prazos estabelecidos correspondem a referências a serem utilizadas pelos peritos e podem sofrer alterações. O perito deve considerar como preponderante na sua decisão o quadro clínico apresentado pelo servidor no momento da perícia e sua relação com a atividade real exercida.

#### I - Transtornos mentais de maior relevância na prática médico-pericial (F00 a F09).

Este agrupamento comprehende uma série de transtornos mentais que tem em comum uma etiologia demonstrável tal como doença ou lesão cerebral ou outro comprometimento que leva à disfunção cerebral. A disfunção pode ser primária, como em doenças, lesões e comprometimentos que afetam o cérebro de maneira direta e seletiva; ou secundária, como em doenças e transtornos sistêmicos que atacam o cérebro apenas como um dos múltiplos órgãos ou sistemas orgânicos envolvidos.

A demência (F00-F03) é uma síndrome proveniente de uma doença cerebral, usualmente de natureza crônica ou progressiva, na qual há comprometimento de numerosas funções corticais superiores, tais como: memória, consciência, pensamento, orientação, cálculo, capacidade de aprendizagem, linguagem e julgamento.

Este agrupamento contém as seguintes categorias:

- Demência na doença de Alzheimer (F00);

## PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA

Secretaria Municipal da Administração  
Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



- Demência vascular (F01);
- Demência em outras doenças classificadas em outra parte (F02);
- Demência não especificada (F03);
- Síndrome amnésica orgânica não induzida pelo álcool ou por outras substâncias psicoativas (F04);
- ***Delírium*** não induzido pelo álcool ou por outras substâncias psicoativas (F05);
- Outros transtornos mentais devidos à lesão e disfunção cerebral e à doença física (F06);
- Transtornos de personalidade e do comportamento devidos à doença, à lesão e à disfunção cerebral (F07); e
- Transtorno mental orgânico ou sintomático não especificado (F09).

São consideradas de relevância médico-pericial as categorias de demência descritas abaixo:

### Doença de Alzheimer (F00).

A doença de Alzheimer é uma forma de demência de natureza progressiva, de causa e tratamento ainda desconhecidos e que acomete principalmente pessoas acima de 65 anos. Ocorre a morte das células neuronais levando a uma atrofia do cérebro.

Os sintomas aparecem inicialmente como pequenos esquecimentos, comumente aceitos pelos familiares, como processo normal de envelhecimento. Passado algum tempo pode surgir agressividade, mudança de humor, chegando até ao não reconhecimento dos familiares. Com a evolução da doença, é necessária a presença de um cuidador para o acompanhamento das atividades do cotidiano, pois o doente já não consegue mais se manter sozinho. A prevalência da demência no Mal de Alzheimer aumenta com o avançar da idade, e é maior em idosos institucionalizados.

### Demência Vascular (F01).

Este quadro demencial é decorrente do infarto cerebral devido à doença vascular, inclusive à doença cerebrovascular hipertensiva. Os infartos são usualmente pequenos, porém cumulativos em seus efeitos. Podem ser agudas ou crônicas. O seu início se dá em geral na idade avançada. Inclui a demência arterosclerótica e por infartos múltiplos.

### Demência em outras doenças classificadas em outra parte (F02).

As principais são: Doença de Pick, Doença de Creutzfeldt-Jakob, Doença de Huntington, Doença de Parkinson e como complicações na doença do Vírus da Imunodeficiência Humana [HIV].

### Outros transtornos mentais devidos à lesão e disfunção cerebral e à doença física (F06).

## PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA

Secretaria Municipal da Administração  
Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



Inclui diversas afecções superpostas a um transtorno cerebral devido: doença cerebral primária; doença sistêmica que acomete secundariamente o cérebro; substâncias tóxicas ou hormônios exógenos; transtornos endócrinos e outras doenças somáticas. Como exemplo, temos: Esclerose Múltipla, Lúpus Eritematoso Sistêmico, Diabetes.

### Conduta médico-pericial.

Do ponto de vista pericial, os transtornos mentais orgânicos têm pouco impacto para a avaliação da capacidade laborativa, uma vez que, em regra, o surgimento dos transtornos se dá em idade mais avançada.

O perito médico deve estar atento ao diagnóstico feito pelo médico assistente assim como no embasamento em exames complementares, sendo estes de suma importância para a prática pericial.

Quando passíveis de avaliação médico pericial, pela pouca reversibilidade, são, geralmente, de encaminhamento para aposentadoria porém após comprovação e junta pericial, principalmente por além da aposentadoria, fazer jus a isenção de Imposto de Renda quando houver comprovação de Alienação Mental e este quadro for irreversível ; Pontuamos que existe a possibilidade de solicitação, além da isenção de Imposto de Renda, da majoração de 25% na aposentadoria por invalidez, por enquadramento no art. 45 do anexo I do Decreto nº 3.048/99.

### II - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa (F10 a F19).

Os transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa compreendem numerosos transtornos que diferem entre si pela gravidade variável e pela sintomatologia diversa, mas que têm, em comum, o fato de serem todos atribuídos ao uso de uma ou de várias substâncias, prescritas ou não por um médico.

A dependência química é considerada um problema de saúde pública, por atingir todas as classes sociais. Os agentes psicoativos atuam sobre o sistema nervoso central, provocando sintomas psíquicos e estimulando o consumo repetido. Quanto mais grave a dependência, mais os pensamentos e as atividades são direcionados para a obtenção da droga.

A OMS distingue 2 tipos de padrão de uso [APA. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM IV. 4th. ed. Washington, DC: APA; 1994.*]:

- Uso de risco: quando há padrão ocasional, repetido ou persistente, implicando riscos futuros para a saúde física ou mental do usuário; e
- Uso prejudicial: quando há padrão de uso que já está causando dano à saúde, física e mental.

Segundo a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Infância UNESCO, há 4 tipos de usuários de drogas:

## PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA

Secretaria Municipal da Administração

Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



- Experimentador: Limita-se a experimentar a droga, utilizando diversos motivos para o fato (curiosidade, desejo de novas experiências, pressão do grupo de pares, assédio publicitário, etc.). Na maioria dos casos, o contato com a droga não passa dessas experiências;
- Ocasional: É aquele que usa um ou mais tipos de drogas, de modo eventual, se o ambiente lhe for favorável e a droga estiver disponível. Neste tipo ainda não há dependência;
- Habitual ou Funcional: É o indivíduo que faz uso frequente de drogas, embora mantenha relações sociais, mesmo que precárias, correndo riscos de adquirir dependência; e
- Dependente ou Disfuncional (Toxicômano) - é aquele que vive pela e para a droga, quase exclusivamente, rompendo vínculos sociais, com consequente isolamento e marginalização, advindo decadência física e moral.

Considerada como doença, a dependência química apresenta os seguintes sintomas:

- Tolerância: necessidade de aumento progressivo da dose para se obter o mesmo efeito;
- Crises de abstinência: ansiedade, irritabilidade, agressividade, insônia, tremores quando a dosagem é reduzida ou o consumo é suspenso;
- Fissura ou “Craving”: necessidade imperiosa de utilizar a droga, buscando experimentar os efeitos prazerosos previamente conhecidos ou aliviar os sintomas indesejáveis da abstinência;
- Tentativas fracassadas de diminuir ou controlar o uso de droga;
- Perda de boa parte do tempo com atividades para obtenção e consumo da substância ou recuperação de seus efeitos; e
- Negligência com relação a atividades sociais, ocupacionais e recreativas em benefício da droga.

Do ponto de vista pericial, importa conhecer que a Classificação internacional das Doenças CID-10, que traz informações importantes sobre a situação a ser analisada. No Capítulo referente aos transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa, o terceiro caractere do Código identifica sempre a substância implicada e o quarto caractere específica o quadro clínico, conforme o descrito abaixo.

F 2º 3º • 4º

3º Caractere identifica a substância.

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA**

**Secretaria Municipal da Administração**  
Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



4º Caractere especifica o quadro clínico

3º Caractere identifica a substância em uso, conforme descrito abaixo:

CID	Descrição
F10	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool.
F11	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de opiáceos.
F12	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de canabinóides.
F13	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de sedativos e hipnóticos.
F14	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso da cocaína.
F15	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de outros estimulantes, inclusive a cafeína.
F16	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de alucinógenos.
F17	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de fumo-tabaco.
F18	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de solventes voláteis.
F19	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas.

4º Caractere especifica o quadro clínico, de acordo com o descrito abaixo:

	Quadro Clínico Correspondente
0	Intoxicação aguda.
1	Uso nocivo.
2	Síndrome de dependência.
3	Estado de abstinência.
4	Estado de abstinência com delirium.

## PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA

Secretaria Municipal da Administração  
Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



5	Transtorno psicótico.
6	Síndrome amnésica.
7	Transtorno Psicótico Residual e de início tardio.
8	Outros transtornos mentais e de comportamento.
9	Transtorno mental e de comportamento não especificado.

Por exemplo:

- F10.0 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool - intoxicação aguda;
- F14.5 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso da cocaína - transtorno psicótico; onde:

F1\_... Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de [ 3º Caractere ] – com o quadro clínico correspondente de [ 4º Caractere ].

Observamos no sitio <https://www2.unifesp.br/dpsicobio/drogas/drogas.htm> o trabalho do Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina sobre drogas, onde destacamos que droga vem da palavra droog (holandês antigo) que significa folha seca. Isto porque, antigamente, a maioria dos medicamentos era à base de vegetais. Drogen: qualquer substância que é capaz de modificar a função dos organismos vivos, resultando em mudanças fisiológicas ou de comportamento.

Classificação das drogas psicotrópicas - Adaptado de L. Chaloult, 1971

Estimulantes: são as drogas que aceleram o funcionamento do cérebro.

- Anfetaminas;
- Cocaína;
- Cafeína.

Depressores: são drogas que diminuem a velocidade de funcionamento do cérebro.

- Álcool;
- Hipnóticos não barbitúricos;
- Barbitúricos;
- Ansiolíticos;
- Narcóticos;
- Solventes (inalantes);
- Opiáceos.

Perturbadores: são drogas que alteram o funcionamento do cérebro.

## PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA

Secretaria Municipal da Administração  
Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



- Alucinógenos primários:

Sintéticos: LSD-25 , Êxtase;

Naturais: Derivados indólicos , da maconha , do peiote (*Lophophora williamsii* conhecido popularmente como peiote, peyotl e mescal é um pequeno cacto sem espinhos com alcaloides psicoativos, particularmente mescalina).

- Alucinógenos secundários:

Anticolinérgicos - Plantas do gênero Datura (cartucho, trombeta, saia-branca, zabumba), utilizadas como arbustos ornamentais, produzem substâncias anticolinérgicas, como a atropina e a escopolamina. Essas plantas podem ser encontradas em diversas regiões do Brasil, principalmente a *datura suaveolens* e a *datura stramonium*. A descrição mais antiga de uma intoxicação causada pelo seu uso no Brasil, data do ano de 1866, na Bahia.

A triexafenidila é uma substância sintética, que também tem efeito anticolinérgico. É usada para o tratamento do mal de Parkinson, mas a ingestão de grandes quantidades levam a fortes efeitos no sistema nervoso central e em outros órgãos do corpo.

Essas substâncias têm a capacidade de bloquear (antagonismo competitivo) os receptores onde o neurotransmissor, acetilcolina, age. Os anticolinesterásicos, como a atropina e a escopolamina, agem mais especificamente em receptores chamados muscarínicos.

Entendemos que as substâncias psicoativas são classificadas de acordo com a sua ação sobre o organismo em:

- Depressores do SNC - Sistema Nervoso Central;
- Estimulantes do SNC - Sistema Nervoso Central; e
- Perturbadores do SNC - Sistema Nervoso Central.

### A. Depressores do SNC - Sistema Nervoso Central.

Neste grupo observamos:

- Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool (F10);
- Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de opiáceos (F11); e
- Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de sedativos e hipnóticos (F13).

#### A.1. Transtornos mentais e comportamentais devido o uso de álcool (F10).

## PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA

Secretaria Municipal da Administração  
Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



O alcoolismo, pelas importantes consequências nas esferas psíquica e somática do indivíduo, bem como pelas profundas repercuções na sociedade, é considerado, hoje, como uma das mais graves questões de Saúde Pública no Brasil. Trata-se de uma doença crônica caracterizada pela tendência de beber mais do que o pretendido, com tentativas fracassadas de interromper o consumo.

O diagnóstico da síndrome de dependência ao álcool pode ser feito conforme os seguintes critérios:

- Estreitamento do repertório de beber (“eu só bebo cerveja”);
- Evidência de conduta de busca ao álcool;
- Aumento da tolerância;
- Sintomas repetidos de abstinência (tremores matutinos, sudorese noturna);
- Alívio ou evitação da abstinência através da ingestão etílica;
- Consciência subjetiva da compulsão para beber; e
- Possibilidade de reinstalação da síndrome após abstinência.

### Conduta médico-pericial.

A simples presença do uso de álcool, por si só, não significa a existência de incapacidade laborativa, uma vez que o importante é a sua repercução no desempenho das atividades. Como o uso continuado de álcool tem repercução em várias esferas orgânicas, a eventual incapacidade laborativa está condicionada à existência de co-morbidades, tais como: hepatopatias, polineuropatias, diabetes, cardiopatias, distúrbios nutricionais, epilepsia, depressão e transtornos da personalidade, devendo o perito analisar a repercução para a condição de trabalho, conforme as características destes transtornos.

Quando as queixas se relacionam somente ao uso de álcool, há que se considerar:

- A síndrome de abstinência, se o tratamento for bem conduzido, tem remissão em torno de 3 semanas; e
- A possibilidade de agravamento do caso pelo uso associado de outras drogas (dependência cruzada).

Pode haver incapacidade laborativa temporária para funções que exponham a riscos pessoais e/ou de terceiros (observar posto de trabalho).

Nem sempre a história recente de internação é indicativo de incapacidade laborativa; Em muitos casos a cessação do benefício pode seguir a alta da internação e/ou seguimento no CAPS-AD.

## PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA

Secretaria Municipal da Administração  
Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



Existem evidências de que a participação efetiva em grupos de ajuda (p.ex., Alcoólicos Anônimos) é indicio de bom prognóstico quanto à tentativa de controle da dependência e o retorno ao trabalho cumpre papel importante nesses casos.

Nossa recomendação de afastamento é de 30 a 60 dias, com seguimento multidisciplinar junto ao SMST, podendo este período ser prorrogado de acordo com a evolução clínica e embasamento médico técnico.

**A.2. Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de opiáceos (F11); e**

**A.3. Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de sedativos e hipnóticos (F13).**

Nestes grupos são relacionados os efeitos do uso continuado de codeína, meperidina, morfina, gases anestésicos, ansiolíticos, hipnóticos, sedativos, relaxantes musculares e benzodiazepínicos. Todas estas substâncias oferecem graus variados de depressão do sistema nervoso central, dependendo de seu grupo farmacológico. Também oferecem estadiamentos diferentes de graus de dependência física e/ou psicológica e de períodos de síndrome de abstinência.

Em regra, nas fases iniciais de uso, mantém-se o desempenho normal das atividades. Porém, o uso continuado leva à tolerância, com modificações globais do sistema nervoso central.

Ressalta-se a importância do conhecimento da via preferencial de administração da substância, uma vez que as co-morbidades estão a elas associadas (hepatites, osteomielites, miosites). Atentar para a existência de dependência cruzada.

A remissão espontânea é possível nos indivíduos menos vulneráveis do ponto de vista psicológico.

O uso é facilitado pelo meio em que se vive, pela convivência com usuários e pela emoção ligada ao contexto de consumo.

### **Conduta médico-pericial.**

A prevalência destes transtornos entre os benefícios por incapacidade é baixa, mas deve-se atentar para profissionais da área da saúde pela facilidade de acesso, uma vez que muitas destas substâncias são de uso médico exclusivo. Nestes casos, a possibilidade de exposição ocupacional é concreta e a realização de nexo técnico recomendada.

Com o uso continuado, há repercussão em várias esferas orgânicas e as eventuais incapacidades laborativas estão condicionadas à existência de co-morbidades e/ou síndrome de abstinência, que se resolve em torno de 30 a 60 dias.

Na possibilidade da vigência de psicose, os prognósticos são menos favoráveis.

## PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA

Secretaria Municipal da Administração  
Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



Nossa recomendação de afastamento é de 30 a 60 dias, com seguimento multidisciplinar junto ao SMST, podendo este período ser prorrogado de acordo com a evolução clínica e embasamento médico técnico.

### B. Estimulantes do SNC - Sistema Nervoso Central.

Neste grupo observamos:

B.1. Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de cocaína (F14); e

B.2. Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de outros estimulantes, inclusive a cafeína (F15).

#### B.1. Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de cocaína (F14).

A cocaína é o mais potente estimulante de origem natural de que se tem notícia, com grande poder de provocar prazer e euforia. O uso continuado faz o usuário perder as sensações normais, surgindo então a depressão grave (depressão de rebote), a ansiedade e a obsessão para obter mais cocaína a fim de aumentar a duração do efeito da droga, instalando-se aí a dependência psicológica e química, impossibilitando o usuário de sentir qualquer prazer, mesmo os mais comuns. Essa depressão pode levar o usuário a atos de loucura, ao desespero e até ao suicídio.

Os efeitos do uso crônico da cocaína são também físicos, como a destruição da mucosa nasal e a perfuração do septo nasal, a degradação dos dentes, queda dos cabelos, problemas pulmonares e comprometimento do aparelho cardiovascular.

O uso de cocaína pode produzir psicoses análogas à esquizofrenia paranóide, como alucinações e mania mórbida de perseguição. Na esfera sexual, há aumento do desejo, porém com dificuldade para o orgasmo, o que pode levar à violência contra o parceiro e à perda natural do pudor.

A síndrome de abstinência à cocaína é grave, motivada por neuroadaptações à presença da droga.

São enquadrados neste mesmo grupo a dependência ao crack e à merla (também conhecida como "bazuca"), com efeitos devastadores.

#### Conduta médico-pericial.

Com o uso continuado de cocaína, há repercussão em várias esferas orgânicas e os eventuais afastamentos laboratoriosos estão condicionados à existência de co-morbidades (dependência cruzada) e/ou síndrome de abstinência, que se resolve em torno de 30 a 60 dias. Na possibilidade da vigência de psicose, os prazos podem ser aumentados.

## PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA

Secretaria Municipal da Administração  
Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



Nossa recomendação de afastamento é de 30 a 60 dias, com seguimento multidisciplinar junto ao SMST, podendo este período ser prorrogado de acordo com a evolução clínica e embasamento médico técnico.

### B.2. Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de outros estimulantes, inclusive a cafeína (F15) e ao fumo-tabaco (F17).

Neste grupo de substâncias, há importância para o consumo existente de anfetaminas especialmente em fórmulas pretensamente dietéticas, com repercussões mentais graves, pelo uso imoderado.

As anfetaminas cursam com hiperatividade, insônia, agressividade e confusão. Na intoxicação aguda, surge estado mental semelhante à esquizofrenia paranoide.

Dentre as queixas, pode-se observar perda da concentração, ansiedade e depressão intensa, semelhante a da cocaína (especialmente na abstinência). No uso associado com outras drogas, pode ocorrer agravamento dos sintomas.

A síndrome de abstinência pode levar ao risco de suicídio, sendo o acompanhamento de suma importância.

Os fármacos mais encontrados são: fenproporex, anfepramona (fórmulas de manipulação), comercialmente chamados de Desobesi®, Inibex®, Hipofagin®, Lipenan®.

**IMPORTANTE!** o uso dessas anfetaminas (popularmente são conhecidos como arrebites ou rebites) é comum por caminhoneiros, rodoviários, trabalhadores de turnos/noturnos e no sexo feminino em geral (emagrecimento).

#### F15 “Só um cafézinho”

A cafeína também chamada metil-xantina, derivada das xantinas, está presente em plantas amplamente distribuídas nas várias regiões geográficas. Ela é encontrada nos grãos de café, folhas de chá e de mate, nas sementes de cacau e em várias partes do guaraná. Devido ao consumo generalizado dessa substância, conclui-se que ela é a droga mais utilizada no mundo. Um copo de café contém aproximadamente 85mg de cafeína.

A cafeína possui efeitos terapêuticos importantes como dilatação dos brônquios, estimulação do coração e aumento da excreção urinária. No cérebro, ela alivia dores de cabeça. Ela possui também efeitos prejudiciais, provoca aumento da secreção gástrica, agravando sintomas de gastrite e úlcera.

A droga também possui efeitos psicoestimulantes. Em doses moderadas (85 a 250mg), os usuários relatam uma sensação de bem estar, melhora de atenção e pensamento. Porém em doses elevadas (acima de 250mg), surgem efeitos de nervosismo,

## PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA

Secretaria Municipal da Administração  
Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



inquietação, insônia e tremores. Doses muito altas podem produzir convulsões, delírios e aumento da frequência cardíaca.

O uso crônico dessa substância (350mg ao dia) provoca dependência física e tolerância à droga. Na retirada da droga pode aparecer uma síndrome de abstinência caracterizada por dores de cabeça, nervosismo, irritação, ansiedade e insônia.

### Conduta médico-pericial.

Nossa recomendação de afastamento é de 30 a 60 dias, com seguimento multidisciplinar junto ao SMST, podendo este período ser prorrogado de acordo com a evolução clínica e embasamento médico técnico.

### C. Perturbadores do SNC - Sistema Nervoso Central.

Neste grupo observamos:

- C.1. Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de canabinóides (F12);
- C.2. Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de alucinógenos (F16); e
- C.3. Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de solventes voláteis (F18).

#### C.1. Transtornos mentais devido ao uso de canabinóides (F12)

A maconha possui, em seu princípio ativo, além de substâncias canabinóides, vários outros constituintes químicos, tais como: resinas, monóxido de carbono, fenóis e aldeídos, substâncias irritantes e prejudiciais para o físico. A maneira usual de consumo é fumada como cigarro comum, porém pode ser ingerida como bebida ou comida.

Como efeitos imediatos pelo uso da droga podemos citar midriase, congestão das conjuntivas, taquicardia, taquisfigmia (aceleração do pulso), sensação de euforia, desinibição gestual, tagarelice, perda da noção do tempo e do espaço, diminuição dos reflexos, da coordenação motora e da memória, sensação de pavor e isolamento.

Entre os efeitos crônicos podem ser citados: lábios secos, podendo sobrevir fissuras semelhantes às produzidas pelo frio intenso, midriase notável ao longo do uso e que depois se extingue, e olhar amortecido. No exame das mãos, notam-se manchas escuras nas pontas dos dedos, principalmente no indicador e polegar, sinal de carbonização dos tegumentos que os revestem, sinal resultante de fumarem os cigarros até o fim para aproveitar a concentração de THC. Na boca, nota-se que o hálito lembra mato queimado, e a maioria dos usuários procura disfarçar com substâncias aromáticas diversas. Os canabistas crônicos podem apresentar lentidão mental e comportamento reservado. O andar e os movimentos parecem ensaiados e dotados de uma "calma interior" absolutamente falsa.

Um de seus derivados é o haxixe, que resulta das secreções resinosas da maconha em concentrações elevadíssimas de THC, podendo-se dizer que o haxixe é o

## PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA

Secretaria Municipal da Administração  
Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



tetrahidrocanabinol quase puro. Ainda há variedades de maconha purificadas por modificações genéticas.

A nocividade da maconha é relativa, pois não leva à dependência física, mas sim, e tão somente, à dependência psíquica. Nos usuários não dependentes não cria crises de abstinência, podendo estes se recuperar com certa facilidade.

O uso da maconha pode desencadear transtornos mentais latentes, como esquizofrenia e delírio. Há ainda dependência cruzada com outras drogas.

### Conduta médico-pericial.

A incapacidade laborativa é rara. O que de fato acaba alterando a condição de trabalho é o surgimento de complicadores, como os surtos psicóticos.

No caso da manifestação de um transtorno psiquiátrico latente, este deverá ser avaliado conforme as suas características próprias, ou seja o afastamento será por outra patologia e não pelo F12.

### C.2. Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de alucinógenos (F16);

### C.3. Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de solventes voláteis (F18).

Os representantes mais comuns destes grupos são o LSD, os inalantes e o Ecstasy. São substâncias que provocam alterações da percepção (principalmente no campo visual); sensação não realista e de humor (euforia, tristeza), com ações na memória e orientação. São psicotomiméticos, pois produzem uma psicose artificial e transitória. As alucinações verdadeiras ocorrem quando o indivíduo crê nas coisas anormais que vê ou ouve. A maioria comprehende que as sensações não são reais e são causadas pela droga.

A tolerância farmacológica estabelece-se rapidamente, sendo cruzada entre os principais alucinógenos.

O usuário pode permanecer psicótico durante dias. Também há a possibilidade de “flashbacks” por um período de 6 a 12 meses. No consumo agudo podem surgir episódios de pânico, acompanhados de delírios. A maioria dos usuários não procura tratamento espontâneo.

### Conduta médico-pericial.

Não é frequente a existência de incapacidade laborativa para os usuários deste grupo de substâncias.

O que de fato acaba alterando a condição de trabalho é o surgimento de complicadores, como os surtos psicóticos. No caso da manifestação de um transtorno psiquiátrico latente, esta deverá ser avaliada conforme as suas características próprias.

### F19 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas.

## PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA

Secretaria Municipal da Administração  
Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



Nota CID-10: Usar esta categoria quando se sabe que duas ou mais substâncias psicoativas estão envolvidas, não sendo possível, entretanto, identificar qual substância contribui mais para os transtornos. Esta categoria deverá ser usada quando a identidade exata de alguma ou mesmo de todas as substâncias psicoativas consumidas é incerta ou desconhecida, desde que muitos usuários de múltiplas drogas freqüentemente não sabem pormenores daquilo que consomem.

A análise clínica de um usuário de múltiplas drogas (dependência cruzada) não é fácil uma vez que nem sempre se sabe qual é a substância que predomina na gravidade do quadro. Além disso, muitos usuários frequentemente não sabem pormenores daquilo que consomem. Portanto, a conduta pericial vai variar, principalmente, de acordo com o quadro clínico existente e sua repercussão na avaliação global de funcionamento.

A existência de síndrome de abstinência, psicose e co-morbidades deve ser detalhadamente analisada em cada caso, nossa recomendação de afastamento é de 60 a 90 dias, com seguimento multidisciplinar junto ao SMST, podendo este período ser prorrogado de acordo com a evolução clínica e embasamento médico.

### III - Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F20 a F29).

Neste grupo temos:

- F20 - Esquizofrenia ;
- F21 - Transtorno Esquizotípico ;
- F22 - Transtornos Delirantes Persistentes ;
- F23 - Transtornos Psicóticos Agudos e Transitórios ;
- F24 - Transtorno delirante induzido ;
- F25 - Transtornos Esquizoafetivos ;
- F26 - Inexistente ;
- F27 - Inexistente ;
- F28 - Outros transtornos psicóticos não-orgânicos ; e
- F29 - Psicose não-orgânica não especificada.

#### F20 - Esquizofrenia.

Os transtornos esquizofrênicos se caracterizam em geral por distorções fundamentais e características do pensamento e da percepção, e por afetos inapropriados ou embotados. Usualmente mantém-se clara a consciência e a capacidade intelectual, embora certos déficits cognitivos possam evoluir no curso do tempo. Os fenômenos psicopatológicos mais importantes incluem o eco do pensamento, a imposição ou o roubo do pensamento, a divulgação do pensamento, a percepção delirante, idéias delirantes de controle, de influência ou de passividade, vozes alucinatórias que comentam ou discutem com o paciente na terceira pessoa, transtornos do pensamento e sintomas negativos.

A evolução dos transtornos esquizofrênicos pode ser contínua, episódica com ocorrência de um déficit progressivo ou estável, ou comportar um ou vários episódios seguidos de uma remissão completa ou incompleta. “**Não se deve fazer um diagnóstico de esquizofrenia quando o quadro clínico comporta sintomas depressivos ou maníacos no primeiro plano, a menos que se possa estabelecer sem equívoco que a ocorrência dos sintomas esquizofrênicos fosse anterior à dos transtornos afetivos**” (grifo nosso);

## PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA

Secretaria Municipal da Administração  
Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



Além disto, “não se deve fazer um diagnóstico de esquizofrenia quando existe uma doença cerebral manifesta, intoxicação por droga ou abstinência de droga” (grifo nosso);

Os transtornos que se assemelham à esquizofrenia, mas que ocorrem no curso de uma epilepsia ou de outra afecção cerebral, devem ser codificados em F06.2; os transtornos que se assemelham à esquizofrenia, mas que são induzidos por drogas psicoativas devem ser classificados em F10-F19 com quanto caractere comum .5 Transtorno psicótico; De acordo com CID-10

Ou seja, é de suma importância avaliar com critério os casos que chegam “rotulados como F20” para a avaliação pericial.

A Esquizofrenia é uma doença da personalidade total que afeta a zona central do eu e altera toda estrutura vivencial. Culturalmente o esquizofrônico representa o estereótipo do “louco”, um indivíduo que produz grande estranheza social devido ao seu isolamento (“alheamento”) em relação à realidade.

A Esquizofrenia é conceituada como doença, com piora das funções mentais, que interfere na capacidade de discernimento em relação aos fatos habituais da vida ou contato adequado com a realidade [Kaplan, Sadock, Grebb; *Compêndio de Psiquiatria*. 7a. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997].

Na Esquizofrenia deve-se levar em consideração alguns determinantes: inicio, curso, duração, forma da doença, sinais positivos e negativos, sua situação adversa e constrangedora na fase inicial.

O surgimento da esquizofrenia pode ser súbito, em dias ou semanas, ou lento e insidioso, ao longo de anos. “Casos novos são raros antes da puberdade e depois dos 35 anos” (grifo nosso) ; As mulheres apresentam um curso mais brando da esquizofrenia e, portanto, um melhor prognóstico e uma melhor possibilidade de adaptação social. Observa-se que apenas 40,2% dos pacientes apresentam melhora ao longo de um período médio de acompanhamento de 5 a 6 anos. Destacamos que com o avançar da idade, há uma melhora na sintomatologia e prognóstico da doença.

Os quadros de Esquizofrenia podem variar de paciente para paciente, sendo uma combinação em diferentes graus dos seguintes sintomas:

- a) Delírios: o indivíduo crê em idéias falsas, irracionais ou sem lógica. Em geral, são temas de perseguição, grandeza ou místicos;
- b) Alucinações: o paciente percebe estímulos que em realidade não existem, como ouvir vozes ou pensamentos, enxergar pessoas ou vultos, podendo ser bastante assustador;
- c) Discurso e Pensamento Desorganizado: o esquizofrônico fala de maneira ilógica e desconexa, demonstrando uma incapacidade de organizar o pensamento em uma sequência lógica;
- d) Expressão das Emoções: tem um afeto inadequado ou embotado, ou seja, uma dificuldade de demonstrar a emoção que está sentindo. Não consegue demonstrar se está alegre ou triste;

## PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA

Secretaria Municipal da Administração  
Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



e) Alterações de Comportamento: podem ser impulsivos, agitados ou retraídos, muitas vezes apresentando risco de suicídio ou agressão, além de exposição moral, como, por exemplo, falar sozinho em voz alta ou andar sem roupa em público.

Os sintomas da doença podem ser agrupados em:

positivos: delírios, alucinações e agitação psicomotora; e

negativos: inibição psicomotora (ex.:catatonia), diminuição da vontade, embotamento afetivo, negativismo.

Os sintomas característicos da doença, definidos pela CID-10, se manifestam no paciente, com certa frequência, em conjunto, e se distribuem em oito grupos. Os quatro primeiros se caracterizam por delírios e alucinações tais como:

1. Eco, inserção, roubo ou irradiação de pensamento.
2. Delírios de controle, influência ou passividade e percepção delirante.
3. Vozes alucinatórias comentando o comportamento do paciente ou discutindo entre elas ou outros tipos de vozes alucinatórias vindas de alguma parte do corpo.
4. Delírios persistentes de outros tipos, culturalmente inapropriados e completamente impossíveis como poderes e capacidades sobre-humanas.

Os quatro últimos grupos de sintomas caracterizam por:

5. Alucinações persistentes em qualquer modalidade, quando acompanhadas por delírios "superficiais" ou parciais, sem claro conteúdo afetivo, ou por idéias sobrevaloradas persistentes ou quando ocorrem todos os dias durante semanas ou meses continuadamente.
6. Neologismos, paradas ou interpolação no curso do pensamento, resultando em incoerência ou fala irrelevante.
7. Comportamento catatônico, tal como excitação, postura inadequada ou flexibilidade cérea, negativismo, mutismo e estupor.
8. Sintomas "negativos" como apatia marcante, pobreza de discurso e embotamento ou incongruência de respostas emocionais, usualmente resultando em retraimento e diminuição do desempenho social (deve estar claro que estas não são devidas a depressão ou medicação neuroléptica).

Diagnostica-se a esquizofrenia F20 se pelo menos um dos sintomas dos quatro primeiros grupos, ou, no mínimo, dois dos sintomas dos quatro últimos grupos estiverem evidentes na maior parte do tempo, por um período de um mês ou mais. São, por outro lado, critérios excludentes do diagnóstico de esquizofrenia: a presença de uma doença cerebral clara; evidência de estados de intoxicações ou de abstinência de drogas; a existência incontestável de sintomas de depressão ou mania antecedendo outros sintomas que caracterizam esta doença.

## PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA

Secretaria Municipal da Administração  
Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-79722012000300002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722012000300002)

Observação: Entendemos que não se é possível diagnosticar o CID F20 com apenas uma consulta realizada pelo médico(a) assistente, sendo necessário tempo para se firmar o diagnóstico; Nossa recomendação é que a perícia médica seja realizada com critério para o enquadramento embasado em evidências e elementos apresentados.

Os psicofármacos proporcionam melhoria na qualidade de vida, prevenindo novas crises e alargando o período intercrítico. Após o desaparecimento dos sintomas agudos, o uso contínuo de medicamentos antipsicóticos reduz substancialmente a probabilidade de episódios futuros.

Infelizmente, os medicamentos antipsicóticos produzem efeitos adversos importantes, incluindo a sedação, a rigidez muscular, os tremores e o ganho de peso. Esses medicamentos também podem causar discinesia tardia, movimentos involuntários, geralmente dos lábios e da língua, ou contorções dos membros superiores ou inferiores.

Para os casos persistentes, não existe um tratamento eficaz. Aproximadamente 75% dos indivíduos com Esquizofrenia respondem aos medicamentos antipsicóticos convencionais (exemplo: clorpromazina, flufenazina, haloperidol ou tioridazina). Atualmente tem havido boa resposta com a risperidona. Até metade dos 25% restantes pode beneficiar-se de um medicamento antipsicótico atípico como a clozapina.

Embora a internação possa ser necessária durante as recaídas graves e apesar de o indivíduo ter de ser internado contra a vontade, quando ele representa um perigo para si próprio ou para terceiros, o objetivo geral é conseguir que os indivíduos com Esquizofrenia vivam no seio da comunidade.

Os esquizofrênicos que atingem capacidade de trabalho demonstram melhor prognóstico, pois conseguem estabelecer contato mais adequado com a realidade, estudam, frequentam universidades, formam-se, exercem profissões e se casam. Os casos mais reservados são encontrados nos indivíduos que têm severa perturbação da comunicação, das relações sociais e com perturbação do juízo de realidade, que permanecem dependentes dos familiares, necessitam de assistência permanente e evoluem com déficit até um processo demencial, com situações de risco grave, como suicídio ou homicídio.

Em um esforço para classificar os pacientes em grupos mais uniformes, foram propostos subtipos de esquizofrenia. No entanto, em um mesmo paciente, o subtipo pode mudar no decorrer do tempo. Neste sub-grupo serão descritos os seguintes transtornos:

- F20.0 Esquizofrenia Paranóide;
- F20.1 Esquizofrenia Hebetrônica;
- F20.2 Esquizofrenia Catatônica;
- F20.3 Esquizofrenia indiferenciada;
- F20.4 Depressão Pós-Esquifrênica;

## PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA

Secretaria Municipal da Administração  
Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



F20.5 Esquizofrenia Residual; e

F20.6 Esquizofrenia Simples.

### **F20.0 Esquizofrenia Paranóide.**

A esquizofrenia paranoidé se caracteriza essencialmente pela presença de idéias delirantes relativamente estáveis, freqüentemente de perseguição, em geral acompanhadas de alucinações, particularmente auditivas e de perturbações das percepções. As perturbações do afeto, da vontade, da linguagem e os sintomas catatônicos, estão ausentes, ou são relativamente discretos.

#### **F20.1 Esquizofrenia Hebefrênica.**

Forma de esquizofrenia caracterizada pela presença proeminente de uma perturbação dos afetos; as idéias delirantes e as alucinações são fugazes e fragmentárias, o comportamento é irresponsável e imprevisível; existem freqüentemente maneirismos. O afeto é superficial e inapropriado. O pensamento é desorganizado e o discurso incoerente. Há uma tendência ao isolamento social. Geralmente o prognóstico é desfavorável devido ao rápido desenvolvimento de sintomas "negativos", particularmente um embotamento do afeto e perda da volição. A hebefrenia deveria normalmente ser somente diagnosticada em adolescentes e em adultos jovens.

#### **F20.2 Esquizofrenia Catatônica.**

A esquizofrenia catatônica é dominada por distúrbios psicomotores proeminentes que podem alternar entre extremos tais como hipercinesia e estupor, ou entre a obediência automática e o negativismo. Atitudes e posturas a que os pacientes foram compelidos a tomar podem ser mantidas por longos períodos. Um padrão marcante da afecção pode ser constituído por episódios de excitação violenta. O fenômeno catatônico pode estar combinado com um estado oníroide com alucinações cênicas vívidas, quadro este caracterizado na fase aguda, geralmente em regime de internação hospitalar, denominada:

Catalepsia esquizofrênica(o)  
Catatonia esquizofrênica(o)  
Flexibilidade cérea esquizofrênica(o)  
Estupor catatônico esquizofrênica(o)

#### **F20.3 Esquizofrenia indiferenciada.**

Afecções psicóticas que preenchem os critérios diagnósticos gerais para a esquizofrenia mas que não correspondem a nenhum dos subtipos incluídos em F20.0-F20.2, ou que exibam padrões de mais de um deles sem uma clara predominância de um conjunto particular de características diagnósticas. Denominada Esquizofrenia atípica.

Exclui: Depressão pós-esquizofrênica (F20.4)  
Esquizofrenia indiferenciada crônica (F20.5)  
Transtorno psicótico agudo tipo esquizofrênico (F23.2)

#### **F20.4 Depressão Pós-Esquizofrênica.**

## PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA

Secretaria Municipal da Administração  
Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



Episódio depressivo eventualmente prolongado que ocorre ao fim de uma afecção esquizofrênica. Ao menos alguns sintomas esquizofrênicos "positivos" ou "negativos" devem ainda estar presentes mas não dominam mais o quadro clínico. Este tipo de estado depressivo se acompanha de um maior risco de suicídio.

Importante: Se o paciente não apresenta mais nenhum sintoma esquizofrônico, deve-se fazer um diagnóstico de episódio depressivo (F32.-). Se os sintomas esquizofrênicos ainda são aparentes e proeminentes, deve-se manter o diagnóstico da forma clínica apropriada da esquizofrenia (F20.0 a F20.3).

### F20.5 Esquizofrenia Residual.

Estágio crônico da evolução de uma doença esquizofrênica, com uma progressão nítida de um estágio precoce para um estágio tardio, o qual se caracteriza pela presença persistente de sintomas "negativos" embora não forçosamente irreversíveis, tais como lentidão psicomotora; hipoatividade; embotamento afetivo; passividade e falta de iniciativa; pobreza da quantidade e do conteúdo do discurso; pouca comunicação não-verbal (expressão facial, contato ocular, modulação da voz e gestos), falta de cuidados pessoais e desempenho social medíocre ; Podendo ser denominada:

Defeito esquizofrônico (Restzustand);  
Esquizofrenia indiferenciada crônica;  
Estado esquizofrônico residual;  
Restzustand (esquizofrônico).

### F20.6 Esquizofrenia Simples.

Transtorno caracterizado pela ocorrência insidiosa e progressiva de excentricidade de comportamento, incapacidade de responder às exigências da sociedade, e um declínio global do desempenho. Os padrões negativos característicos da esquizofrenia residual (por exemplo: embotamento do afeto e perda da volição) se desenvolvem sem serem precedidos por quaisquer sintomas psicóticos manifestos.

### Conduta médica-pericial nos casos de F20.0 a F20.6.

A Perícia Médica Municipal tem contato com estes transtornos em distintos momentos: no afastamento laboral, na solicitação de aposentadoria, na avaliação do dependente maior inválido, ... ; Deve-se ter muita atenção para a fixação das datas: Data de Início da Doença - DID e Data do Início da Incapacidade - DII, principalmente pelo início da patologia ser mais prevalente na adolescência (doença prévia ao concurso público ; exame admissional - preenchimento do histórico de doenças) ; Conforme descrito alhures, o surgimento da esquizofrenia pode ser súbito, em dias ou semanas, ou lento e insidioso, ao longo de anos.

"Casos novos são raros antes da puberdade e depois dos 35 anos" ; Cuidado especial nos casos "(...)" quando o quadro clínico comporta sintomas depressivos ou maníacos" e "(...)" quando existe uma doença cerebral manifesta, intoxicação por droga ou abstinência de droga."

## PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA

Secretaria Municipal da Administração  
Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



Nossa recomendação é o afastamento laborativo inicialmente por um período de 90 a 180 dias podendo este ser prorrogado mediante apresentação de documentação pertinente ao caso.

A conduta pericial vai variar conforme os agravantes e os atenuantes da patologia, a atividade laborativa habitual e os critérios de prognóstico referidos. O limite indefinido (aposentadoria) é uma possibilidade concreta nos casos de evolução desfavorável.

Nos casos de alienação mental, cabe enquadramento para isenção de Imposto de Renda, concessão de majoração de 25% em aposentados por invalidez quando preenchido os critérios legais para tanto.

### F21 Transtorno Esquizotípico.

Transtorno caracterizado por um comportamento excêntrico e por anomalias do pensamento e do afeto que se assemelham àquelas da esquizofrenia, mas não há em nenhum momento da evolução qualquer anomalia esquizofrênica manifesta ou característica.

A sintomatologia pode comportar um afeto frio ou inapropriado, anedonia; um comportamento estranho ou excêntrico; uma tendência ao retraimento social; idéias paranóides ou bizarras sem que se apresentem idéias delirantes autênticas; ruminações obsessivas; transtornos do curso do pensamento e perturbações das percepções; períodos transitórios ocasionais quase psicóticos com ilusões intensas, alucinações auditivas ou outras e idéias pseudodelirantes, ocorrendo em geral sem fator desencadeante exterior. O início do transtorno é difícil de determinar, e sua evolução corresponde em geral àquela de um transtorno da personalidade, ou seja: Sua evolução e curso são usualmente o mesmo de um transtorno de personalidade, havendo uma correlação dos portadores com laços familiares do espectro da Esquizofrenia ; Podendo ser denominada:

Esquizofrenia "borderline";  
Latente;  
pré-psicótica;  
prodromica;  
pseudoneurótica;  
pseudopsicopática.

Reação esquizofrênica latente.

Transtorno esquizotípico da personalidade.

Exclui: Personalidade esquizóide (F60.1);  
Síndrome de Asperger (F84.5).

### F22 Transtorno delirante persistente.

Esta categoria reúne transtornos diversos caracterizados única ou essencialmente pela presença de idéias delirantes persistentes e que não podem ser classificados entre os transtornos orgânicos, esquizofrênicos ou afetivos. Quando a duração de um transtorno delirante é inferior a poucos meses, este último deve ser classificado, ao menos temporariamente, em F23.- (Segundo CID-10).

## PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA

Secretaria Municipal da Administração  
Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



A psicose delirante crônica, que é o sinônimo do atual transtorno delirante persistente, já foi chamada de paranóia. A característica essencial desse transtorno é a presença de um ou mais delírios não-bizarros, nem desorganizados que persistem por pelo menos 1 mês e pode durar a vida toda. As alucinações não são comuns e nem habituais. Quando existem, as táticas ou olfativas costumam ser mais frequentes que as visuais e auditivas.

Encontramos os seguintes transtornos:

### F22.0 Transtorno delirante.

Transtorno caracterizado pela ocorrência de uma idéia delirante única ou de um conjunto de idéias delirantes aparentadas, em geral persistentes e que por vezes permanecem durante o resto da vida. O conteúdo da idéia ou das idéias delirantes é muito variável. A presença de alucinações auditivas (vozes) manifestas e persistentes, de sintomas esquizofrênicos tais como idéias delirantes de influência e um embotamento nítido dos afetos, e a evidência clara de uma afecção cerebral, são incompatíveis com o diagnóstico. Entretanto, a presença de alucinações auditivas ocorrendo de modo irregular ou transitório, particularmente em pessoas de idade avançada, não elimina este diagnóstico, sob condição de que não se trate de alucinações tipicamente esquizofrênicas e de que elas não dominem o quadro clínico.

Denominado: Delírio sensitivo de auto-referência [Sensitive Beziehungswahn];  
Estado paranóico;  
Parafrenia (tardia);  
Paranóia;  
Psicose paranóica.

Exclui: Esquizofrenia paranóide (F20.0);  
Personalidade paranóica (F60.0);  
Psicose paranóide psicogênica (F23.3);  
Reação paranóide (F23.3).

### F22.8 Outros transtornos delirantes persistentes.

Transtornos nos quais a idéia ou as idéias delirante(s) são acompanhadas de alucinações auditivas persistentes tipo vozes, ou de sintomas esquizofrênicos que não satisfazem os critérios diagnósticos da esquizofrenia (F20.-).

Denominado: Dismorfofobia delirante;  
Estado paranóico de involução;  
Paranóia querulans.

### F22.9 Transtorno delirante persistente não especificado.

#### Conduta médico-pericial nos casos de F21 a F22:

Normalmente, o funcionamento social desses pacientes paranoides não está prejudicado, apesar da existência do delírio. O isolamento social é um fator agravante. A avaliação laborativa deve ser criteriosa, uma vez que as patologias podem levar tanto à incapacidade laborativa, como permitir o trabalho. Quando cabível, o tempo de afastamento inicial sugerido

## PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA

Secretaria Municipal da Administração  
Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



é de 60 a 90 dias, para adequação ao tratamento. Em casos de solicitação de prorrogação deste período, a solicitação de informações ao médico assistente é recomendável.

### F23 Transtornos delirantes persistentes.

Esta categoria reúne transtornos diversos caracterizados única ou essencialmente pela presença de idéias delirantes persistentes e que não podem ser classificados entre os transtornos orgânicos, esquizofrênicos ou afetivos. Quando a duração de um transtorno delirante é inferior a poucos meses, este último deve ser classificado, ao menos temporariamente, em F23.-.

### F23 a F23.9 Transtornos psicóticos agudos e transitórios (Psicose Reativa Breve)

Inclui transtornos psicóticos: polimórfico agudo, esquizofreniforme agudo, psicótico agudo predominantemente delirante. Caracterizam-se pelo aparecimento abrupto dos sintomas psicóticos sem a existência de sintomas pré-mórbidos e, habitualmente, seguindo-se a um estressor psicosocial. A sintomatologia é similar aos de outros distúrbios psicóticos.

### Conduta médica-pericial.

Quando cabível, o tempo de afastamento inicial sugerido é de 30 a 60 dias. Em casos de solicitação de prorrogação deste período, a solicitação de informações ao médico assistente é recomendável.

### F25 Transtornos esquizoafetivos.

Trata-se de transtornos episódicos nos quais tanto os sintomas afetivos quanto os esquizofrênicos são proeminentes de tal modo que o episódio da doença não justifica um diagnóstico quer de esquizofrenia quer de episódio depressivo ou maníaco. Outras afecções em que os sintomas afetivos estão superpostos a doença esquizofrênica pré-existente ou coexistem ou alternam com transtornos delirantes persistentes de outros tipos, são classificados em F20-F29. Os sintomas psicóticos que não correspondem ao caráter dominante do transtorno afetivo, não justificam um diagnóstico de transtorno esquizoafetivo.

### F25 a F25.9 Transtornos esquizoafetivos.

Esse grupo tem características tanto da esquizofrenia, quanto dos transtornos de humor. Os indivíduos que se enquadram nesse grupo têm sintomas de esquizofrenia, "misturados" com sintomas de doença afetiva. Estes transtornos podem ser do tipo maníaco, depressivo ou misto. O tratamento pode necessitar de internação hospitalar e haver histórico de uso de medicação antipsicótica associada com moduladores de humor e/ou antidepressivos. Ocorre também na adolescência ou no início da idade adulta e costuma ter uma evolução melhor que a Esquizofrenia e pior que o Transtorno de Humor.

Pacientes que sofrem de episódios esquizoafetivos recorrentes particularmente do tipo maníaco (apesar de ter um quadro florido na fase aguda) têm melhor prognóstico.

### Conduta médica-pericial.

## PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA

Secretaria Municipal da Administração  
Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



Considerando a variabilidade do curso da doença, entre o agravamento e a recuperação, a incapacidade laborativa será decorrente da sua evolução e do tipo do trabalho executado. Inicialmente, deve-se ter atenção para a fixação da DID e DII, pois o início da patologia pode surgir na adolescência e na idade adulta jovem.

Nos casos de afastamento laborativo, sugere-se, inicialmente, o período de 90 a 180 dias. Em casos de solicitação de prorrogação deste período, a solicitação de informações ao médico assistente é recomendável.

A conduta pericial vai variar conforme os agravantes e os atenuantes da patologia, a atividade laborativa habitual e os critérios de prognóstico referidos. O limite indefinido é uma possibilidade concreta nos casos de evolução desfavorável.

### IV - Transtornos do humor (F30 a F39).

São transtornos mentais nos quais a perturbação fundamental é uma alteração do humor ou do afeto, no sentido de uma depressão (com ou sem ansiedade associada) ou de euforia. A alteração do humor, em geral, se acompanha de uma modificação do nível global de atividade, com a presença de sinais e sintomas secundários.

A maioria destes transtornos tende a ser recorrente e a ocorrência dos episódios pode, frequentemente, estar relacionada com situações ou fatos estressantes [APA. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM IV. 4th.ed. Washington, DC: APA; 1994.*].

São entidades nosológicas complexas e de comportamento variável, o que dificulta o trabalho objetivo e técnico do perito médico. Trata-se, para a prática pericial, de um grupo subjetivo quanto à análise de tempo de afastamento, prognóstico e resposta ao tratamento. Os transtornos do humor compreendem:

F30 - Episódio maníaco;

F31 - Transtorno afetivo bipolar;

F32 - Episódios depressivos;

F33 - Transtorno depressivo recorrente;

F34 - Transtornos de humor (afetivos) persistentes;

F38 - Outros transtornos do humor; e

F39 - Transtorno do humor não especificado.

Os transtornos do humor têm origem multifatorial, podendo advir da:

Predisposição familiar: Extremamente comum ; Na entrevista, pesquisar antecedentes familiares, o histórico de suicídio em familiares de primeiro grau, histórias extravagantes de conduta ou de grandes depressões; e

## PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA

Secretaria Municipal da Administração  
Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



Modificações de ordem neuroquímica, hormonal e/ou vascular: Observar a presença de comorbidades, como distúrbios da tireoide, hepatopatias, climatério, diabetes e neoplasias.

Os transtornos do humor atingem em torno de 10% da população urbana e cerca de 15% das pessoas portadoras de transtorno do humor tentam o suicídio.

### F30 Episódio maníaco.

Até o século XIX, o termo “mania” era empregado como sinônimo de “loucura”, devido à extravagância e o histrionismo de seus sintomas. Atualmente, está inserido no grupo de transtornos do humor/afetivos.

O episódio maníaco pode ser manifestação do transtorno afetivo bipolar (TAB).

Pertencem ao grupo do Episódio Maníaco:

#### F30.0 - Hipomania.

Transtorno caracterizado pela presença de uma elevação ligeira mas persistente do humor, da energia e da atividade, associada em geral a um sentimento intenso de bem-estar e de eficácia física e psíquica. Existe freqüentemente um aumento da sociabilidade, do desejo de falar, da familiaridade e da energia sexual, e uma redução da necessidade de sono; estes sintomas não são, entretanto, tão graves de modo a entravar o funcionamento profissional ou levar a uma rejeição social. A euforia e a sociabilidade são por vezes substituídas por irritabilidade, atitude pretensiosa ou comportamento grosseiro. As perturbações do humor e do comportamento não são acompanhadas de alucinações ou de idéias delirantes.

#### F30.1 - Mania sem sintomas psicóticos.

Presença de uma elevação do humor fora de proporção com a situação do sujeito, podendo variar de uma jovialidade descuidada a uma agitação praticamente incontrolável. Esta elação se acompanha de um aumento da energia, levando à hiperatividade, um desejo de falar e uma redução da necessidade de sono. A atenção não pode ser mantida, e existe freqüentemente uma grande distração. O sujeito apresenta freqüentemente um aumento do auto-estima com idéias de grandeza e superestimativa de suas capacidades. A perda das inibições sociais pode levar a condutas imprudentes, irrazoáveis, inapropriadas ou deslocadas.

#### F30.2 - Mania com sintomas psicóticos.

Presença, além do quadro clínico descrito em F30.1, de idéias delirantes (em geral de grandeza) ou de alucinações (em geral do tipo de voz que fala diretamente ao sujeito) ou de agitação, de atividade motora excessiva e de fuga de idéias de uma gravidade tal que o sujeito se torna incompreensível ou inacessível a toda comunicação normal ; Também denominado como: Estupor maníaco

- Mania com sintomas psicóticos:
- congruentes com o humor
  - incongruentes com o humor

## PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA

Secretaria Municipal da Administração  
Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



O diagnóstico de mania é feito pela observação de pelo menos 3 dos sinais clínicos abaixo, com duração superior a uma semana, conforme o quadro adiante.

### Critérios Diagnósticos para Transtornos Afetivos / Mania.

Auto-estima	Excesso de auto-estima, ideação de grandeza, de poder, supervalorização de sua imagem e pessoa.
Sono	Diminuição acentuada da necessidade de sono/insônia.
Pensamento	Fuga de idéias, aceleração de pensamento.
Linguagem	Prolixidade acentuada. Taquilalia.
Atenção	Dispersividade, desconcentração, desatenção, distração dos seus deveres e obrigações.
Conduta	Perda das inibições sociais e ruptura brusca das convenções culturais habituais à sua vida anterior. Hiperatividade global. Agitação psicomotora. Hipersexualidade, promiscuidade, hedonia. Prodigalidade. Adicções lícitas ou ilícitas podem agravar o quadro. Comportamento irresponsável.

Fonte: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition (DSM IV) [Silva-Barbosa AB. *Mentes com medo*. 1a. ed. Rio de Janeiro: Editora Enterprise; 2006]

### Conduta médico-pericial.

Nos casos de hipomania (F30) e mania sem sintomas psicóticos (F30.1), via de regra, não há incapacidade laborativa, a perícia médica deverá correlacionar a atividade laborativa e as manifestações da doença justificando o afastamento sendo nosso entendimento o período de 30 a 60 dias. Na vigência de mania com sintomas psicóticos (F30.2), recomenda-se afastamento de até 60 dias. Em casos de solicitação de prorrogação deste período, a solicitação de informações ao médico assistente é recomendável.

### F31 Transtorno afetivo bipolar.

O transtorno afetivo bipolar (TAB) é caracterizado por 2 ou mais episódios nos quais o humor e o nível de atividade do sujeito estão profundamente perturbados. Este distúrbio consiste de uma elevação do humor, do aumento da energia e da atividade (hipomania ou mania). Em outros momentos, há rebaixamento do humor e redução da energia e da atividade (depressão). Cursa com alternância entre estas manifestações. Pacientes que sofrem somente de episódios repetidos de hipomania ou mania são classificados como bipolares, também denominados CID-10 como:

Doença maníaco-depressiva;

Psicose maníaco-depressiva;

## PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA

Secretaria Municipal da Administração  
Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



Reação maníaco-depressiva.

Podem ocorrer casos de episódios depressivos prolongados e/ou frequentes e predominantes, porém a existência de um episódio maníaco ou hipomaníaco é imperiosa para o diagnóstico de bipolaridade. Na predominância de quadro depressivo grave, o prognóstico é pior. Quando a intensidade dos sintomas depressivos encontra-se exacerbada, surge o risco de suicídio.

O transtorno cursa com crises que costumam durar de duas semanas a 4 meses, podendo ocorrer até a remissão espontânea mesmo sem tratamento. A intervenção médica abrevia o sofrimento e, principalmente, visa a prevenir o risco de suicídio.

Pode apresentar, durante o seu curso, episódios psicóticos (F31.2), situação que torna o prognóstico do transtorno mais reservado. Podem, durante a depressão, ficar em estados de catatonia ou estupor por longo tempo. O ajuste medicamentoso é mais prolongado e difícil.

O prognóstico do TAB depende da:

- a) Existência de mais de duas crises no período de 1 ano;
- b) Ocorrência de mais de 4 sintomas, dentre os sinais clínicos listados, nos critérios de diagnóstico para transtornos afetivos / mania, com duração superior a uma semana;
- c) Dependência química (álcool e drogas);
- d) Alternância rápida entre mania e depressão (ciclagem rápida);
- e) Risco e tentativa de suicídio; e
- f) Presença de sintomas psicóticos.

Em alguns casos, especialmente no surgimento de sintomas psicóticos, pode-se deparar com indivíduos inclusive interditados do ponto de vista judicial, como medida de proteção.

Nos intervalos entre as crises, é comum o indivíduo ficar totalmente remido dos sintomas e ter sua vida normal.

### Conduta médico-pericial.

Recomenda-se, na fase aguda da doença, o afastamento de até 120 dias, para estabilização do quadro e seguimento médico efetivo. Em casos de solicitação de prorrogação deste período, a solicitação de informações ao médico assistente é recomendável.

Na evolução desfavorável, ou seja: ciclagem rápida, sintomas psicóticos, gestos e atos suicidas, reinternações, ... é possível a concessão de Limite Indefinido - Aposentadoria, desde que o caso seja bem embasado, tendo claro a diferença entre incapacidade e invalidez, onde:

O servidor municipal que esteja temporariamente incapacitado para desempenhar sua atividade laboral será afastado nos termos da Lei, onde o período de afastamento é determinado pela literatura médica e pelo critério e análise realizado pelo perito médico municipal quando da avaliação médica da incapacidade ; A aposentadoria por invalidez é um

## PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA

Secretaria Municipal da Administração  
Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



benefício concedido ao servidor considerado pela perícia médica como incapaz / inapto definitivamente para exercer a sua profissão e não puder ser readaptado, reabilitado, colocado em Dedicação Parcial.

### F32 Episódios depressivos.

A Depressão se caracteriza por um estado de tristeza imotivado ou reativo, com lentificação do pensamento, sentimento de culpa, baixa auto-estima, ideação de ruína, de pessimismo e de morte. O depressivo não sente alegria, nem prazer nas coisas que antes o estimulavam. Não cria, não empreende. Observa-se com frequência a manifestação somática em depressivos, com queixas de dores generalizadas, advindas de má postura e aumento da tensão muscular (“postura corporal depressiva”).

Deve-se diferenciar o transtorno depressivo primário da depressão reativa, uma vez que esta possui melhor prognóstico, pois é consequente de uma tristeza motivada, por fatores infortunísticos (traumas/amputações, luto, catástrofes, existência de doenças graves, violência social). A depressão reativa também pode se originar a partir do uso de certos medicamentos, tais como anti-hipertensivos (metildopa), quimioterápicos e imunosupressores.

Na gênese das depressões, encontram-se fatores genéticos, neuroquímicos, neuroendócrinos e o desequilíbrio no ritmo circadiano. Estudos de meta-análise em pacientes com história de episódio depressivo, “quando tratados com antidepressivos por 2 a 6 meses, além da remissão, apresentam uma redução do risco de recaída de 50%” (grifo nosso) quando comparados com placebo. 1/3 destes pacientes poderá apresentar recaída no 1º ano.

Nos episódios típicos de cada um dos três graus de depressão: leve, moderado ou grave, o paciente apresenta um rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição da atividade. Existe alteração da capacidade de experimentar o prazer, perda de interesse, diminuição da capacidade de concentração, associadas em geral à fadiga importante, mesmo após um esforço mínimo. Observam-se em geral problemas do sono e diminuição do apetite. Existe quase sempre uma diminuição da auto-estima e da autoconfiança e freqüentemente idéias de culpabilidade e ou de indignidade, mesmo nas formas leves.

O humor depressivo varia pouco de dia para dia ou segundo as circunstâncias e pode se acompanhar de sintomas ditos “somáticos”, por exemplo perda de interesse ou prazer, despertar matinal precoce, várias horas antes da hora habitual de despertar, agravamento matinal da depressão, lentidão psicomotora importante, agitação, perda de apetite, perda de peso e perda da libido. O número e a gravidade dos sintomas permitem determinar três graus de um episódio depressivo: leve, moderado e grave.

Do ponto de vista pericial, importa a intensidade do quadro, além da presença/persistência de sintomas psicóticos associados.

Os episódios depressivos compreendem:

- F32.0 - Episódio depressivo leve;
- F32.1 - Episódio depressivo moderado;
- F32.2 - Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos;
- F32.3 - Episódio depressivo grave com sintomas psicóticos;
- F32.8 - Outros episódios depressivos; e

## PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA

Secretaria Municipal da Administração  
Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



F32.9 - Episódio depressivo não especificado.

### **F32.0 Episódio depressivo leve.**

Geralmente estão presentes ao menos dois ou três dos sintomas citados anteriormente (por ex.: lentificação do pensamento, sentimento de culpa, baixa auto-estima e diminuição da autoconfiança, ideação de ruína, de pessimismo e de morte, idéias de culpabilidade e ou de indignidade, perda de interesse, diminuição da capacidade de concentração, fadiga importante, problemas do sono e diminuição do apetite, ...). O paciente usualmente sofre com a presença destes sintomas mas provavelmente será capaz de desempenhar a maior parte das atividades.

### **F32.1 Episódio depressivo moderado.**

Geralmente estão presentes quatro ou mais dos sintomas citados anteriormente e o paciente aparentemente tem muita dificuldade para continuar a desempenhar as atividades de rotina.

O que caracteriza um transtorno depressivo como leve ou moderado é a intensidade, a quantidade e a duração dos sintomas que levam ao diagnóstico da doença. O transtorno leve ou moderado deve cursar com tristeza imotivada ou reativa, lentificação do pensamento, redução das atividades pragmáticas, alterações de sono, apetite e libido.

### **F32.2 Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos.**

Episódio depressivo onde vários dos sintomas são marcantes e angustiantes, tipicamente a perda da auto-estima e idéias de desvalia ou culpa. As idéias e os atos suicidas são comuns e observa-se em geral uma série de sintomas "somáticos".

### **F32.3 Episódio depressivo grave com sintomas psicóticos.**

Episódio depressivo correspondente à descrição de um episódio depressivo grave (F32.2) mas acompanhado de alucinações, idéias delirantes, de uma lentidão psicomotora ou de estupor de uma gravidade tal que todas as atividades sociais normais tornam-se impossíveis; pode existir o risco de morrer por suicídio, de desidratação ou de desnutrição. As alucinações e os delírios podem não corresponder ao caráter dominante do distúrbio afetivo.

Entendemos que em ambas as entidades nosológicas, os sintomas e sinais apresentados são os já citados para os episódios leves e moderados, porém em maior frequência, intensidade e duração. Nas depressões graves, é comum na história familiar uma personalidade prévia tímida, evitativa, que perdura desde a infância e a adolescência. Nos casos graves, o risco de suicídio é elevado; com uma taxa entre 10% e 25% de consumação da intenção.

Nestes quadros as queixas clínicas podem estar associadas a manifestações paranóides, como sentir-se perseguido por colegas, familiares e chefes, difamações e zombarias. Faz de um sorriso, uma brincadeira; de um comentário no trabalho ou em família, um motivo para insegurança e desconfiança. Nestes indivíduos, as crises de choro são frequentes, longas e constantes, a qualquer hora e em qualquer lugar. Apresentam tendência ao isolamento, num círculo vicioso, aprofundando a gravidade do quadro. Quando presentes, os sintomas

## PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA

Secretaria Municipal da Administração  
Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



psicóticos, do tipo alucinações e delírios, são, em geral, ligados à baixa estima e à culpa, mesmo imotivadas.

### Conduta médico-pericial.

A eventual incapacidade laborativa está condicionada à adesão e eficácia do tratamento, à atividade exercida (avaliar risco para si e para terceiros e possíveis desencadeamentos relacionados com o trabalho) e à melhora dos sintomas.

Importante dizer que “**o uso continuado de medicamentos não é, por si só, motivo para manutenção de afastamento laborativo**” (grifo nosso).

Na depressão grave com ou sem sintomas psicóticos, é necessária maior atenção pelos riscos inerentes (risco de suicídio) sendo proposta de seguimento em conjunto com a psicóloga deste SMST.

O prazo de afastamento sugerido para os casos de depressão leve e moderada é de até 60 dias, pontuamos o descrito alhures, que estudos de meta-análise em pacientes com história de episódio depressivo, “**quando tratados com antidepressivos por 2 a 6 meses, além da remissão, apresentam uma redução do risco de recaída de 50%**” (grifo nosso); Nos casos de quadro depressivo grave, com tratamento médico bem-sucedido, entendemos que pode haver recuperação das condições laborativas em até 6 meses sendo este período do afastamento porém como já descrito - casos de depressão grave tem a proposta de seguimento em conjunto com a psicóloga deste SMST; Orientamos afastamento por 90 dias e prorrogação por mais 90 dias se necessário for. Em casos de solicitação de prorrogação deste período, a solicitação de informações ao médico assistente é recomendável.

### F33 Episódios depressivos recorrentes.

Transtorno caracterizado pela ocorrência repetida de episódios depressivos correspondentes à descrição de um episódio depressivo F32.- na ausência de todo antecedente de episódios independentes de exaltação de humor e de aumento de energia (mania). O transtorno pode, contudo, comportar breves episódios caracterizados por um ligeiro aumento de humor e da atividade (hipomania), sucedendo imediatamente a um episódio depressivo, e por vezes precipitados por um tratamento antidepressivo. As formas mais graves do transtorno depressivo recorrente F33.2 e F33.3 apresentam numerosos pontos comuns com os conceitos anteriores da depressão maníaco-depressiva, melancolia, depressão vital e depressão endógena. O primeiro episódio pode ocorrer em qualquer idade, da infância à senilidade, sendo que o início pode ser agudo ou insidioso e a duração variável de algumas semanas a alguns meses. O risco de ocorrência de um episódio maníaco não pode jamais ser completamente descartado em um paciente com um transtorno depressivo recorrente, qualquer que seja o número de episódios depressivos apresentados. Em caso de ocorrência de um episódio maníaco, o diagnóstico deve ser alterado pelo de transtorno afetivo bipolar F31.- O episódio depressivo recorrente é caracterizado pela ocorrência repetida de crises depressivas. Estas são correspondentes à descrição de um episódio depressivo.

### Critérios de avaliação:

- Frequência dos episódios. São muito frequentes? Mais de 1 por ano?

## PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA

Secretaria Municipal da Administração  
Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



- b) Ideação ou tentativa de suicídio?
- c) Sintomas psicóticos persistentes?
- d) O tratamento tem sido adequado e contínuo, com acompanhamento regular por psiquiatra?
- e) Consegue manter, nos intervalos intercríticos, alguma atividade produtiva?
- f) Encontra-se em idade laborativa e está inserido no mercado de trabalho?
- g) A função laborativa é compatível com o quadro patológico?
- h) A função laborativa é um fator agravante e negativo para o quadro patológico?

As respostas (positivas ou negativas) a este conjunto de fatores (ou quesitos) deverão orientar a decisão médica pericial.

### Conduta médica-pericial.

A decisão médica-pericial poderá ser por períodos longos de afastamento, podendo chegar ao limite indefinido; Recomendamos afastamento por 90 dias e prorrogação por mais 90 dias se necessário for. Em casos de solicitação de prorrogação deste período, a solicitação de informações ao médico assistente é recomendável.

### F34 Transtornos persistentes do humor.

Os transtornos persistentes do humor são aqueles nos quais os episódios individuais não são suficientemente graves para justificar um diagnóstico de episódio maníaco ou de episódio depressivo leve. Podem perdurar por anos e, por vezes, durante a maior parte da vida adulta da pessoa. Levam a graus diferentes de sofrimento e incapacidade. O transtorno cursa com alterações afetivas cíclicas, porém de menor gravidade e duração, embora os portadores desta não admitam estar enfermos.

Em geral, pessoas portadoras de transtorno persistente do humor são de difícil convívio. São mais problemáticos com os que convivem ao seu entorno do que consigo próprios. Em certos casos, episódios maníacos ou depressivos recorrentes ou isolados podem ser originários de um transtorno afetivo persistente, como intercorrência, evolução ou agravamento.

Os transtornos persistentes do humor se classificam em:

**F34.0 Ciclotimia** - Comporta numerosos períodos de depressão ou de leve euforia nenhum deles suficientemente grave ou prolongado.

Instabilidade persistente do humor que comporta numerosos períodos de depressão ou de leve elação nenhum deles suficientemente grave ou prolongado para responder aos critérios de um transtorno afetivo bipolar F31.- ou de um transtorno depressivo recorrente F33.- O transtorno se encontra freqüentemente em familiares de pacientes que apresentam um transtorno afetivo

## PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA

Secretaria Municipal da Administração  
Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



bipolar. Algumas pessoas ciclotímicas apresentarão elas próprias ulteriormente um transtorno afetivo bipolar.

**F34.1 Distimia** - Rebaixamento crônico do humor, persistindo ao menos por vários anos, mas cuja gravidade não é suficiente ou na qual os episódios individuais são muito curtos para responder aos critérios de transtorno depressivo recorrente grave, moderado ou leve F33.-  
**Conduta médico-pericial.**

Como regra, de um modo geral, os transtornos persistentes do humor não levam à incapacidade laborativa, a não ser em caso de intercorrências. Nestes casos, inclusive, recomenda-se que se leve em conta o CID da doença intercorrente como gerador da incapacidade.

### V – Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o estresse e transtornos somatoformes (F40 a F48).

Os transtornos neuróticos não causam alienação mental, não impedem a pessoa afetada de gerir a sua pessoa e bens, de exercer os atos da vida civil e de relação. Nos transtornos relacionados ao estresse e/ou somatoformes é muito frequente encontrarmos quadros mistos, principalmente no que concerne à ansiedade e depressão. O estresse é o conjunto de reações que ocorrem em um organismo quando este é submetido a um esforço de adaptação com resultados positivos ou negativos. Quando este esforço tensional torna-se crônico, prolongado, penoso, exaustivo, esta tensão torna-se patológica, rompendo o equilíbrio biopsicossocial, culminando em apresentar-se através de transtornos psiquiátricos e/ou psicossomáticos de gravidade e duração variáveis.

#### Transtornos neuróticos (F40 a F42)

Neste grupo são estudados: F40 - Transtornos fóbico-ansiosos;  
F41 - Outros transtornos ansiosos; e  
F42 - Transtorno obsessivo-compulsivo.

#### F40 - Transtornos fóbico-ansiosos.

Fobia significa um medo injustificado, de difícil controle e irracional de alguma coisa ou situação, que por si só não é perigosa, mas causa pavor e, por isso, é evitada e/ou enfrentada pelo indivíduo com intensa ansiedade. O humor tem características ansiosas e depressivas de leve a moderada.

O diagnóstico torna-se fácil pela verbalização do examinado diante do agente causador da fobia.

As fobias mais comuns são: F40.0 - Agorafobia;  
F40.1 - Fobia social; e  
F40.2 - Fobias específicas.

#### F40.0 - Agorafobia.

Grupo relativamente bem definido de fobias relativas ao medo de deixar seu domicílio, medo de lojas, de multidões e de locais públicos, ou medo de viajar sozinho em trem, ônibus ou

## PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA

Secretaria Municipal da Administração  
Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



avião. A presença de um transtorno de pânico é freqüente no curso dos episódios atuais ou anteriores de agorafobia. Entre as características associadas, acham-se freqüentemente sintomas depressivos ou obsessivos, assim como fobias sociais. As condutas de evitação comumente são proeminentes na sintomatologia e certos agorafóbicos manifestam pouca ansiedade dado que chegam a evitar as situações geradoras de fobia.

A Agorafobia refere-se a ambientes amplos, abertos com saídas indefinidas ou não visíveis, e também a multidões, locais de difícil saída ou escape (estádios, shoppings, shows, aeroportos). Costuma surgir na idade adulta ainda jovem ou até os 40 anos de idade.

### F40.1 - Fobia social (F40.1).

Medo de ser exposto à observação atenta de outrem e que leva a evitar situações sociais. As fobias sociais graves se acompanham habitualmente de uma perda da auto-estima e de um medo de ser criticado. As fobias sociais podem se manifestar por rubor, tremor das mãos, náuseas ou desejo urgente de urinar, sendo que o paciente por vezes está convencido que uma ou outra destas manifestações secundárias constitui seu problema primário. Os sintomas podem evoluir para um ataque de pânico ; Também denominada: Antropofobia ; Neurose social

Refere-se a qualquer tipo de exposição da pessoa. Falar e/ou comer em público, fazer provas e/ou testes coletivos, praticar esportes e envolver-se em relacionamentos afetivos são exemplos de fobia social. Em geral, tem início na adolescência.

### F40.2 - Fobias específicas (F40.2).

Fobias limitadas a situação altamente específicas tais como a proximidade de determinados animais, locais elevados, trovões, escuridão, viagens de avião, espaços fechados, utilização de banheiros públicos, ingestão de determinados alimentos, cuidados odontológicos, ver sangue ou ferimentos. Ainda que a situação desencadeante seja inofensiva, o contato com ela pode desencadear um estado de pânico como na agorafobia ou fobia social ; Podem cursar desde a infância.

Exclui:Dismorfofobia (não-delirante) (F45.2)  
Nosofobia (F45.2)

### Conduta médico-pericial.

De um modo geral, os transtornos fóbico-ansiosos não geram incapacidade laborativa, a não ser em casos de situações críticas. Quando incapacitantes, o afastamento é breve, sugerindo-se até 30 dias para o controle total da sintomatologia. Em casos de solicitação de prorrogação deste período, a solicitação de informações ao médico assistente é recomendável.

### F41 - Outros transtornos de ansiedade.

Nestes transtornos neuróticos, as manifestações mais graves e exuberantes vêm da ansiedade e suas repercussões neuroquímicas, neuro-hormonais e fisiopatológicas a refletir, em maior ou menor grau, no psiquismo e no físico do indivíduo ; Para fins periciais é importante conhecer:

F41.0 - Transtorno de pânico (ansiedade paroxística episódica);

## PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA

Secretaria Municipal da Administração  
Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



- F41.1 - Ansiedade generalizada; e  
F41.2 - Transtorno misto de ansiedade e depressão (F41.2).

### F41.0 - Transtorno de pânico.

A característica essencial deste transtorno são os ataques recorrentes de uma ansiedade grave (ataques de pânico), que não ocorrem exclusivamente numa situação ou em circunstâncias determinadas mas de fato são imprevisíveis. Como em outros transtornos ansiosos, os sintomas essenciais comportam a ocorrência brutal de palpitação e dores torácicas, sensações de asfixia, tonturas e sentimentos de irrealdade (despersonalização ou desrealização). Existe, além disso, freqüentemente um medo secundário de morrer, de perder o autocontrole ou de ficar louco. Não se deve fazer um diagnóstico principal de transtorno de pânico quando o sujeito apresenta um transtorno depressivo no momento da ocorrência de um ataque de pânico, uma vez que os ataques de pânico são provavelmente secundários à depressão neste caso - atenção especial para congruência entre a história e exame físico pericial e o atestado / laudo médico apresentado, assim como medicamentos em uso.

A síndrome de pânico ou doença de pânico é caracterizada por várias crises/ataques de ansiedade paroxística intensa e grave, num período de 30 a 45 dias, súbita, auto-limitada, sem fatores predisponentes, desencadeantes ou traumáticos como causa ; Os sintomas são:

- a) Medo e sensação de morrer, de enlouquecer, de perder a razão e o controle total de si;
- b) De ordem cardiovascular e/ou respiratória (taquicardia, palpitações, dor e/ou pressão no peito, falta de ar, sensação de sufocamento). Estes sintomas, em geral, confundem-se com as emergências cardiovasculares. Não é raro ter seu primeiro atendimento num pronto socorro cardiológico;
- c) De ordem neurológica e/ou otorrinolaringológica (tonturas, vertigens, formigamento, sensação de anestesia ou de choque, parestesias, zumbidos); e de ordem geral (náuseas, vômitos, sensação de frio ou calor intenso, sudorese, tremores), e outros consequentes à descarga adrenérgica.

Importante salientar que “a crise no transtorno de pânico é auto-limitada e de curto período”. Em geral, **não ultrapassa 10 minutos** (grifo nosso). Atualmente usa-se com grande eficácia técnicas de controle respiratório, impedindo inclusive que a crise se desencadeie com todos os pródromos descritos.

O prognóstico é, em geral, bom em médio prazo, podendo ocorrer remissão espontânea.

O tratamento adequado abrevia o curso da crise.

### Conduta médica-pericial.

De um modo geral, este grupo de patologias não gera incapacidade laborativa, a não ser em caso de agravamento ou de situações críticas. Quando incapacitantes, o afastamento é breve, sugerindo-se até 30 dias para o controle total da sintomatologia. Em casos de solicitação de prorrogação deste período, a solicitação de informações ao médico assistente é recomendável.

## PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA

Secretaria Municipal da Administração  
Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



Importante: Nos casos em que há o exercício de função de risco individual ou coletivo, como, por exemplo, na condução de veículos e trabalho em confinamento, pode haver a necessidade de encaminhamento para a Dedicação parcial e/ou Readaptação funcional.

Os transtornos mistos de ansiedade caracterizam-se por manifestações generalizadas da ansiedade, persistentes, sem serem paroxísticas e episódicas. Não há crises súbitas e violentas. É como ser hipertenso e manter sua pressão arterial em patamares acima da média desejada, contudo perfeitamente suportáveis e toleráveis ao portador.

Os fatores estressógenos podem ser de grande influência na formação e manutenção deste estado de ansiedade, tais como: cobranças e pressões sociais e profissionais, apelos da mídia, multiplicidade de funções e obrigações, violência urbana, solidão e empobrecimento dos vínculos familiares e afetivos. Isso somado aos fatores internos do indivíduo, forma o perfil do ansioso.

### F41.1 - Transtorno de ansiedade generalizada.

Ansiedade generalizada e persistente que não ocorre exclusivamente nem mesmo de modo preferencial numa situação determinada, a ansiedade é "flutuante". Os sintomas essenciais são variáveis, mas compreendem nervosismo persistente, tremores, tensão muscular, transpiração, sensação de vazio na cabeça, palpitações, tonturas e desconforto epigástrico. Medos de que o paciente ou um de seus próximos irá brevemente ficar doente ou sofrer um acidente são freqüentemente expressos. Como a ansiedade é duradoura e o estresse um fator presente, podem ocorrer: distúrbios do sono, irritabilidade, palpitações eventuais, mal-estar, tensão muscular após o trabalho, cefaléia intermitente e fadiga fácil.

### Conduta médica-pericial.

De um modo geral, este grupo de patologias não gera incapacidade laborativa, a não ser em caso de agravamento ou de situações críticas. Quando incapacitantes, o afastamento é breve, sugerindo-se até 30 dias para o controle total da sintomatologia. Em casos de solicitação de prorrogação deste período, a solicitação de informações ao médico assistente é recomendável.

### F41.2 - Transtornos mistos de ansiedade e depressão.

Esta categoria deve ser utilizada quando o sujeito apresenta ao mesmo tempo sintomas ansiosos e sintomas depressivos, sem predominância nítida de uns ou de outros, e sem que a intensidade de uns ou de outros seja suficiente para justificar um diagnóstico isolado. Quando os sintomas ansiosos e depressivos estão presentes simultaneamente com uma intensidade suficiente para justificar diagnósticos isolados, os dois diagnósticos devem ser anotados e não se faz um diagnóstico de transtorno misto ansioso e depressivo.

São quadros de leve a moderados em que, além dos sintomas da ansiedade por vezes, há desânimo, desconcentração, algumas **alterações de humor perfeitamente toleráveis e contornáveis** (grifo nosso).

### Conduta médica-pericial

Os transtornos mistos e fóbico-ansiosos não levam à incapacidade laborativa, a não ser em caso de situações críticas. Quando incapacitantes, o afastamento é breve, sugerindo-se até 30

## PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA

Secretaria Municipal da Administração  
Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



dias ; Em casos de solicitação de prorrogação deste período, a solicitação de informações ao médico assistente é recomendável.

### F42 - Transtorno obsessivo-compulsivo T.O.C.

Transtorno caracterizado essencialmente por idéias obsessivas ou por comportamentos compulsivos recorrentes. As idéias obsessivas são pensamentos, representações ou impulsos, que se intrometem na consciência do sujeito de modo repetitivo e estereotipado. Em regra geral, elas perturbam muito o sujeito, o qual tenta, freqüentemente resistir-lhes, mas sem sucesso. O sujeito reconhece, entretanto, que se trata de seus próprios pensamentos, mas estranhos à sua vontade e em geral desprazeirosos. Os comportamentos e os rituais compulsivos são atividades estereotipadas repetitivas. O sujeito não tira prazer direto algum da realização destes atos os quais, por outro lado, não levam à realização de tarefas úteis por si mesmas. O comportamento compulsivo tem por finalidade prevenir algum evento objetivamente improvável, freqüentemente implicando dano ao sujeito ou causado por ele, que ele(a) teme que possa ocorrer. O sujeito reconhece habitualmente o absurdo e a inutilidade de seu comportamento e faz esforços repetidos para resistir-lhes. O transtorno se acompanha quase sempre de ansiedade. Esta ansiedade se agrava quando o sujeito tenta resistir à sua atividade compulsiva.

É um transtorno caracterizado por pensamentos obsessivos e/ou atos ou rituais compulsivos recorrentes e persistentes. Embora estes pensamentos e manias sejam despropositados e sem sentido, não há condição de evitar, gerando grande sofrimento e angústia. Pode haver depressão, isolamento afetivo e social. O portador de TOC, apesar de suas excentricidades, não tem nenhum dano intelectual no aprendizado, na cultura e na capacidade laborativa de uma forma geral. Quanto ao ângulo afetivo e social, pode atrapalhar em maior ou menor grau, dependendo das manias, compulsões e excentricidades do portador. Os rituais em geral são: de limpeza e descontaminação; de contagem; de verificação; místicos e supersticiosos; de colecionamento, dentre outros.

As obsessões são do tipo pensamentos que se encontram no foco da atenção. Vão e voltam independentemente da sua vontade, em geral preocupantes, mórbidas, obscenas, angustiantes. Há recorrência de imagens mentais perversas e negativistas.

O TOC é doença de curso crônico e de cura difícil. Por vezes há necessidade de tratamento durante toda a vida. Sob tratamento adequado, pode haver melhora em seus sintomas e uma vida com qualidade.

### Conduta médico-pericial.

De modo geral, este grupo de patologias não gera incapacidade laborativa, a não ser em casos de agravamento ou de situações críticas, devendo ser muito bem pontuadas e comprovadas. Quando incapacitantes, o afastamento é breve, sugerindo-se entre 30 e 60 dias ; Em casos de solicitação de prorrogação deste período, a solicitação de informações ao médico assistente é recomendável.

### F43 - Reação ao estresse grave e transtornos de ajustamento.

## PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA

Secretaria Municipal da Administração  
Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



Esta categoria difere das outras na medida que sua definição não repousa exclusivamente sobre a sintomatologia e a evolução, mas igualmente sobre a existência de um ou outro dos dois fatores causais seguintes: um acontecimento particularmente estressante desencadeia uma reação de "stress aguda", ou uma alteração particularmente marcante na vida do sujeito, que comporta consequências desagradáveis e duradouras e levam a um transtorno de adaptação. Embora fatores de "stress" psicossociais ("life events") relativamente pouco graves possam precipitar a ocorrência de um grande número de transtornos classificados em outra parte neste capítulo ou influenciá-lhes o quadro clínico, nem sempre é possível atribuir-lhes um papel etiológico, quanto mais que é necessário levar em consideração fatores de vulnerabilidade, freqüentemente idiosincráticos, próprios de cada indivíduo; em outros termos, estes fatores não são nem necessários nem suficientes para explicar a ocorrência e a natureza do transtorno observado.

Em contraste, para os transtornos reunidos aqui sob F43, admite-se que sua ocorrência é sempre a consequência direta de um "stress" agudo importante ou de um traumatismo persistente. O acontecimento estressante ou as circunstâncias penosas persistentes constituem o fator causal primário e essencial, na ausência do qual o transtorno não teria ocorrido. Os transtornos reunidos neste capítulo podem assim ser considerados como respostas inadaptadas a um "stress" grave ou persistente, na medida em que eles interferem com mecanismos adaptativos eficazes e entravam assim o funcionamento social.

Este transtorno tem como característica primordial possuir um agente causador identificável, antecedendo o desencadear do quadro clínico. São eles:

- F43.0 - Reação aguda ao estresse;
- F43.1 - Transtorno de estresse pós-traumático; e
- F43.2 - Transtornos de adaptação.

### **F43.0 - Reação aguda ao estresse.**

Transtorno transitório que ocorre em indivíduo que não apresenta nenhum outro transtorno mental manifesto, em seguida a um "stress" físico e/ou psíquico excepcional, e que desaparece habitualmente em algumas horas ou em alguns dias. A ocorrência e a gravidade de uma reação aguda ao "stress" são influenciadas por fatores de vulnerabilidade individuais e pela capacidade do sujeito de fazer face ao traumatismo. A sintomatologia é tipicamente mista e variável e comporta de início um estado de aturdimento caracterizado por um certo estreitamento do campo da consciência e dificuldades de manter a atenção ou de integrar estímulos, e uma desorientação. Este estado pode ser seguido quer por um distanciamento do ambiente (podendo tomar a forma de um estupor dissociativo - ver F44.2) ou de uma agitação com hiperatividade (reação de fuga). O transtorno se acompanha freqüentemente de sintomas neurovegetativos de uma ansiedade de pânico (taquicardia, transpiração, ondas de calor). Os sintomas se manifestam habitualmente nos minutos que seguem a ocorrência do estímulo ou do acontecimento estressante e desaparecem no espaço de dois a três dias (freqüentemente em algumas horas). Pode haver uma amnésia parcial ou completa (F44.0) do episódio. Quando os sintomas persistem, convém considerar uma alteração do diagnóstico (e do tratamento).

Entendemos que é um transtorno transitório, súbito, inesperado de gravidade variável, que ocorre em qualquer pessoa com antecedentes psiquiátricos ou não. É uma resposta imediata a excepcional estresse físico e/ou mental. Trata-se de quadro agudo que se inicia até segundos

## PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA

Secretaria Municipal da Administração  
Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



após o evento estressante e/ou traumático e cessa em horas ou em dias. É também chamado popularmente “estado de choque”.

### Conduta médica-pericial.

De modo geral, este grupo de patologias não gera incapacidade laborativa, a não ser em casos de agravamento ou de situações críticas, devendo ser muito bem avaliadas frente a possibilidade de se tratar de Acidente de Trabalho. Quando incapacitantes, o afastamento é breve, sugerindo-se até 30 dias; Em casos de solicitação de prorrogação deste período, a solicitação de informações ao médico assistente é recomendável.

### F43.1 - Transtorno de estresse pós-traumático.

Este transtorno constitui uma resposta retardada ou protraída a uma situação ou evento estressante (de curta ou longa duração), de natureza excepcionalmente ameaçadora ou catastrófica, e que provocaria sintomas evidentes de perturbação na maioria dos indivíduos. Fatores predisponentes, tais como certos traços de personalidade (por exemplo compulsiva, astênica) ou antecedentes do tipo neurótico, podem diminuir o limiar para a ocorrência da síndrome ou agravar sua evolução; tais fatores, contudo, não são necessários ou suficientes para explicar a ocorrência da síndrome. Os sintomas típicos incluem a revivescência repetida do evento traumático sob a forma de lembranças invasivas (“flashbacks”), de sonhos ou de pesadelos; ocorrem num contexto durável de “anestesia psíquica” e de embotamento emocional, de retraimento com relação aos outros, insensibilidade ao ambiente, anedonia, e de evitação de atividades ou de situações que possam despertar a lembrança do traumatismo. Os sintomas precedentes se acompanham habitualmente de uma hiperatividade neurovegetativa, com hipervigilância, estado de alerta e insônia, associadas freqüentemente a uma ansiedade, depressão ou ideação suicida. O período que separa a ocorrência do traumatismo do transtorno pode variar de algumas semanas a alguns meses. A evolução é flutuante, mas se faz para a cura na maioria dos casos. Em uma pequena proporção de casos, o transtorno pode apresentar uma evolução crônica durante numerosos anos e levar a uma alteração duradoura da personalidade (F62.0).

A característica principal deste transtorno é o desenvolvimento de sintomas típicos e bem definidos, após exposição a um agente ou evento estressante, traumático ou catastrófico. A resposta é de medo intenso, impotência e horror. O início das manifestações ocorre após as 3 primeiras semanas do evento até no máximo 6 meses do ocorrido - Orientamos muita atenção na coleta de dados para a construção da história clínica.

Patologia que cursa com revivência persistente do evento traumático, ideação mórbida, com traços obsessivos. Também, com “flashbacks”, pesadelos e sonhos recorrentes, distúrbios acentuados do sono, estado de hipervigilância, sobressalto e desassossego constante. Apresenta atitudes de desconfiança, hostilidade, embotamento afetivo, emocional, sexual e social, esquiva fóbica [Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job Burnout. Annual Review of Psychology 2001:397]. Caso se exponha, pode apresentar agitação, ansiedade extrema e pânico.

Na avaliação médica, deve-se levar em conta a associação com outros transtornos psiquiátricos; qualidade e intensidade do agente estressor; a presença de outros fatores agravantes como: personalidade prévia patológica; proximidade e /ou possibilidade de outro ataque do agente estressógeno.

## PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA

Secretaria Municipal da Administração  
Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



### Conduta médica-pericial.

Quando necessário, o afastamento laboral dependerá das manifestações restritivas e incapacitantes da doença, podendo-se considerar, inicialmente, até 90 dias; Em casos de solicitação de prorrogação deste período, a solicitação de informações ao médico assistente é recomendável. Nos casos de pior evolução, pode-se incluir o servidor(a) na Dedicação Parcial ou aventar a possibilidade de afastamento longo R2-Revisão em 2 anos, de acordo com o caso pensar em aposentadoria mediante ao trauma e quadro evolutivo.

### F43.2 - Transtornos de adaptação.

Estado de sofrimento e de perturbação emocional subjetivos, que entravam usualmente o funcionamento e o desempenho sociais, ocorrendo no curso de um período de adaptação a uma mudança existencial importante ou a um acontecimento estressante. O fator de "stress" pode afetar a integridade do ambiente social do sujeito (luto, experiências de separação) ou seu sistema global de suporte social e de valor social (imigração, estado de refugiado); ou ainda representado por uma etapa da vida ou por uma crise do desenvolvimento (escolarização, nascimento de um filho, derrota em atingir um objetivo pessoal importante, aposentadoria). A predisposição e a vulnerabilidade individuais desempenham um papel importante na ocorrência e na sintomatologia de um transtorno de adaptação; admite-se, contudo, que o transtorno não teria ocorrido na ausência do fator de "stress" considerado. As manifestações, variáveis, compreendem: humor depressivo, ansiedade, inquietude (ou uma combinação dos precedentes), sentimento de incapacidade de enfrentar, fazer projetos ou a continuar na situação atual, assim como certa alteração do funcionamento cotidiano. Transtornos de conduta podem estar associados, em particular nos adolescentes. A característica essencial deste transtorno pode consistir de uma reação depressiva, ou de uma outra perturbação das emoções e das condutas, de curta ou longa duração.

Entendemos que nestes transtornos há situações de angústia, desconforto emocional, depressão e estresse reativos à necessidade de adaptação por mudanças importantes e impactantes de vida. Por exemplo: divórcio, separação dos filhos, mudança de casa, escola, país, mudança de emprego, função, perda por morte de entes queridos.

Os transtornos de adaptação são mais exuberantes nas crianças, adolescentes e idosos, que são, por questões inerentes ao psiquismo destas faixas etárias, mais sensíveis às mudanças de vida. As pessoas adultas intolerantes às frustrações e emocionalmente imaturas, também sentirão com maior intensidade os seus efeitos.

O seu início dá-se em até 30 dias após o evento perturbador/modificador da vida da pessoa. Cursa com humor lábil, impaciência, irritabilidade, desgaste emocional, sensação de desânimo, ... podendo causar alterações na atividade laboral.

### Conduta médica-pericial.

De modo geral, este grupo de patologias não gera incapacidade laborativa, a não ser em casos de agravamento ou de situações críticas. Quando incapacitantes, sugere-se o afastamento entre 30 e 90 dias; Em casos de solicitação de prorrogação deste período, a solicitação de informações ao médico assistente é recomendável.

## PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA

Secretaria Municipal da Administração  
Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



### F44 - Transtornos dissociativos ou conversivos (F44).

Os transtornos dissociativos ou de conversão se caracterizam por uma perda parcial ou completa das funções normais de integração das lembranças, da consciência, da identidade e das sensações imediatas, e do controle dos movimentos corporais. Os diferentes tipos de transtornos dissociativos tendem a desaparecer após algumas semanas ou meses, em particular quando sua ocorrência se associou a um acontecimento traumático. A evolução pode igualmente se fazer para transtornos mais crônicos, em particular paralisias e anestesias, quando a ocorrência do transtorno está ligada a problemas ou dificuldades interpessoais insolúveis. No passado, estes transtornos eram classificados entre diversos tipos de "histeria de conversão". Admite-se que sejam psicogênicos, dado que ocorrem em relação temporal estreita com eventos traumáticos, problemas insolúveis e insuportáveis, ou relações interpessoais difíceis.

Os sintomas traduzem freqüentemente a idéia que o sujeito se faz de uma doença física. O exame médico e os exames complementares não permitem colocar em evidência um transtorno físico (em particular neurológico) conhecido. Por outro lado, dispõe-se de argumentos para pensar que a perda de uma função é, neste transtorno, a expressão de um conflito ou de uma necessidade psíquica. Os sintomas podem ocorrer em relação temporal estreita com um stress psicológico e ocorrer freqüentemente de modo brusco. O transtorno concerne unicamente quer a uma perturbação das funções físicas que estão normalmente sob o controle da vontade, quer a uma perda das sensações. Os transtornos que implicam manifestações dolorosas ou outras sensações físicas complexas que fazem intervir o sistema nervoso autônomo, são classificados entre os transtornos somatoformes (F45.0). Há sempre a possibilidade de ocorrência numa data ulterior de um transtorno físico ou psiquiátrico grave.

Entendemos que estes transtornos consistem em perda parcial ou completa da integração entre as memórias do passado, consciência de identidade e de sensações imediatas, bem como controle dos movimentos corporais. Estas entidades eram classificadas como "histeria de conversão". Os transtornos dissociativos ou conversões psicogênicas são reações a situações traumáticas, frustrantes e conflituosas que o indivíduo transforma em sintomas.

A faixa etária é variável. São pessoas que apresentam dificuldade de aceitação da origem da sua doença, com perfil de negação, desviando o foco primitivo dos verdadeiros problemas de forma inconsciente. A duração do quadro é, em geral, fugaz.

### Conduta médico-pericial.

De modo geral, este grupo de patologias não gera incapacidade laborativa, a não ser em casos de agravamento ou de situações críticas. Quando incapacitantes, sugere-se o afastamento entre 30 e 90 dias ; Em casos de solicitação de prorrogação deste período, a solicitação de informações ao médico assistente é recomendável.

### F45 - Transtornos somatoformes.

A somatização aparece na medicina em geral e na psiquiatria, em particular, muito mais como um sintoma do que como uma doença específica.

Somatização, a rigor, significa passar para o somático, físico ou corpóreo, somatizar. A categoria diagnóstica dos transtornos somatoformes e suas subdivisões (outros transtornos

## PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA

Secretaria Municipal da Administração  
Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



somatoformes F45.8; de dor, disfunções neurovegetativas etc.) abrangem uma série de sintomas correspondendo a respostas somáticas, indicadoras de alterações emocionais e supervalorizadas através de ampliações das sensações corporais; obviamente descartadas as patologias orgânicas. A característica principal do Transtorno Somatoform é a elaboração de múltiplas queixas somáticas pelo paciente, queixas essas recorrentes e clinicamente significativas. Uma queixa é considerada *clnicamente significativa* quando resulta ou acaba determinando algum tratamento médico, ou quando é capaz de causar algum prejuízo no funcionamento social ou ocupacional da pessoa.

Os principais sintomas do transtorno de somatização são: vômitos, palpitações, dor abdominal, dor torácica, náuseas, tonturas, flatulência, ardência nos órgãos genitais, diarréia, indiferença sexual, intolerância alimentar, dor durante o ato sexual, dor nas extremidades, impotência, dor lombar, dismenorréia, dor articular, outras queixas menstruais, dor miccional, vômitos durante a gravidez, dor inespecífica, falta de ar.

As queixas do transtorno somatoform levam a frequentes exames médicos, radiográficos, tomográficos e mesmo a cirurgias exploratórias desnecessárias. Na descrição dos sintomas, pode haver dramaticidade, eloquência e exagero. Estranhamente pode haver completamente indiferença à sugerida gravidade do problema. Sintomas proeminentes de ansiedade e humor depressivo são muito comuns, podendo ser até a razão principal para o atendimento médico. Os transtornos depressivos e de pânico podem estar associados, assim como os transtornos de personalidade dos tipos histriônica e “borderline”. Habitualmente os sintomas iniciam-se entre os 10 e 20 anos e, nas mulheres, é comum que os problemas menstruais (Dismenorréia) sejam a primeira queixa. Mesmo diante da suspeita do transtorno somatoform, o médico deve, obrigatoriamente, excluir a existência de alguma doença orgânica real.

### Conduta médico-pericial.

De modo geral, este grupo de patologias não gera incapacidade laborativa, a não ser em casos de agravamento ou de situações críticas. Quando incapacitantes, sugere-se o afastamento entre 30 e 90 dias ; Em casos de solicitação de prorrogação deste período, a solicitação de informações ao médico assistente é recomendável.

### F48 - Neurastenia.

Existem variações culturais consideráveis para a apresentação deste transtorno, sendo que dois tipos principais ocorrem, com considerável superposição.

No primeiro tipo, a característica essencial é a de uma queixa relacionada com a existência de uma maior fatigabilidade que ocorre após esforços mentais freqüentemente associada a uma certa diminuição do desempenho profissional e da capacidade de fazer face às tarefas cotidianas. A fatigabilidade mental é descrita tipicamente como uma intrusão desagradável de associações ou de lembranças que distraem, dificuldade de concentração e pensamento geralmente ineficiente.

No segundo tipo, a ênfase se dá mais em sensações de fraqueza corporal ou física e um sentimento de esgotamento após esforços míniros, acompanhados de um sentimento de dores musculares e incapacidade para relaxar. Em ambos os tipos há habitualmente vários outras sensações físicas desagradáveis, tais como vertigens, céfaléias tensionais e uma impressão de instabilidade global. São comuns, além disto, inquietudes com relação a uma degradação da

## PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA

Secretaria Municipal da Administração  
Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



saúde mental e física, irritabilidade, anedonia, depressão e ansiedade menores e variáveis. O sono freqüentemente está perturbado nas suas fases inicial e média mas a hipersonia pode também ser proeminente.

É recomendado usar o código adicional, se necessário, para identificar a doença física antecedente de acordo com o CID-10.

Neurastenia - Síndrome de fadiga.

Exclui: Astenia SOE (R53);  
Estafa (Z73.0);  
Mal estar e fadiga (R53);  
Psicastenia (F48.8); e  
Síndrome da fadiga pós-viral (G93.3)

A Síndrome de fadiga é um quadro onde existe uma fraqueza generalizada, uma exaustão do ponto de vista físico e/ou mental. O quadro base é o de fadiga, física e/ou mental, repercutindo sob a forma de vários sintomas, como desconcentração, cansaço mental, dispersão, cefaléias, tonturas, enxaquecas frequentes. Distúrbios de sono estão quase sempre presentes, sendo frequente a expressão de “acordar cansado como se não tivesse dormido”.

### Conduta médico-pericial.

De modo geral, este grupo de patologias não gera incapacidade laborativa, a não ser em casos de agravamento ou de situações críticas. Quando incapacitantes, o afastamento é breve, sugerindo-se até 30 dias; Em casos de solicitação de prorrogação deste período, a solicitação de informações ao médico assistente é recomendável.

### VI - Transtornos relacionados ao trabalho.

#### Z73.0 - Síndrome do esgotamento profissional ou “*Síndrome de Burnout*”; Esgotamento.

É um transtorno grave de tensão emocional crônica relacionada ao trabalho, em que o estresse chega às últimas consequências e leva o organismo ao esgotamento por exaustão. Clinicamente o indivíduo torna-se improdutivo, irresponsável, indiferente, desatencioso, frio emocionalmente, embotado e empobrecido em seus vínculos afetivos e laborais [Freudenbergh H. Staff burn-out. Journal of Social Issues 1974;30(1):159-165; Limongi-França AC, Rodrigues AL. Stress e trabalho: uma abordagem psicosomática. 2a.ed. São Paulo: Editora Atlas; 1999]. O perfil do atingido caracteriza-se em serem profissionais idealistas, exigentes, perfeccionistas.

A *Síndrome de Burnout* não aparece repentinamente como resposta a um estressor determinado. Esta é uma importante diferença entre *Burnout* e reação aguda ao estresse, estresse pós traumático assim como às reações de ajustamento, que são rápidas e determinantemente objetivas. O quadro de *Burnout* vai se instalando insidiosamente.

É importante citar que, “apesar de os fatores predisponentes serem importantes, mesmo que ocorra sobrecarga de trabalho, estresse e pressões crônicas no âmbito profissional, quando há auto-estima elevada, reconhecimento e simpatia do cliente quanto à sua profissão/função, raramente desenvolverá *Burnout*” (grifo nosso).

## PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA

Secretaria Municipal da Administração  
Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



Estudos realizados no Brasil mostram que categorias profissionais como médicos, enfermeiros, assistentes sociais, professores, bancários, agentes penitenciários, policiais, apresentam alta incidência de *Burnout*. Há muitos anos, organizações do trabalho já alertavam para a alta incidência de *Síndrome de Burnout* nos controladores de vôo em todo o mundo.

*Burnout* em inglês coloquial significa: “combustão completa”, tal definição foi formulada pelo psicanalista norte-americano Herbert Freudenberger, nos anos 1970, para nomear uma reação de esgotamento físico e mental vivenciada por profissionais de saúde envolvidos na assistência a usuários de drogas [Freudenberger, H.J. *Staff burnout. J.Soc.Issues*, v.30, p.159-165, 1974]. Identificado inicialmente nas áreas de cuidado/serviços (saúde, serviço social, assistência jurídica, atividade policial e de bombeiros) e da educação, o *Burnout* foi tradicionalmente definido como uma síndrome psicológica composta de três dimensões: exaustão emocional (sensação de esgotamento de recursos físicos e emocionais), despersonalização ou cinismo (reação negativa ou excessivamente distanciada em relação às pessoas que devem receber o cuidado/serviço) e baixa realização pessoal (sentimentos de incompetência e de perda de produtividade) [Maslach, C.; Schaufeli, W.B.; Leiter, M.P. *Job burnout. Annu. Rev.Psychol.*, v.52, p.397-422, 2001].

Conforme descrito no livro “Saúde Mental e Trabalho” do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo [Denise Razzoik, Mauro Gomes Aranha de Lima e Quirino Cordeiro. ISBN nº 978-85-89656-23-8], fruto do “II Workshop em Economia e Saúde Mental: Impacto socio econômico dos transtornos mentais no trabalho”, organizado pelo Centro de Economia em Saúde Mental (CESM) do Departamento de Psiquiatria da Unifesp, em parceria com o Cremesp, em 15 e 16 de maio de 2014, em São Paulo, que teve como proposta discutir a repercussão dos transtornos mentais nos meios produtivos e alertar para a dimensão dos custos provocados pelo adoecimento mental dos trabalhadores na sociedade e nas empresas, principalmente quando tratado de maneira inadequada:

*“Os transtornos mentais estão entre as primeiras causas de afastamento no trabalho, de baixa produtividade laboral, de aposentadoria precoce e de acidentes”*

*“Em uma abordagem mais ampla, a riqueza de um país é vista pela qualidade de seu capital mental. O investimento na qualidade técnica e na educação são fatores importantes no desempenho humano, porém, a saúde mental representa hoje um ponto crucial para a participação efetiva do indivíduo na sociedade e na geração de renda. Em outras palavras, um país terá maior capacidade de desempenho competitivo e inovação quanto maiores forem os investimentos e cuidado da saúde física e mental do seu capital humano”.*

*“Atualmente, se discute o que seria um ambiente de trabalho sustentável no que tange à promoção de saúde mental dos trabalhadores”*

Destacamos o capítulo 9, abordando a *Síndrome de Burnout*, onde a Dra. Mônica Kayo, introduz o conceito de *Burnout*, como sendo uma síndrome que ocorre em decorrência de fatores estressores no ambiente de trabalho, pautada na triade: a) Exaustão emocional, b) Cinismo e c) Diminuição da eficácia profissional, e descreve:

A exaustão é a dimensão mais individual do *Burnout* e refere-se ao esgotamento dos recursos físicos e emocionais. O cinismo representa o contexto interpessoal, em que ocorre piora dos relacionamentos, causada pela impaciência, distanciamento e sentimentos negativos. A

## PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA

Secretaria Municipal da Administração  
Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



ineficácia profissional representa a autoavaliação do *Burnout*, quando o indivíduo sente-se incompetente, frustrado, incapaz de atingir as metas pessoais e da corporação [1]. Sendo descrito:

- a) Exaustão emocional.

A exaustão é o sintoma mais marcante do *Burnout*. Quando um indivíduo diz estar com *Burnout*, refere-se especialmente à exaustão não apenas emocional, mas também física. Essa exaustão é observável por meio de sintomas como dificuldade de concentração, cansaço, fadiga, insônia e alterações do humor [1]. Quanto às alterações do humor, a sintomatologia depressiva, de fato, sobrepõe-se à exaustão emocional [7] e talvez isso tenha contribuído para o menor interesse dos psiquiatras no assunto, visto que aparentemente não havia necessidade de se ter o *Burnout* como um diagnóstico à parte, dada a sobreposição deste com a depressão e o transtorno adaptativo [8]. Alguns autores chegaram a propor que apenas a exaustão emocional seria suficiente para o diagnóstico do *Burnout*.

De certa forma, essa ideia se reflete na classificação internacional de doenças, em que o diagnóstico tido como representativo da *Síndrome de Burnout* é o código Z73.0 - Esgotamento / Estado de exaustão vital, que cita a “sensação de estar acabado” ou “síndrome do esgotamento profissional”. Entretanto, se levarmos em conta apenas esse aspecto, perdemos a chance de compreender o fenômeno, pois sendo o *Burnout* um estresse ocupacional dentro de uma organização, seu efeito nas relações interpessoais tem impacto significativo.

- b) Cinismo.

O cinismo se reflete, numa organização, como a dificuldade em liderar uma equipe, desinteresse, desmotivação, frieza, pessimismo exacerbado, respostas frias e impessoais aos colegas de equipe. Dentro de uma mesma organização há áreas mais propensas ao *Burnout* na dimensão do cinismo; por exemplo, em instituições bancárias, os funcionários que trabalham nas filiais, em contato direto com o público, são mais propensos ao *Burnout* que os trabalhadores do escritório central [6]. O distanciamento emocional, ou indiferença, característico do cinismo, parece ser uma reação à exaustão, pois dessa forma o indivíduo protege-se das demandas da equipe ou clientes [1].

- c) Diminuição da eficácia profissional.

Após a exaustão e o cinismo, ou talvez decorrente da combinação de ambos, surge a ineficácia profissional, uma autoavaliação do indivíduo que o leva a crer-se incompetente, provedor de um trabalho sem sentido que não o satisfaz e nem é relevante para a organização. Algumas teorias apontam a origem do *Burnout* como uma sequência em que a exaustão antecede o cinismo, enquanto outras apontam a exaustão emocional como a primeira fase; a relação sequencial entre a ineficácia profissional e as outras dimensões não é claramente estabelecida.

Com a *Síndrome de Burnout* já instalada, o indivíduo pode procurar ajuda psiquiátrica, seja por iniciativa própria ou por recomendação de colegas e familiares, com a hipótese diagnóstica de depressão ou “estafa”. Outro desfecho, infelizmente comum, é a demissão,

## PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA

Secretaria Municipal da Administração  
Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



precipitada pela ineficácia profissional e ausências frequentes no trabalho. Há poucos estudos clínicos sobre o *Burnout*, e estudos longitudinais são praticamente inexistentes [9], o que resulta em pouco conhecimento da duração dos sintomas e sua evolução natural.

Os fatores de risco para o *Burnout* podem ser: a) Individuais; b) Organizacionais; c) Ocupacionais; e d) Sociais [7].

### a) Fatores Individuais - Relacionados à personalidade.

Pessoas pouco receptivas a mudanças e pouco participativas são particularmente mais sensíveis à exaustão emocional [1]. A exaustão emocional está também relacionada mais fortemente a pessoas com comportamento tipo A (competitividade, hostilidade e necessidade excessiva de controle). Em termos Junguianos, há indicativos de que personalidades do tipo “sentimento” são mais propensas ao *Burnout*, em comparação às do tipo “pensamento”, especialmente na dimensão do cinismo [1]. Pessoas com locus de controle externo, ou seja, aquelas que atribuem os acontecimentos a poderes externos ou ao acaso, têm maior risco de *Burnout*. Por outro lado, indivíduos menos passivos, que enfrentam as dificuldades, apresentam índices menores de *Burnout* [1] [7] [10]. Excesso de idealismo e perfeccionismo também são fatores de risco para o *Burnout*. Expectativas muitas altas, independentemente de serem ou não realistas, constituem fatores de risco [1].

### b) Fatores Organizacionais - Relacionados às organizações.

Nas organizações, entre as características que geram *Burnout* estão o excesso de burocracia, mudanças organizacionais frequentes, ambiente com pouca confiança, pouca possibilidade de ascensão na carreira e o ambiente emocionalmente inóspito (ex: muita competitividade, assédio moral). A intenção de deixar o emprego é um preditor mais forte do risco de *Burnout* que a própria rotatividade, pois esta pode ser influenciada por fatores externos [10]. Não é nenhuma surpresa o achado de pesquisadores apontando que um alto índice de insatisfação com trabalho é preditivo não apenas de *Burnout*, mas também de rotatividade no emprego [10].

### c) Fatores Ocupacionais.

A ocupação do indivíduo pode certamente contribuir para um maior risco de *Burnout*, especialmente em casos de sobrecarga de tarefas, pouco controle sobre os acontecimentos, pouca participação nas decisões, trabalhos por turnos e funções do cargo pouco definidas. Ambiente físico hostil, como, por exemplo, exposição excessiva a ruídos ou violência, também aumenta o risco de *Burnout*. Posições com maior contato com o público apresentam maior incidência de *Burnout* [6].

### d) Fatores Sociais - Psicosociais.

Fatores psicosociais que aumentam o risco de *Burnout* incluem a falta de suporte familiar e a necessidade de manutenção do status social, em detrimento de um salário insuficiente [7]. A manutenção do status social é geradora de muita ansiedade no ambiente competitivo das corporações, em que as comparações entre benefícios de determinadas posições causam constantes frustrações.

## PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA

Secretaria Municipal da Administração  
Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



As culturas empresariais fomentam a ideia de que praticamente qualquer um pode chegar às posições de liderança nas empresas, quando na realidade apenas poucos alcançarão tais metas, cabendo aos demais lidar com a frustração. Por isso, a valorização do indivíduo na companhia em todos os setores é fundamental. O estresse causado pela competição excessiva pode gerar uma situação de estresse crônico e *Burnout*.

Entre os dados demográficos, a faixa etária entre 30 e 40 anos é a mais acometida, mas é difícil concluir a influência da idade, pois o risco pode estar associado ao momento na carreira comum em determinadas faixas etárias [1]. Em alguns estudos foi observado que a alta escolaridade estava associada ao maior risco de *Burnout*, possivelmente pelas maiores expectativas profissionais. Mulheres em cargos executivos e de liderança podem apresentar maior risco de *Burnout* que seus pares masculinos, por ainda serem minoria em muitas empresas e por desequilíbrio entre a vida pessoal e profissional.

As mulheres tendem a assumir maior responsabilidade que os homens em relação à criação dos filhos e acabam se sobrecarregando. Em um estudo qualitativo, mulheres afastadas do trabalho por problemas de saúde (incluindo o *Burnout*) disseram que uma das vantagens de seus pares do sexo masculino era “ter uma esposa em casa” [11]. Além disso, é comum mulheres se sentirem culpadas por não darem uma quantidade de atenção que considerem suficiente no convívio com os filhos.

### Etiologia e fisiopatologia.

O *Burnout* é multifatorial, resultado de agentes estressores relacionados às relações de trabalho, à sobrecarga, ao ambiente, à vulnerabilidade biológica e à personalidade.

Do ponto de vista biológico, *Tops et al.* formularam a hipótese do mau funcionamento do sistema dopaminérgico no *Burnout*, dada a semelhança entre o *Burnout* e a depressão atípica [12]. A diminuição da neurotransmissão dopaminérgica poderia estar associada a sintomas de fadiga, depressão e indiferença. Além da disfunção dopaminérgica, é possível que o sistema serotoninérgico também esteja envolvido na fisiopatogenia do *Burnout*. Os autores descreveram o *Burnout* como duas possíveis síndromes, uma com altos níveis de prolactina e outra com níveis normais [12].

O estresse crônico, como sabemos, leva a alterações fisiológicas. Um estudo avaliou as diferenças fisiológicas entre voluntários saudáveis e indivíduos com diagnóstico de *Burnout* [13]. Os indivíduos com *Burnout* apresentaram maior frequência cardíaca em repouso e níveis de cortisol mais elevado na primeira hora após o despertar, o que possivelmente indica ativação sustentada dos eixos simpático-noradrenérgico-medular e hipotálamo-hipófise-adrenal. Não houve diferenças em relação à pressão arterial e níveis de cortisol em Repouso [13].

O diagnóstico da *Síndrome de Burnout* é baseado na história do paciente e na evolução relacionada ao estresse crônico no trabalho. Por ser uma síndrome com sintomas inespecíficos, ocorre uma sobreposição com diversas outras síndromes psiquiátricas, como a depressão, o transtorno adaptativo e o transtorno de ansiedade generalizada, entre outros.

De modo geral, a psiquiatria, como ciência médica, não tem dado muito valor ao diagnóstico de *Burnout*, seja pela sobreposição com outras síndromes, seja pelo fato do *Burnout* ser visto mais como um fator de risco para outros transtornos psiquiátricos [8]; Por isso, são escassos

## PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA

Secretaria Municipal da Administração  
Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



os estudos clínicos sobre o tratamento médico do *Burnout*. Entretanto, é bem provável que o *Burnout* seja uma entidade clínica distinta da depressão, com maior ativação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal que esta; O fato das doenças relacionadas ao estresse crônico frequentemente não serem consideradas “doenças legítimas” pode levar ao não tratamento, ou ao mesmo tratamento de síndromes cujos sintomas se sobrepõem ao *Burnout*, como a ansiedade e depressão [14].

### Tratamento.

Atualmente, não existe um tratamento de escolha para o *Burnout*. Isso decorre de vários fatores: a falta de critérios diagnósticos claros, que dificulta as pesquisas clínicas, a sobreposição com vários transtornos psiquiátricos e a etiologia multifatorial, que supõe uma abordagem biopsicossocial, com ajuste dos fatores estressores. Não existe um tratamento medicamentoso indicado para o burnout; um estudo duplo-cego sugeriu que a hidrocortisona pode ser benéfica em indivíduos com *Burnout* apresentando hipofunção dopaminérgica e altos níveis de prolactina; tal estudo, entretanto, foi feito em uma população muito pequena, e ainda carece de replicação [12]. Sendo o *Burnout* uma síndrome com vários sintomas que se sobrepõem à depressão, ou ainda, que pode evoluir para um quadro depressivo, o tratamento com antidepressivos pode trazer alívio dos sintomas, mas a quantidade de estudos clínicos é escassa.

É digno de nota o fato de que muitas abordagens têm como foco apenas o indivíduo. O tratamento ideal do *Burnout*, entretanto, deve focar a interação do profissional na organização em que trabalha. É importante mudar o indivíduo e também a organização, o que é difícil e muitas vezes impossível, por isso a prevenção é fundamental.

Várias intervenções educacionais já foram testadas, tais como o gerenciamento de tempo, o *Team-Building*, treinamento de assertividade e de habilidades sociais; raramente tais programas têm bons resultados no cinismo ou na ineficácia, agindo apenas na exaustão emocional [1].

Mudanças nos fatores ambientais e organizacionais são fundamentais para a redução do *Burnout*. Várias evidências apontam que as melhores estratégias incluem mudanças nas práticas gerenciais combinadas às intervenções educacionais mencionadas anteriormente. Quando a mudança a curto prazo do ambiente é impossível, afastamento do ambiente de trabalho pode reduzir o estresse, seja sob forma de férias, home-office, viagens de trabalho ou períodos sabáticos.

As pausas no trabalho, breves ou longas, aumentam o bem-estar, diminuem o *Burnout* e ajudam a recuperação da eficácia no trabalho. Um estudo interessante, com grupo controle, mostrou o valor dos períodos sabáticos no alívio do *Burnout* [15]. Nesse estudo, foi observada a importância de um distanciamento efetivo do trabalho durante a pausa, com a eliminação do uso de meios de comunicação como emails e celulares. Consistente com a eficácia do afastamento da rotina, períodos sabáticos que cursam com mudança do tipo de atividade, juntamente com afastamento da residência habitual, podem, além de diminuir o *Burnout*, aumentar o bem-estar [15]. Períodos sabáticos não são práticas comuns nas corporações, por isso as férias constituem uma pausa de grande valor para o combate ao estresse e *Burnout*. Até mesmo viagens de trabalho podem contribuir para a diminuição do estresse e *Burnout*, como mostrou um estudo que avaliou funcionários de empresas de alta tecnologia [10] dias antes, durante, e após as viagens de trabalho internacionais [16].

## PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA

Secretaria Municipal da Administração  
Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



Certamente tais resultados não podem ser generalizados, e atualmente há necessidade de pesquisas metodologicamente mais rigorosas sobre o tratamento do *Burnout*.

A *Síndrome de Burnout* está incluída na Classificação Internacional de Doenças (CID-10) com o código Z73.0 - Esgotamento / Estado de exaustão vital, descrita neste estudo como Síndrome do esgotamento profissional, dentro da categoria “problemas relacionados com a organização do modo de vida”.

A *Síndrome de Burnout* está incluída na Classificação Internacional de Doenças (CID-11) com o código QD85 - como um fenômeno ocupacional. Não é classificada como uma condição de saúde. É descrita no capítulo “Fatores que influenciam o estado de saúde ou o contato com os serviços de saúde”, que inclui razões pelas quais as pessoas entram em contato com serviços de saúde, mas que não são classificadas como doenças ou condições de saúde.

*Burnout* é uma síndrome conceituada como resultante do estresse crônico no local de trabalho que não foi gerenciado com sucesso. É caracterizada por três dimensões:

- a) Sentimentos de exaustão ou esgotamento de energia;
- b) Aumento do distanciamento mental do próprio trabalho, ou sentimentos de negativismo ou cinismo relacionados ao próprio trabalho;
- c) Redução da eficácia profissional.

A *Síndrome de Burnout* se refere especificamente a fenômenos no contexto ocupacional e não deve ser aplicada para descrever experiências em outras áreas da vida. Essa síndrome também foi incluída na CID-10, na mesma categoria da CID-11, mas a definição é agora mais detalhada.

Referências do tópico sobre a *Síndrome de Burnout*:

1. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. Annu Rev Psychol. 2001;52:397-422.
2. Freudberger M. Staff burn-out. Journal of Social Issues. 1974;30:159-66.
3. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. J Occup Behav. 1981; 2:99-113.
4. Ahola K, Salminen S, Toppinen-Tanner S, Koskinen A, Vaananen A. Occupational burnout and severe injuries: an eight-year prospective cohort study among Finnish forest industry workers. J Occup Health. 2013; 55(6):450-7.
5. Ahola K, Vaananen A, Koskinen A, Kouvousen A, Shirom A. Burnout as a predictor of all-cause mortality among industrial employees: a 10-year prospective registerlinkage study. J Psychosom Res. 2010; Jul; 69(1):51-7.
6. Amigo I, Asensio E, Menendez I, Redondo S, Ledesma JA. Working in direct contact with the public as a predictor of burnout in the banking sector. Psicothema. 2014; 26(2):222-6.

## PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA

Secretaria Municipal da Administração  
Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



7. Trigo TR, Chei TT, Hallak JEC. Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. Rev Psiq Clin. 2007; 34(5):223-33.
8. Kaschka WP, Korczak D, Broich K. Burnout: a fashionable diagnosis. Dtsch Arztebl Int. 2011; 108(46):781-7.
9. Korczak D, Huber B, Kister C. Differential diagnostic of the burnout syndrome. GMS Health Technol Assess. 2010;6:9.
10. Lin QH, Jiang CQ, Lam TH. The Relationship between Occupational Stress, Burnout, and Turnover Intention among Managerial Staff from a Sino-Japanese Joint Venture in Guangzhou, China. J Occup Health. 2014; 19;55(6):458-67.
11. Sandmark H, Renstig M. Understanding long-term sick leave in female whitecollar workers with burnout and stress-related diagnoses: a qualitative study. BMC Public Health. 2010; 10:210.
12. Tops M, Boksem MA, Wijers AA, van Duinen H, Den Boer JA, Meijman TF, et al. The psychobiology of burnout: are there two different syndromes? Neuropsychobiology. 2007; 55(3- 4):143-50.
13. De Vente W, Olff M, Van Amsterdam JG, Kamphuis JH, Emmelkamp PM. Physiological differences between burnout patients and healthy controls: blood pressure, heart rate, and cortisol responses. Occup Environ Med. 2003; 60:Suppl 1:i54-61.
14. Kakiashvili T, Leszek J, Rutkowski K. The medical perspective on burnout. Int J Occup Med Environ Health. 2013; 26(3):401-12.
15. Davidson OB, Eden D, Westman M, Cohen-Charash Y, Hammer LB, Kluger AN, et al. Sabbatical leave: who gains and how much? J Appl Psychol. 2010; 95(5):953-64.
16. Westman M, Etzion D. The Impact of Short Overseas Business Trips on Job Stress and Burnout. Applied Psychology. 2002; 51(4):582-92.

[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5949:cid-burnout-e-um-fenomeno-ocupacional&Itemid=875](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5949:cid-burnout-e-um-fenomeno-ocupacional&Itemid=875)

### Conduta médico-pericial.

A avaliação pericial deverá ser bastante criteriosa quanto da hipótese diagnóstica de *Burnout*, pela possibilidade de implicações jurídicas ; Conforme descrito na literatura, não é raro, um sintoma da *Síndrome de Burnout* ser considerado como CID principal de uma informação médica recebida, como exemplos: F32.0, F43.1, F40 e F10 ; Na falta de informações condizentes, em caso de dúvida diagnóstica ou antes de firmar um diagnóstico de certeza, é recomendável, mesmo na primeira avaliação pericial, a solicitação de informações ao médico assistente. Quando necessário for, sugere-se afastamento inicial entre 30 e 60 dias podendo este período ser prorrogado.

### Z60 - Problemas relacionados ao ambiente social.

## PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA

Secretaria Municipal da Administração  
Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



### Z60.5 - Objeto de discriminação e perseguição percebidas.

Perseguição ou discriminação, percebida ou real, com base na participação de algum grupo (definido pela cor da pele, religião, origem étnica etc), ao invés de características pessoais ; Alvo de discriminação e perseguição percebidas: Assédio Moral "*Mobbing*" ; O Assédio Moral, também conhecido como "hostilização no trabalho", "assédio psicológico no trabalho", "psicoterror", ou internacionalmente como "*Mobbing*", "*Bullying*", ou "*harclement moral*", pode ser conceituado como conduta abusiva (gestos, palavras, atitudes, comportamentos) que atentem por sua repetição e/ou sistematização contra a dignidade e/ou integridade psíquica e/ou física de uma pessoa, pondo em perigo sua posição de trabalho ou deteriorando o ambiente de trabalho.

Caracteriza o Assédio Moral submeter o trabalhador a situações humilhantes, preconceituosas, constrangedoras, repetitivas e prolongadas durante a jornada de trabalho e no exercício de suas funções. O Perito Médico não pode confundir assédio moral com excesso ou redução de trabalho, ordem de transferência, mudança de local de trabalho, exigências no cumprimento de metas, cumprimento rígido de horários, falta de segurança, obrigação de trabalhar em situação de risco, pouco confortável ou ergonomicamente penosa.

#### Conduta Médico-Pericial.

O assédio moral apresenta-se como uma manifestação de um quadro psiquiátrico considerado através de outros CIDs tais como: F32,F43.1, F40 e F10 ; O afastamento do trabalho, se necessário, está relacionado aos sintomas manifestos ; Em casos de solicitação de prorrogação deste período, a solicitação de informações ao médico assistente é recomendável.

### VII - Transtornos específicos de personalidade (F60 a F60.8)

Também chamados de personalidades psicopáticas ou personalidades patológicas, são manifestações psiquiátricas que possuem pouco impacto na concessão dos benefícios por incapacidade. Sua prevalência entre os benefícios concedidos da espécie B31 classificados como transtornos mentais, encontra-se em torno de 1,1% . Há predomínio do sexo feminino entre os segurados beneficiários (59,7% dos casos), com idade média de 39,4 anos.

#### Personalidade.

Este termo pode ser definido como a totalidade relativamente estável e previsível dos traços emocionais e comportamentais que caracterizam a pessoa na vida cotidiana, sob condições normais. Em suma, é o "jeito de ser de cada um", com suas características habituais, como é visto e sentido pelas pessoas que o conhecem, dentro de um padrão encontrado na média das pessoas. Como exemplo, todos conhecemos (ou somos) pessoas um pouco desconfiadas, algo inseguras, irritáveis, pouco dadas a reuniões, etc..., dentro de um padrão que não causa estranheza.

#### Transtornos da Personalidade.

Quando as características pessoais (traços) são inflexíveis, rígidos e mal-adaptativos para uma vida harmônica, causando prejuízo social e ocupacional ou sofrimento significativo na pessoa e naqueles que rodeiam, temos um transtorno da personalidade.

## PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA

Secretaria Municipal da Administração  
Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



Seus portadores mostram padrões profundamente entranhados, inflexíveis e mal ajustados de relacionamento e percepção do ambiente e de si mesmos. O comportamento patológico é confirmado por terceiros, por conta da autocritica ser reduzida. Embora não possibilitem uma maneira absolutamente normal de viver (do ponto de vista estatístico), não chegam a preencher os critérios para um transtorno mental franco. Enquanto em uma personalidade normal podemos ver “um pouco de tudo”, com um ou outro traço levemente destacado, em um transtorno de personalidade podemos destacar um traço marcante, específico, característico e grave, o que permite a classificação com base neste destaque. Exemplo: um transtorno de personalidade ansioso.

Os transtornos de personalidade são condições do desenvolvimento da personalidade, aparecem na infância ou adolescência e continuam pela vida adulta. São perturbações graves da constituição do caráter e das tendências comportamentais. Não são adquiridas do meio. Diferem de modificações que podem surgir na personalidade, durante a vida, como consequência de algum outro transtorno emocional ou de um estresse grave. O diagnóstico de transtorno da personalidade só deve ser dado a adultos ou no final da adolescência, pois a personalidade só está completa nessa época. São classificadas em:

### F60.0 - Personalidade Paranóica.

Sensibilidade excessiva em face das contrariedades, recusa de perdoar os insultos, caráter desconfiado, tendência a distorcer os fatos, interpretando as ações imparciais como hostis. Suspeitas injustificadas sobre a fidelidade sexual do cônjuge ou parceiro e um sentimento combativo e obstinado de seus próprios direitos. Supervalorização de sua auto-importância, auto-referência excessiva.

Exclui: esquizofrenia paranóide, paranóia ou psicose paranóide.

### F60.1 - Personalidade Esquizóide.

Retraimento dos contatos sociais, afetivos e outros. Preferência pela fantasia, atividades solitárias e introspecção. Incapacidade de expressar seus sentimentos e prazer.

### F60.2 - Personalidade Anti-Social.

Desprezo das obrigações sociais. Há um desvio considerável entre o comportamento e as normas sociais estabelecidas. O comportamento não é facilmente modificado pelas experiências adversas, inclusive pelas punições. Existe uma baixa tolerância à frustração e um baixo limiar de descarga da agressividade, inclusive da violência. Tendência a culpar os outros, ou a fornecer racionalizações plausíveis para explicar um comportamento, o que leva o indivíduo a entrar em conflito com a sociedade.

### F60.3 - Transtorno de personalidade com instabilidade emocional.

Tendência a agir de modo imprevisível, sem consideração pelas consequências. Humor imprevisível, acessos de cólera e uma incapacidade de controlar comportamentos impulsivos. Tendência a brigas e conflitos com os outros, particularmente quando contrariados ou censurados. Podem ser caracterizados como:

- a) Tipo impulsivo: instabilidade emocional e falta de controle dos impulsos; e

## PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA

Secretaria Municipal da Administração  
Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



b) Tipo borderline: perturbações da auto-imagem, do estabelecimento de projetos e das preferências pessoais. Sensação crônica de vazio, relações interpessoais intensas e instáveis. Tendência a comportamento autodestrutivo, com tentativas de suicídio e comportamentos de risco.

### F60.4 - Personalidade Histrônica.

Afetividade superficial e fácil dramatização, teatralidade, expressão exagerada das emoções, sugestibilidade, egocentrismo, autocmplacênci, falta de consideração para com o outro, desejo permanente de ser apreciado e de constituir-se no objeto de atenção e tendênci a sentir-se facilmente ferido.

### F60.5 - Personalidade Anancástica.

Perfeccionismo, escrupulosidade, preocupações com pormenores, obstinação, prudênci e rigidez excessivas. Pode haver pensamentos ou impulsos repetitivos e intrusos, não atingindo a gravidade de um transtorno obsessivo-compulsivo. Não é transtorno obsessivo-compulsivo.

### F60.6 - Personalidade Ansiosa (de Evitação).

Sentimento de tensão e de apreensão, insegurança e inferioridade. Desejo permanente de ser amado e aceito, hipersensibilidade à crítica e à rejeição. Reticênci a se relacionar pessoalmente e tendênci a evitar atividades que saem da rotina com um exagero dos perigos potenciais em situações banais.

### F60.7 - Personalidade Dependente.

Tendênci a deixar a outrem a tomada de decisões importantes ou menores. Submissão passiva à vontade do outro e uma dificuldade de fazer face às exigências da vida cotidiana.

### F60.8 - Outros transtornos específicos da personalidade (F60.8)

Excêntrica, imatura, narcísica, passivo-agressiva e outras.

### Conduta médico-pericial.

Uma vez diagnosticado, a fixação de Data do Início da Doença, deverá com muita certeza, reportar-se à adolescência ou idade adulta jovem, quando se evidenciam os primeiros sinais e sintomas (anterior ao ingresso no serviço, preenchimento de histórico médico e exame médico admissional).

Na quase totalidade dos quadros, não há incapacidade.

É possível, no entanto, haver, dentro do padrão de comportamento que caracteriza o transtorno de personalidade, seja qual for o tipo, períodos de uma exacerbâo maior, impossibilitando o indivíduo de exercer suas atividades habituais. Dentro desses, estão associados os comportamentos de risco. Nestes casos, deve ser fixada a Data do Início da Incapacidade no inicio dos sintomas dessas situações incapacitantes, que deverá ser o CID principal, ficando o transtorno como CID secundário. Nestas situações, sugere-se afastamento por 30 dias.

### VIII - Retardo Mental (F70 a F73)

## PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA

Secretaria Municipal da Administração  
Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



O Retardo Mental adquire importância nas avaliações médico-periciais principalmente diante do papel do perito médico na avaliação para a concessão de pensão por morte, dependente maior inválido e no caso do INSS - Benefício de Prestação Continuada (BPC/LOAS).

É uma condição resultante de um desenvolvimento interrompido ou incompleto da mente, caracterizada essencialmente pelo comprometimento das habilidades normalmente adquiridas neste período, as quais contribuem para o nível global de inteligência.

De maneira geral, um indivíduo pode ser definido como tendo retardo mental com base em 3 critérios:

- a) Manifestação antes dos 18 anos;
- b) Nível de funcionamento intelectual (QI) abaixo de 70/75; e
- c) Presença de limitações significativas em pelo menos duas das seguintes habilidades adaptativas:
  - c.1. Comunicação e cuidado pessoal;
  - c.2. Vida em casa e habilidades sociais;
  - c.3. Funcionamento na comunidade e autodeterminação;
  - c.4. Saúde, segurança e habilidades acadêmicas; e
  - c.5. Lazer e trabalho.

O Retardo Mental afeta cerca de um a 3% da população, independente de raça. Em torno de 60% dos afetados são homens. Inúmeras causas e fatores de risco podem levar ao Retardo Mental, mas é importante ressaltar que em até 75% das vezes não se chega a estabelecer com clareza uma causa. Pode ser provocado por qualquer condição que prejudique o desenvolvimento cerebral antes do nascimento, durante o nascimento ou nos anos de infância e adolescência ; Entre essas, podem ser citadas:

- a) Condições genéticas: por exemplo, fenilcetonúria, Síndrome de Down e Síndrome do X frágil;
- b) Problemas durante a gestação: desnutrição, toxoplasmose, infecções virais, uso de álcool, e/ou outras drogas;
- c) Problemas perinatais: má assistência ao parto e traumas de parto, hipóxia ou anoxia, prematuridade e baixo peso, icterícia grave do recém-nascido;
- d) Problemas após o nascimento: doenças virais comuns na infância, acidentes, intoxicações por metais pesados e outros agentes químicos; e
- e) Estado socioeconômico: desnutrição, pouca estimulação, que ocorre em áreas desprovidas das experiências culturais e ambientais normalmente oferecidas às crianças.

A história clínica deverá ser elaborada com base nos critérios para caracterização do Retardo Mental, em suas causas e fatores de risco. *Atentar especialmente para a idade de manifestação dos primeiros sinais e sobre o prejuízo em relação às habilidades adaptativas, além da ocorrência de co-morbidades (transtornos de humor e/ou de conduta, epilepsia).*

## PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA

Secretaria Municipal da Administração  
Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



O Retardo Mental se classifica em:

### A - Retardo Mental Leve - F70.

Constitui o maior percentual dos casos de Retardo Mental. Pode haver associação com autismo, epilepsia e outros transtornos de conduta. É pouco frequente uma etiologia orgânica; Apresentam as seguintes características:

- a) Uso da linguagem atrasado e vocabulário pobre, mas tem capacidade de comunicação para finalidades cotidianas;
- b) Rendimento escolar não ultrapassa em geral a terceira série do primeiro grau, exceto em condições favoráveis / especiais; geralmente conseguem independência em cuidados próprios e em habilidades práticas e domésticas, podendo a maioria ser bem sucedida na comunidade e viver independente; e
- c) Tem imaturidade emocional e social com dificuldade acentuada para lidar com situações complexas, como casamento, educação de filhos.

Pode exercer atividade laborativa que não exija maior nível de complexidade intelectual.

### B - Retardo Mental Moderado / Grave / Profundo.

#### F71 - Retardo Mental Moderado.

Amplitude aproximada do QI entre 35 e 49 (em adultos, idade mental de 6 a menos de 9 anos). Provavelmente devem ocorrer atrasos acentuados do desenvolvimento na infância, mas a maioria dos pacientes aprendem a desempenhar algum grau de independência quanto aos cuidados pessoais e adquirir habilidades adequadas de comunicação e acadêmicas. Os adultos necessitarão de assistência em grau variado para viver e trabalhar na comunidade.

#### F72 - Retardo Mental Grave.

Amplitude aproximada de QI entre 20 e 40 (em adultos, idade mental de 3 a menos de 6 anos). Provavelmente deve ocorrer a necessidade de assistência contínua.

#### F73 - Retardo Mental Profundo.

QI abaixo de 20 (em adultos, idade mental abaixo de 3 anos). Devem ocorrer limitações graves quanto aos cuidados pessoais, continência, comunicação e mobilidade.

Neste grupo são frequentes as etiologias orgânicas. Apresentam graus variados de incapacidade, crescentes, com repercussões importantes para a vida cotidiana. São comumente associadas ao autismo, epilepsias e outros transtornos neurológicos ; Apresentam as seguintes características:

- a) O uso da linguagem varia da conversação simples ao entendimento de ordens básicas. Pode fazer uso de mímica para compensar estas dificuldades;
- b) Perda / ausência de rendimento escolar, sem alfabetização;
- c) A vida independente é incompatível; varia desde a necessidade de supervisão até a completa ajuda de terceiros; e

## PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA

Secretaria Municipal da Administração  
Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador



d) Tem correlação com graves alterações neurológicas e outros problemas físicos.

Nessas situações a atividade laborativa é incompatível pelas habilidades adaptativas extremamente afetadas.

### Conduta médico-pericial

Nos casos de solicitação de auxílio-doença, é fundamental fixar corretamente as datas e o diagnóstico correto ; Chamamos a atenção para o diagnóstico ser anterior ao ingresso no serviço público ; Atenção para o preenchimento do histórico médico e exame médico admissional ; Não são raros os casos de tentativa de justificar eventuais atividades laborativas, mesmo que não compatíveis, pela doença ser anterior.

Nas demais avaliações (dependente maior inválido, pensão por morte e BCP/LOAS), a constatação da doença já é indicativo para a concessão no caso de retardamento moderado a grave. No retardamento leve, deve-se levar em consideração as habilidades adaptativas do examinado.



PREFEITURA DE  
MARÍLIA

# DIÁRIO OFICIAL MUNICÍPIO DE MARÍLIA

Ano XIV • nº 3317

[diariooficial.marilia.sp.gov.br](http://diariooficial.marilia.sp.gov.br)

Sábado, 05 de novembro de 2022.

## PORTARIAS

### PORTARIA NÚMERO 41868

VALQUÍRIA GALO FEBRÔNIO ALVES, Corregedora Geral do Município, usando de atribuições legais, tendo em vista informações contidas no Protocolo nº 52907, de 12 de agosto de 2022;

Considerando o Ofício CGC.ARC nº 1038/2022 do Tribunal de Conta do Estado de São Paulo, Protocolo nº 52907/22, referente a apontamento de irregularidade na dispensa de licitação, no contrato e na execução da prestação de serviços de transbordo, transporte e destinação final de resíduos sólidos domiciliares produzidos no Município, contratante: Prefeitura Municipal de Marília, contratada:

**Revita Engenharia S/A.**

- eTC – 21824.989.19, em julgamento: Dispensa de Licitação (artigo 24, inciso IV, da Lei Federal nº 8.666/93). Valor R\$ 5.777.640,00.
- eTC – 16252.989.19, em julgamento: Acompanhamento de Execução Contratual.
- eTC – 16159.989.19, em julgamento: Termo de Rescisão.

Considerando que em seu julgamento o TC/SP, concluiu:

#### **RELATÓRIO.**

Trata-se de contrato firmado entre a Prefeitura de Marília e a empresa Revita Engenharia S / A, objetivando a prestação de serviços de transbordo, transporte e destinação final de resíduos sólidos domiciliares (RSD) produzidos no Município de Marília. O valor inicial foi de R\$5.777.640,00 e prazo de 180 dias.

O ajuste foi precedido da Dispensa de Licitação nº 16/19, com fundamento no artigo 24, inciso IV, da Lei Federal nº 8.666/93.

Fiscalização, UR-04 (Marília), levantou questionamentos como: ausência de justificativas pertinentes para a contratação por dispensa de licitação; e contratação efetuada por preços não compatíveis com o mercado.

(...)

Secretaria-Diretoria Geral opinou pela irregularidade da dispensa licitatória e do ajuste, consignando que, em que pese o caráter essencial dos serviços pactuados e a necessária continuidade, as razões ofertadas não se mostraram adequadas para justificar os preços contratados ou mesmo o contexto em que se desenrolou a dispensa, não merecendo prosperar a alegação de licitações frustradas para embasar os atos ora analisados.

#### **VOTO.**

A matéria em análise não está em condições de aprovação.

Observo que as razões que a Prefeitura de Marília invocou para não licitar, as licitações frustradas, não constitui suficiente motivação para a dispensa de licitação.

Noto que a justificativa de dispensa exige situação emergencial, inesperada e não provocada, e ainda preços compatíveis com o mercado, aspectos que não restaram contemplados.

Destaco que em licitação anterior, Pregão 78/19, esta Corte havia determinado à Prefeitura de Marília a retificação do edital, com a necessidade de adequada elaboração de planilha orçamentária, com discriminação de itens e quantitativos. No pregão, o valor por tonelada de resíduos era de R\$ 108,955, entretanto, com a dispensa em análise, a Prefeitura contratou por R\$ 160,494 a tonelada, preço 32% superior.

Os motivos para a dispensa revelam não uma emergência ou caso fortuito, mas a desídia da Prefeitura de Marília ao considerarmos que os serviços pactuados são de natureza comum e de interesse permanente dos municípios.

Por todo o exposto, na esteira de SDG, tomo conhecimento do termo de rescisão e voto pela irregularidade da dispensa de licitação, do contrato e da execução contratual, com acionamento dos incisos XV e XXVII, do artigo 2º, da Lei Complementar nº 709/93.

#### **RECURSO ORDINÁRIO**

O e. Plenário do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, em sessão de 9 de fevereiro de 2022, pelo voto dos Conselheiros (...) preliminarmente, conhecer do Recurso Ordinário e, quanto ao mérito, dar-lhe provimento parcial, para afastar a irregularidade da execução contratual, a qual merece neste momento juízo de conhecimento, bem como redução da multa aplicada, a qual fixo agora em 160 UFESPs, mantendo-se, contudo, o decreto de irregularidade da Dispensa de Licitação e do Contrato por seus próprios fundamentos, tommando-se conhecimento do Termo d Rescisão Contratual.

Assim, diante do exposto, RESOLVE:

**Art. 1º.** Determina a abertura de SINDICÂNCIA, consoante o que dispõe o artigo 58, § 1º da Lei Complementar nº 680, de 28 de junho de 2013, para apurar as irregularidades apontadas pelo TC/SP acima elencadas, referente ao Protocolo nº 52907, de 12/08/2022, Ofício CGC.ARC nº 1038/2022, eTC – 21824.989.19, eTC – 16252.989.19 e eTC – 16159.989.19, do Tribunal de Conta do Estado de São Paulo, pertinente à irregularidade julgada pelo TC/SP na execução do contrato celebrado entre a Prefeitura Municipal de Marília com a empresa Revita Engenharia S/A, que teve por objeto prestação de serviços de transbordo, transporte e destinação final de resíduos sólidos domiciliares produzidos no Município no ano de 2019, para apurar eventual responsabilidade funcional na ocorrência das irregularidades

apontadas pelo TC/SP na dispensa de licitação e no referido contrato, devendo a sindicância ser conduzida pela Comissão Permanente de Sindicância, nomeada através da Portaria nº 41318, de 15 de julho de 2022.

**Art. 2º.** Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Prefeitura Municipal de Marília, 04 de novembro de 2022.

VALQUÍRIA GALO FEBRÔNIO ALVES  
Corregedora Geral do Município

Registrada na Secretaria Municipal da Administração, em 04 de novembro de 2022.

CÁSSIO LUIZ PINTO JUNIOR  
Secretário Municipal da Administração  
/nma

#### PORTARIA NÚMERO 41869

VALQUÍRIA GALO FEBRÔNIO ALVES, Corregedora Geral do Município, usando de atribuições legais, tendo em vista informações contidas no Protocolo nº 28373, de 06 de maio de 2022;

Considerando o Ofício GCRMC nº 468/2022 do Tribunal de Conta do Estado de São Paulo, Protocolo nº 28373/22, referente a apontamento de irregularidade na Licitação - Pregão Presencial, contrato celebrado em 24-03-14. Valor R\$3.189.996,00, de prestação de serviços de manipulação de alimentos e preparo de refeições para distribuição aos alunos da Rede Pública Estadual, pelo prazo de 12 (doze) meses, ao custo de R\$ 3.189.996,00 (três milhões, cento e oitenta e nove mil, novecentos e noventa e seis reais).

Considerando que em seu julgamento o TC/SP, concluiu:

**TC-000485/004/14**

**Contratante:** Prefeitura Municipal de Marilia.

**Contratada:** Soluções Serviços Terceirizados Eireli

**Objeto:** Prestação de serviços de manipulação de alimentos e preparo de refeições para distribuição aos alunos da Rede Pública Estadual, incluindo higienização da área de alimentação e dos equipamentos, cujos materiais necessários serão fornecidos pelas unidades escolares, destinados à Secretaria Municipal da Educação, contratante: Prefeitura Municipal de Marília, contratada: Soluções Serviços Terceirizados Eireli.

**Em Julgamento:** Licitação - Pregão Presencial. Contrato celebrado em 24-03-14. Valor R\$3.189.996,00. Justificativas apresentadas em decorrência de assinaturas de prazo, nos termos do artigo 2º, inciso XIII, da Lei Complementar nº 709/93, publicadas no D.O.E. de 08-04-16 e 06-02-19.

**Advogados:** Ronaldo Sérgio Duarte (OAB/SP nº 128.639), Luciana Mara Ramos Soares (OAB/SP nº 317.975), Gustavo Costilhas (OAB/SP nº 181.103) e outros.

**Acompanham:** Expedientes: TC-000764/004/15 e TC-000995/004/15.

**Fiscalizada por:** UR-4 - DSF-II.

**Fiscalização atual:** UR-4 - DSF-I.

**EMENTA: LICITAÇÃO, PREGÃO PRESENCIAL, PREPARO DE REFEIÇÕES, AUSÊNCIA DE PLANILHA DE CUSTOS UNITÁRIOS, CONSEQUENTE CONCLUSÃO PELA FALTA DE PESQUISA PRÉVIA DE PREÇOS, REPUBLICAÇÃO DE EDITAL SEM REABERTURA DE PRAZO PARA OFERECIMENTO DE PROPOSTAS.**

1. A realização de procedimento licitatório deve ser precedida de pesquisa prévia de preços, conforme previsto no art. 43. IV, da Lei de Licitações.
2. Na realização de pregão destinado à prestação de serviços a Administração deve disponibilizar aos licitantes a respectiva planilha de custos unitários.
3. A repúblicação do edital pressupõe a reabertura de prazo para apresentação de propostas pelos licitantes pelo mesmo período anteriormente concedido, conforme inteligência do art. 21, §4º, da Lei de Licitações.

#### **RELATÓRIO**

Examina-se no presente processo contrato celebrado em 24 de março de 2014, entre a Prefeitura Municipal de Marília e a empresa Soluções Serviços Terceirizados EIRELI, objetivando a prestação de serviços de manipulação de alimentos e preparo de refeições para distribuição aos alunos da Rede Pública Estadual, pelo prazo de 12 (doze) meses, ao custo de R\$ 3.189.996,00 (três milhões, cento e oitenta e nove mil, novecentos e noventa e seis reais).

Precedeu a avença licitação levada a efeito na modalidade Pregão, à qual compareceram 4 (quatro) proponentes, sendo considerada vencedora a licitante que ofertou o menor preço.

Cumpre mencionar que houve recursos administrativos interpostos pela empresa Soluções Serviços Terceirizados EIRELI, inabilitada por não apresentar comprovante de aptidão de seu responsável técnico; e pela empresa M.S.E.Ltda., sob fundamento de que as demais empresas classificadas não apresentariam os serviços licitados em seu objeto social.

A Comissão rejeitou o primeiro apelo e acolheu o segundo, decretando vencedora a recorrente, 4ª colocada no certame.

Dessa decisão houve novo recurso administrativo, sendo dado provimento, dessa vez, ao apelo apresentado pela 2ª colocada no certame, a empresa B.S.S.A.C.Ltda., que se reabilitou na disputa.

Inconformada com a referida decisão, a empresa Soluções Serviços Terceirizados EIRELI, 1º colocada, impetrou mandado de segurança perante o Poder Judiciário, obtendo liminar para paralisação da disputa.

A Administração deu seguimento ao certame e habilitou a impetrante classificada em 1º lugar, que se sagrou vencedora.

Promovida a instrução da matéria, foram aventadas as seguintes falhas  
(...)

- 2) falta de comprovação de reserva orçamentária;
- 3) ausência de composição de custos unitários;
- 4) deficiência na pesquisa prévia de preços;
- 5) modificação do edital sem reabertura de prazo para oferecimento de propostas; e
- 6) falta de indicação no contrato, do recolhimento de garantia previsto no edital.

Os interessados tiveram oportunidade de apresentar esclarecimentos mediante Ofício expedido pelo Diretor da

Unidade Regional de Marilia, bem como por intermédio dos despachos de fls. 1117 e 1140, tendo apresentado defesa a Prefeitura de Marilia e a Secretaria de Educação à época.

Instada a se manifestar, Assessoria Técnica opinou pela irregularidade da matéria.

Considerou que a defesa não lograra afastar os apontamentos trazidos pelo Setor Fiscalizatório desta E. Corte.

Ao tomar vista dos autos, o d. MPC declinou do ensejo de se manifestar (fl. 1139v).

É o relatório.

#### VOTO

(...)

A consulta promovida no meu Gabinete patenteia o trânsito em julgado da matéria, com a devida confirmação da liminar inicialmente expedida. Todavia, as demais questões que permearam a instrução dos autos se submetem ao pronunciamento deste E. Tribunal.

Nesse diapasão, vejo que as recorrentes não obtiveram êxito em elidir a falha relativa à ausência de disponibilidade de planilha de custos unitários para que os licitantes pudessem formular os preços a serem oferecidos no certame, consoante previsto no art. 7º, §2º, II, da Lei de Licitações.

Com efeito, a elaboração de orçamento estimativo deve instruir a licitação e constitui pré-requisito para que a Administração possa selecionar as propostas comerciais que lhe forem apresentadas.

Não se trata de ficção ou de aproximação, mas de conhecimento técnico daquilo que se pretende fazer, rigorosamente na conformidade do mercado vigente e apoiado nas disponibilidades orçamentário-financeiras.

Ausente parâmetro idôneo nesse sentido, na forma de planilhas refletindo os custos unitários dos itens de serviço, não só se vilipendia a norma, mas também se compromete todo o esforço de se contratar o objeto com eficiência e economicidade.

De tão elementares que haveriam de ser tais medidas é que, ressalto, não devem subsistir os argumentos oferecidos pela defesa.

Ademais, inexistindo planilha de custos unitários, a conclusão é de que também não houve pesquisa prévia de preços, restando ausente a devida demonstração do cumprimento ao art. 43, IV, da Lei Federal nº 8.666/93.

Do mesmo modo, o certame restou contaminado pela republicação do edital desprovida de reabertura de prazo para oferecimento de propostas pelos licitantes.

A esse respeito, observo que a regra do art. 21. § 4º, da Lei de Licitações é clara ao condicionar a publicação de qualquer modificação no edital à forma de divulgação originalmente adotada para o instrumento retificado.

Excepciona a parte final do referido parágrafo a situação em que a alteração inquestionavelmente não afete a formulação das propostas.

Ou seja, supriu o legislador expressiva margem de subjetivismo na definição dos efeitos de eventual retificação do instrumento convocatório sobre o trabalho de elaboração de propostas, na medida em que a regra da publicidade ampla somente se excetua diante de modificações notoriamente formais e sem repercussão de maior ordem.

No caso concreto, portanto, caberia à defesa demonstrar, de maneira inequívoca, que a alteração promovida no chamamento teria sido absolutamente irrelevante a qualquer interessado que estivesse se preparando para participar da disputa, a ponto, por exemplo, de a versão atualizada do edital não implicar qualquer mudança de avaliação porventura feita por aqueles que houvessem exclusivamente acessado os termos e condições do instrumento imediatamente anterior.

As providências necessárias ao encaminhamento do débito para inscrição na dívida ativa, visando posterior cobrança judicial.

#### ACÓRDÃO

LICITAÇÃO, PREGÃO PRESENCIAL, PREPARO DE REFEIÇÕES. AUSENCIA DE PLANILHA DE CUSTOS UNITÁRIOS. CONSEQUENTE CONCLUSÃO PELA FALTA DE PESQUISA PRÉVIA DE PREÇOS. REPUBLICAÇÃO DE EDITAL SEM REABERTURA DE PRAZO PARA OFERECIMENTO DE PROPOSTAS.

1. A realização de procedimento licitatório deve ser precedida de pesquisa prévia de preços, conforme previsto no art. 43, IV, da Lei de Licitações.

2. Na realização de pregão destinado a prestação de serviços a Administração deve disponibilizar aos licitantes a respectiva planilha de custos unitários.

3. A replicação do edital pressupõe a reabertura de prazo para apresentação de propostas pelos licitantes pelo mesmo período anteriormente concedido, conforme inteligência do art. 21, 54º, da Lei de Licitações.

**ACORDA** a E. Segunda Câmara do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, em sessão de 23 de abril de 2019, pelo voto dos Conselheiros Renato Martins Costa, Presidente e Relator, Dimas Ramalho e da Substituta de Conselheiro Silvia Monteiro, na conformidade das correspondentes notas taquigráficas, Julgar irregulares o Pregão Presencial e o subsequente ajuste celebrado em 24/3/14, entre a Prefeitura Municipal de Marilia e a empresa Soluções Serviços Terceirizados EIRELI, aplicando em consequência as disposições do artigo 2º, incisos XV e XXVII, da Lei Complementar nº 709/93.

#### DECISÃO DO TRIBUNAL PLENO

DATA DA SESSÃO-20-10-2021

Pelo voto dos Conselheiros (...), preliminarmente o E. Plenário conheceu do Recurso Ordinário e, quanto ao mérito, ante o exposto no voto do Relator, juntado aos autos, negou-lhe provimento, mantendo-se na Integra os exatos termos e judiciosos fundamentos da r. decisão recorrida.

Determinou, por fim, após as providências de praxe, a devolução do processo ao ilustre Relator originário do feito, para regular prosseguimento de sua tramitação

**Processo:** TC-000485/004/14 – RECURSO ORDINÁRIO

**Em Julgamento:** Recurso Ordinário interposto contra acórdão da E. Segunda Câmara, publicado no DOE de 25-05-19, que julgou irregulares o pregão presencial e o contrato, acionando o disposto no artigo 2º, incisos XV e XXVII, da Lei Complementar nº 709/93 e aplicando multa no valor de 160 UFESPs, nos termos do artigo 104, inciso II, do mesmo Diploma Legal.

**EMENTA:** RECURSOS ORDINÁRIOS. LICITAÇÃO. CONTRATO. CONHECIMENTO. NÃO PROVIMENTO.

Prestação de serviços de manipulação de alimentos, preparo de refeições para distribuição aos alunos, incluindo higienização da área de alimentação dos equipamentos. Ausência de disponibilidade de uma planilha com os custos unitários dos itens de serviços. Deficitária e inconsistente pesquisa prévia de preços. Republicação do edital sem a reabertura do prazo para oferecimento de propostas. Recurso conhecido e não provido. Manutenção integral da decisão recorrida.

**Relatório.**

Em preliminar, conhecendo do recurso ordinário, pois foram atendidos os pressupostos de seu cabimento.

No mérito, a decisão não comporta reforma.

As razões trazidas pelo Recorrente, estas não são suficientes para proporcionar a reforma da decisão combatida.

A ausência de disponibilidade de uma planilha com os custos unitários dos itens de serviços, que deveria conter as informações necessárias para o conhecimento de todos os custos que abrangesse o ajuste e instruir aos interessados a formular uma proposta compatível com os preços de mercado, comprometeu a economicidade da contratação e contrariou determinação contida no artigo 7º, inciso II, da Lei de Licitações.

Consigno também, que a ausência da apresentação da planilha de custos unitários, acarretou uma deficitária e inconsistente pesquisa prévia de preços, pressuposto indispensável para averiguação da economicidade da contratação, portanto, infringindo o cumprimento ao artigo 43, inciso IV, da Lei Federal nº 8.666/93.

Quanto à repúblicação do edital, para reformular a descrição dos insumos que comporiam os serviços, tendo a peça editalícia alterado parâmetros que refletiram diretamente nos preços oferecidos pelos licitantes, deveria a origem, obrigatoriamente a reabrir prazo para oferecimento de propostas, como determina artigo 21, § 4º, da Lei de Licitações, que condiciona a publicação de qualquer modificação no edital à forma de divulgação originalmente adotada para o instrumento retificado.

Diante de todo o exposto, meu voto acompanha as manifestações de ATJ e SDG e nega provimento ao recurso ordinário, mantendo-se na íntegra os exatos termos e judiciosos fundamentos da r. decisão combatida. Após, as providências de praxe, devolva-se o processo ao ilustre relator originário do feito, para regular prosseguimento de sua tramitação.

Assim, diante do exposto, RESOLVE:

**Art. 1º.** Determina a abertura de SINDICÂNCIA, consoante o que dispõe o artigo 58, § 1º da Lei Complementar nº 680, de 28 de junho de 2013, para apurar as irregularidades apontadas pelo TC/SP acima elencadas, referente ao Ofício GCRM/C nº 468/2022 do Tribunal de Conta do Estado de São Paulo, Protocolo nº 28373/22, **TC-000485/004/14**, referente à contrato firmado pela Prefeitura Municipal de Marília com a empresa Soluções Serviços Terceirizados Eireli para prestação de serviços de manipulação de alimentos e preparo de refeições para distribuição aos alunos da Rede Pública Estadual, incluindo higienização da área de alimentação e dos equipamentos, cujos materiais necessários serão fornecidos pelas unidades escolares, destinados à Secretaria Municipal da Educação, para apurar eventual responsabilidade funcional na ocorrência das irregularidades apontadas pelo TC/SP

no julgamento do **TC-000485/004/14**, devendo a sindicância ser conduzida pela Comissão Permanente de Sindicância, nomeada através da Portaria nº 41318, de 15 de julho de 2022.

**Art. 2º.** Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Prefeitura Municipal de Marília, 04 de novembro de 2022.

VALQUÍRIA GALO FEBRÔNIO ALVES  
Corregedora Geral do Município

Registrada na Secretaria Municipal da Administração, em 04 de novembro de 2022.

CÁSSIO LUIZ PINTO JUNIOR  
Secretário Municipal da Administração  
/nma

**PORTARIA NÚMERO 41870**

DANIEL ALONSO, Prefeito Municipal de Marília, usando de atribuições legais, tendo em vista o que consta no Protocolo nº 11442, de 09 de março de 2021,

Considerando o procedimento administrativo instaurado através da Portaria n.º 39531/2021, a fim de verificar a quem caberia à responsabilidade pela devolução de valor pago aos vereadores, considerado irregular pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo e ainda assegurar o contraditório e a ampla defesa conforme solicitado pelo Sr. Eduardo Duarte do Nascimento.

Considerando que em primeiro momento a Comissão, em relatório (fls.1106/1111) concluiu pela responsabilização individual do Sr. Eduardo Duarte do Nascimento.

Considerando que, por um lapso, a Comissão não detectou a defesa encaminhada pelo Sr. Eduardo Duarte do Nascimento, sendo que após a leitura do Protocolo nº 60028/2022 a defesa passou a fazer parte integrante do presente procedimento administrativo, sendo devidamente apreciada, conforme mencionado no relatório (fls.1129/1130).

Considerando que através do Protocolo nº 60028/2022 o Sr. Eduardo Duarte do Nascimento alegou que sua defesa não havia sido apreciada, sendo que o relatório da Comissão nomeada reconheceu a tempestividade da defesa apresentada, porém, mantendo o posicionamento exarado no relatório (fls.1106/1111).

Considerando que a Comissão em seu Parecer concluiu:

Dessa forma a Comissão considerou não haver mais provas a serem produzidas, por se tratar de matéria unicamente de direito, concluindo da seguinte forma:

[...] "Por todo o exposto, concluímos pela responsabilização individual de Eduardo Duarte do Nascimento em relação aos exercícios de 2009 e 2010 e Yoshio Sérgio Takaoka para as competências 2011 e 2012, na condição de respectivos Presidentes da Câmara e, portanto, ordenadores de despesa, para fins de resarcimento ao



erário público municipal decorrente dos danos causados pela Lei n.º 6874, de 15/12/2008, conforme entendimentos proferidos pelo TCE-SP nos julgados em referência."

Considerando o acima exposto, RESOLVE:

**Art. 1º.** Nesse ínterim, avoca a competência prevista no art. 8º inciso X da Lei Complementar nº 678, de 28 de junho de 2013 e acolhe integralmente o relatório da Comissão Especial, datado de 13 de outubro de 2022 e determina que os valores sejam cobrados de forma individual de Eduardo Duarte do Nascimento em relação aos exercícios de 2009 e 2010 e Yoshio Sérgio Takaoka para as competências 2011 e 2012, tornando nula a Portaria nº 41621, de 09 de setembro de 2022.

**Art. 2º.** Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Prefeitura Municipal de Marília, 04 de novembro de 2022.

DANIEL ALONSO  
Prefeito Municipal

Registrada na Secretaria Municipal da Administração, em 04 de novembro de 2022.

CÁSSIO LUIZ PINTO JUNIOR  
Secretário Municipal da Administração

/amp

#### PORTARIA NÚMERO 41871

DANIEL ALONSO, Prefeito Municipal de Marília, usando de atribuições legais, tendo em vista o que consta no Protocolo nº 74073, de 1º de novembro de 2022, consoante o que dispõe o artigo 46, parágrafo 1º, inciso I da Lei Complementar nº 11, de 17 de dezembro de 1991, EXONERA, a pedido, a servidora 117307/2 AMANDA TRINDADE GARCIA, RG nº 44.558.663-1, CPF nº 383.200.168-94, do cargo de Professora de EMEI, lotada na Secretaria Municipal da Educação, a partir de 03 de novembro de 2022.

Prefeitura Municipal de Marília, 04 de novembro de 2022.

DANIEL ALONSO  
Prefeito Municipal

Registrada na Secretaria Municipal da Administração, em 04 de novembro de 2022.

CÁSSIO LUIZ PINTO JUNIOR  
Secretário Municipal da Administração

jgn

#### PORTARIA NÚMERO 41872

DANIEL ALONSO, Prefeito Municipal de Marília, usando de atribuições legais, tendo em vista o que consta no Protocolo nº 74073, de 1º de novembro de 2022, REVOGA, a partir de 03 de novembro de 2022, a Portaria nº 40555, de 04 de março de 2022, que concedeu AFASTAMENTO à servidora 117307/2 AMANDA TRINDADE GARCIA, Professora de EMEI, lotada na Secretaria Municipal da Educação, para tratar de interesse particular.

Prefeitura Municipal de Marília, 04 de novembro de 2022.

DANIEL ALONSO  
Prefeito Municipal

Registrada na Secretaria Municipal da Administração, em 04 de novembro de 2022.

CÁSSIO LUIZ PINTO JUNIOR  
Secretário Municipal da Administração

jgn

#### PORTARIA NÚMERO 41873

DANIEL ALONSO, Prefeito Municipal de Marília, usando de atribuições legais, tendo em vista o que consta no Protocolo nº 32571, de 08 de junho de 2018, em cumprimento a sentença e v. acórdão (Processo Digital nº 1007239-49.2018.8.26.0344, REVOGA, a partir de 07 de novembro de 2022, a Portaria nº 35270, de 30 de julho de 2018, que suspendeu os efeitos da Portaria de nomeação da servidora RAQUEL ARAÚJO MOREIRA, R.G. 428011-AC, para o exercício do cargo efetivo de Professora de Educação Física, que se deu por meio da Portaria nº 34766/2018.

Prefeitura Municipal de Marília, 04 de novembro de 2022.

DANIEL ALONSO  
Prefeito Municipal

Registrada na Secretaria Municipal da Administração, em 04 de novembro de 2022.

CÁSSIO LUIZ PINTO JUNIOR  
Secretário Municipal da Administração

amp

#### PORTARIA NÚMERO 41874

DANIEL ALONSO, Prefeito Municipal de Marília, usando de atribuições legais, tendo em vista o que consta no Protocolo nº 58703, de 06 de setembro de 2022, consoante o que dispõem os artigos 30 inciso I, e 31, da Lei Complementar nº 11, de 17 de dezembro de 1991, modificada posteriormente, NOMEIA, em caráter efetivo, a candidata LAÍS MITSUKO YOKOYAMA, RG nº 35367815, classificada em 174º lugar para o exercício do cargo de Assistente Administrativa (Fica transformado o cargo efetivo de Auxiliar de Escrita em Assistente Administrativo – Lei Complementar nº 922/2021), vencimento: Nível 1-A Tabela 12, tendo em vista o Concurso Público de que trata o Edital de Abertura nº 04/2020.

Prefeitura Municipal de Marília, 04 de novembro de 2022.

DANIEL ALONSO  
Prefeito Municipal

Registrada na Secretaria Municipal da Administração, em 04 de novembro de 2022.

CÁSSIO LUIZ PINTO JUNIOR  
Secretário Municipal da Administração

jgn

PORTARIA NÚMERO 41875

DANIEL ALONSO, Prefeito Municipal de Marília, usando de atribuições legais, DESIGNA o servidor JOSÉ CARLOS DA SILVA, Chefe de Gabinete do Secretário Municipal da Administração, para substituir o Secretário, respondendo pelo expediente da Secretaria Municipal da Administração, no período de 07 a 24 de novembro de 2022, em decorrência de sua ausência por concessão de férias.

Prefeitura Municipal de Marília, 04 de novembro de 2022.

DANIEL ALONSO  
Prefeito Municipal

Registrada na Secretaria Municipal da Administração, em 04 de novembro de 2022.

CÁSSIO LUIZ PINTO JUNIOR

Secretário Municipal da Administração

amp

PORTARIA NÚMERO 41876

DANIEL ALONSO, Prefeito Municipal de Marília, usando de atribuições legais, tendo em vista o que consta no Protocolo nº 64164, de 28 de setembro de 2022, RECLASSIFICA a referência salarial das servidoras, titulares do cargo de Professora de EMEI, para I-B, em decorrência de Progressão por Mérito, devendo ser adotadas as seguintes providências:

145998 / 3 - ROSÂNGELA PATRÍCIA OLIVEIRA MARQUES

Promoção/Progressão Ref. de / Ref. Para	Providência/Período	Data de concessão do benefício
I-A / I-B	Inclusão na Portaria nº 40406, de 09 de fevereiro de 2022.	09/10/2021

107166 / 3 - SIMARA CRISTINA AMARO DE SOUZA

Promoção/Progressão Ref. de / Ref. Para	Providência/Período	Data de concessão do benefício
I-A / I-B	Inclusão na Portaria nº 40406, de 09 de fevereiro de 2022.	10/10/2021

Prefeitura Municipal de Marília, 04 de novembro de 2022.

DANIEL ALONSO  
Prefeito Municipal

Registrada na Secretaria Municipal da Administração, em 04 de novembro de 2022.

CÁSSIO LUIZ PINTO JUNIOR

Secretário Municipal da Administração

/jgn

ATENÇÃO PAIS E RESPONSÁVEIS, ESTÃO ABERTAS AS  
**INSCRIÇÕES PARA O ANO LETIVO 2023**

CRÍANÇAS DE 4 MESES A 3 ANOS DE IDADE  
(Nascidos a partir de abril de 2019 até 30 de setembro de 2022)

**AGENDE:**  
agendamento.marilia.sp.gov.br  
PREFEITURA DE MARÍLIA  
EDUCAÇÃO

PORTARIA NÚMERO 41877

DANIEL ALONSO, Prefeito Municipal de Marília, usando de atribuições legais, tendo em vista o que consta no Protocolo nº 64166, de 28 de setembro de 2022, RECLASSIFICA a referência salarial dos servidores abaixo relacionados, titulares do cargo de Técnico de Enfermagem, para 20-B, em decorrência de Progressão por Mérito, devendo ser adotadas as seguintes providências:

156345/1 - EDVALDO SOARES AMORIM

Promoção/Progressão Ref. de / Ref. Para	Providência/Período	Data de concessão do benefício
20-A/ 20-B	Inclusão na Portaria nº 40406, de 09 de fevereiro de 2022.	01/11/2021

156221/1 - JÚLIO CÉSAR CARVALHO DA SILVA

Promoção/Progressão Ref. de / Ref. Para	Providência/Período	Data de concessão do benefício
20-A/ 20-B	Inclusão na Portaria nº 40406, de 09 de fevereiro de 2022.	11/10/2021

Prefeitura Municipal de Marília, 04 de novembro de 2022.

DANIEL ALONSO  
Prefeito Municipal

Registrada na Secretaria Municipal da Administração, em 04 de novembro de 2022.

CÁSSIO LUIZ PINTO JUNIOR

Secretário Municipal da Administração  
drs

**LICITAÇÕES**

**TERMO DE ABERTURA**

**EDITAL DE LICITAÇÃO N.º 012/2022.** ÓRGÃO: Prefeitura Municipal de Marília. MODALIDADE: CONCORRÊNCIA PÚBLICA. OBJETO: Registro de preços visando eventuais prestações de serviços de manutenção preventiva, corretiva, reparações, adaptações, modificações e serviços comuns de engenharia em prédios públicos próprios, locados e conveniados da Secretaria Municipal da Saúde, com fornecimento de materiais e mão de obra. Prazo de 12 meses. ENCERRAMENTO: Dia 07/12/2022 às 09:30 horas. ABERTURA: Dia 07/12/2022 às 09:40 horas. O edital completo, bem como as demais informações poderão ser obtidos no site: www.marilia.sp.gov.br/licitacao, e-mail: licitacao3@marilia.sp.gov.br. JUSTIFICATIVA: A presente contratação se faz necessária, uma vez que diversos próprios municipais necessitam de manutenções e pequenos reparos e o fato desta municipalidade não ter no quadro de servidores funcionários para atendimento da enorme demanda almejada.

SÉRGIO ANTÔNIO NECHAR  
Secretário Municipal da Saúde



**TERMO DE HOMOLOGAÇÃO E ADJUDICAÇÃO**

**EDITAL DE LICITAÇÃO N.º 021/2022.** MODALIDADE: TOMADA DE PREÇOS. OBJETO: Contratação de empresa especializada em fornecimento de material e mão de obra para ampliação da USF Figueirinha. TERMO DE HOMOLOGAÇÃO E ADJUDICAÇÃO: A Prefeitura Municipal de Marília, neste ato representada pela autoridade, abaixo subscrita, dando cumprimento aos dispositivos legais constantes nas Leis Federais 8666/93, HOMOLOGOU e ADJUDICOU o processo licitatório, de acordo com a classificação efetuada pela Comissão Permanente de Licitação, conforme segue: EPC CONSTRUÇÕES LTDA – EPP, localizada na Rua Jacomo Zangarini, nº 38 – Bairro Jardim Parati – Marília/SP - CEP 17.519-510.

SÉRGIO ANTÔNIO NECHAR  
Secretário Municipal da Saúde

**TERMO DE HOMOLOGAÇÃO**

**EDITAL DE LICITAÇÃO Nº218/2022.** MODALIDADE: Pregão. FORMA: ELETRÔNICA. OBJETO: Registro de Preços visando à eventual Prestação de Serviços Gráficos, para impressão, dobra, picote e colagem de Carnê da Taxa de Fiscalização Funcionamento – Alvará, Carnê da Vigilância Sanitária, Carnê de IPTU, Carnê de ISSQN Fixo e Carnê da Taxa de Ocupação de Área – Feirantes e Serviço de envio de carnês por e-mail, destinados às Secretarias Municipais de Tecnologia da Informação e da Fazenda - Prazo 12 meses. TERMO DE HOMOLOGAÇÃO: A Prefeitura Municipal de Marília, neste ato representada pelas autoridades, abaixo subscritas dando cumprimento aos dispositivos legais constantes nas Leis Federais 8666/93 e 10520/02 e Decreto Municipal 11.001/2013, HOMOLOGOU o processo licitatório, de acordo com a classificação efetuada pela Pregoeira Camila de Fátima Benhossi Alécio, conforme segue - empresa vencedora: SMARAPD INFORMATICA LTDA, Rua Aurora, nº 446, Vila Tiberio, Ribeirão Preto/SP, CEP 14050-100.

EDUARDO YOITI D. YAMAMOTO  
Secretário Municipal Da Tecnologia da Informação

RAMIRO BONFIETTI  
Secretário Municipal da Fazenda

**TERMO DE HOMOLOGAÇÃO**

**EDITAL DE LICITAÇÃO Nº219/2022.** ÓRGÃO: Prefeitura Municipal de Marília. MODALIDADE: Pregão. FORMA: PRESENCIAL. OBJETO: Registro de Preços visando à eventual aquisição de cestas de alimentos destinadas aos servidores ativos da Prefeitura Municipal de Marília – Prazo de 12 meses. TERMO DE HOMOLOGAÇÃO: O Município de Marília, neste ato representado pela autoridade, abaixo subscrita dando cumprimento aos dispositivos legais constantes nas Leis Federais 8666/93 e 10520/02 e Decreto Municipal 11.001/2013, HOMOLOGOU o processo licitatório, conforme classificação efetuada pelo Pregoeiro Ademir Aparecido Flausino, conforme segue: empresa vencedora: W & C ALIMENTOS EIRELI, localizada na Avenida Mario Zara, nº 2910, Distrito Industrial Angino Mendes, Estiva Gerbi/SP, CEP 13857-000.

CÁSSIO LUIZ PINTO JUNIOR  
Secretário Municipal da Administração

**TERMO DE HOMOLOGAÇÃO**

**EDITAL DE LICITAÇÃO Nº 233/2022.** MODALIDADE: Pregão. FORMA: ELETRÔNICA. OBJETO: Contratação de empresa

especializada na prestação de serviços de publicidade diária de matérias e atos administrativos do Município, em jornal de grande circulação no Estado de São Paulo, destinada à Secretaria Municipal de Suprimentos. TERMO DE HOMOLOGAÇÃO: A Prefeitura Municipal de Marília, neste ato representada pela autoridade, abaixo subscrita, dando cumprimento aos dispositivos legais constantes nas Leis Federais 8666/93 e 10520/02 e Decreto Municipal 11.001/2013, HOMOLOGOU o processo licitatório, de acordo com a adjudicação efetuada pela Pregoeira Rosângela Akemi Hakamada, conforme segue - empresa vencedora: EMPRESA JORNALISTICA JORNAL DA MANHÃ LTDA, Rua Quinze de Novembro, nº 883, Centro, Marilia/SP, CEP 17500-050.

CIDIMAR LUIZ FURQUIM  
Secretário Municipal de Suprimentos

**ATAS DE REGISTRO DE PREÇOS****ATAS DE REGISTRO DE PREÇOS**

**EDITAL DE LICITAÇÃO Nº 194/2022** ÓRGÃO: PREFEITURA MUNICIPAL DE MARILIA MODALIDADE: PREGÃO ELETRÔNICO OBJETO: Registro de Preço para eventual aquisição de Papel Higiênico, Papel Interfolhado, papel toalha e guardanapo, destinados a diversas secretarias municipais. De acordo com o Artigo 15 parágrafo 2º da Lei Federal 8666/93, dá-se publicidade aos preços unitários do objeto acima descrito:

ATA 673/2022 - BIOMIXX DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS DESCARTÁVEIS LTDA: Papel higiênico - folha dupla; classe 01, fragrância neutra; na cor branca; alvura ISO maior que 80%; índice de maciez igual ou menor que 5,5 nm/g; resistência a tração ponderada igual ou maior de 90 n/m; tempo de absorção de água igual ou menor que 5 segundos; conforme norma ABNT NBR conforme norma ABNT NBR 15464-2 e 15134; características complementares: matéria prima 100% fibra vegetal; comprimento do rolo de 30 metros, com tolerância de 2%; com largura de 10 centímetros, com tolerância de 2%; diâmetro no máximo de 11,7 cm; largura do tubete 10,00 cm, com tolerância de 2%; diâmetro interno do tubete maior que 4 cm; acabamento gofrado; picotado; neutro; rotulagem contendo: identificação da classe, marca, quantidade de rolos; aroma, metragem do papel; nome do fabricante, fantasia, CNPJ, e-mail, telefone do sac; embalagem com boa visibilidade do produto. Pacote contendo 4 rolos. - MARCA: Copapa - MODELO: Gold Folha Dupla - R\$4,26. Papel higiênico - folha dupla; classe 01, fragrância neutra; na cor branca; alvura ISO maior que 80%; índice de maciez igual ou menor que 5,5 nm/g; resistência a tração ponderada igual ou maior de 90 n/m; tempo de absorção de água igual ou menor que 5 segundos; conforme norma ABNT NBR conforme norma ABNT NBR 15464-2 e 15134; características complementares: matéria prima 100% fibra vegetal; comprimento do rolo de 30 metros, com tolerância de 2%; com largura de 10 centímetros, com tolerância de 2%; diâmetro no máximo de 11,7 cm; largura do tubete 10,00 cm, com tolerância de 2%; diâmetro interno do tubete maior que 4 cm; acabamento gofrado; picotado; neutro; rotulagem contendo: identificação da classe, marca, quantidade de rolos; aroma, metragem do papel; nome do fabricante, fantasia, CNPJ, e-mail, telefone do sac; embalagem com boa visibilidade do produto. Pacote contendo 4 rolos. - MARCA: Copapa - MODELO: Gold Folha Dupla - R\$4,26.

ATA 674/2022 - CLEANING DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS DE LIMPEZA LTDA: Guardanapo de papel, cor branca com alto poder de absorção, med. aproximada de 30x30 cm, pacote com 100 unidades. - MARCA: NC PAPEIS - R\$2,00.

**ATA 675/2022 - RILL QUÍMICA LTDA:** TOALHAS DE PAPEL PICOTADA, EMBALAGEM COM 2 ROLOS DE PAPEL FOLHA DUPLA DE NO MÍNIMO 18 CM X 20 CM CADA. DEVERÁ POSSUIR ALTA ABSORÇÃO. - MARCA: DONNA - R\$3,85.

**ATA 676/2022 - W. SANCHES & CIA LTDA:** PAPEL INTERFOLHA, 2 DOBRAS, BRANCO, 1000 FLS, 20x21 CM: Com no mínimo 20,0 X 21,0 cm: Toalha de papel simples inter-folhado institucional; classe 01; quantidade de dobras 02 dobras; na cor branca; alvura ISO maior que 85%; quantidade de pintas menor que 5mm2/m2; tempo de absorção de água menor que 6 segundos; capacidade de absorção de água maior que 5 g/g; quantidade de furos menor que 10mm2/m2; resistência a tração a úmido maior que 90 n/m; conforme norma da abnt nbr; característica complementares: matéria prima 100% fibra vegetal; dimensão da folha com NO MÍNIMO 20,0 X21,0 cm; embalados em papel celofane, maços embalados individualmente em sacos plásticos; acabamento gofrado; rotulagem contendo:c/ identificação da classe, marca,quantidade de folhas,dimensão da folha; nome do fabricante e fantasia, CNPJ; e-mail e telefone do sac. - MARCA: BELL - MODELO: ROXO - R\$8,00. PAPEL INTERFOLHA, 2 DOBRAS, BRANCO, 1000 FLS, 20x21 CM: Com no mínimo 20,0 X 21,0 cm: Toalha de papel simples inter-folhado institucional; classe 01; quantidade de dobras 02 dobras; na cor branca; alvura ISO maior que 85%; quantidade de pintas menor que 5mm2/m2; tempo de absorção de água menor que 6 segundos; capacidade de absorção de água maior que 5 g/g; quantidade de furos menor que 10mm2/m2; resistência a tração a úmido maior que 90 n/m; conforme norma da abnt nbr; característica complementares: matéria prima 100% fibra vegetal; dimensão da folha com NO MÍNIMO 20,0 X21,0 cm; embalados em papel celofane, maços embalados individualmente em sacos plásticos; acabamento gofrado; rotulagem contendo:c/ identificação da classe, marca,quantidade de folhas,dimensão da folha; nome do fabricante e fantasia, CNPJ; e-mail e telefone do sac. - MARCA: BELL - MODELO: ROXO - R\$8,00.

## EXTRATOS DE CONTRATOS

### EXTRATOS DE CONTRATOS

**Contrato CF-1896/22 Contratante** Prefeitura Municipal de Marília  
**Contratada** AOKI LTDA **Valor** R\$1.202.900,00 **Assinatura** 03/11/22  
**Objeto** Aquisição de veículos (caminhão basculante e caminhão coletor de lixo), destinados à Secretaria Municipal de Limpeza Pública e Serviços **Processo** Pregão Eletrônico nº 148/22.

**Contrato** Aditivo 01 ao CG-1168/14 **Cessionária** Prefeitura Municipal de Marília **Cedente** GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO / SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO **Assinatura** 22/09/22  
**Objeto** Alteração do objeto da cessão de uso para o veículo tipo Escolar Ore I, placa EUX3G11, marca M.BENZ/LO 916 ESC R, chassi 9BM979282PB276576 (uso exclusivo para transporte escolar de alunos da educação básica - convênio nº CV-1218/22) processo SEDUC N.º 2021/41771, **Processo** Protocolo n.º 72.866/22.

**Contrato** Aditivo 14 ao CL-196/09 **Locatária** Prefeitura Municipal de Marília **Locadora** JUVENTUDE CRIATIVA DE MARÍLIA **Assinatura** 04/11/22 **Objeto** Prorrogação do prazo de vigência do contrato de locação do imóvel localizado na Rua Paraíba, nº. 280, destinado à instalação de Creche Municipal (Curumim) **Vigência** 31/12/23 **Processo** Protocolo n.º 45.611/22.

**Contrato** Aditivo 13 ao CL-254/13 **Locatária** Prefeitura Municipal de Marília **Locadores** SÍLVIA HELENA HEUBEL ALBERTONI, MARIA ANTONIETA HEUBEL, FÁBIO ERNANI HEUBEL e JOSÉ AUGUSTO HEUBEL **Valor** R\$ 5.000,00 **Assinatura** 01/11/22 **Objeto** Revisão do valor do aluguel previsto no contrato de locação do imóvel situado na Rua Quatro de Abril, 763, na cidade de Marília, destinado a abrigar o Centro de Referência de Atendimento à Mulher **Processo** Protocolo n.º 20.684/22.

**Contrato** Aditivo 01 ao CO-1217/21 **Contratante** Prefeitura Municipal de Marília **Contratada** COMPANHIA DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO DE MARÍLIA – CODEMAR **Valor** R\$ 115.467,58 (acréscimo) **Assinatura** 03/11/22 **Objeto** Acréscimo ao objeto do contrato de fornecimento de material e mão de obra para reforma e adequação da Praça do Jardim Continental em Marília-SP destinados à Secretaria Municipal de Planejamento Urbano **Processo** Protocolo n.º 55.767/22.

**Contrato** Aditivo 38 ao CV-1179/20 **Conveniente** Prefeitura Municipal de Marília **Convenente** ASSOCIAÇÃO BENEFICIENTE HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - ABHU **Assinatura** 17/10/22 **Objeto** Alteração da "Cláusula Sexta - Dos Recursos Financeiros", para autorizar o remanejamento de saldo financeiro dos Itens III – E-a) e H-a.1) para o Item III – H.a.2, objetivando a utilização do recurso financeiro nos serviços em obstetrícia do referido item e a inclusão no item III da letra Z, subitens "a" e "b", objetivando autorizar repasses financeiros, oriundos de emendas parlamentares, para custear despesas de custeio da entidade e partos de médio risco **Processo** Protocolo n.º 62.276/22.



**O acesso dos surdos aos serviços públicos está mais fácil.**

Utilize o serviço de intérpretes.  
A inclusão é um direito de todos!



#### SERVIÇO

Atendimento da Central Libras via WhatsApp:

• (11) 91038-8641 – Jéssica (manhã)  
• (11) 91038-9577 – Inês (tarde)

O atendimento é de segunda a sexta, das 7h30 às 17h.  
Aos finais de semana e feriados, somente urgências.

**SECRETARIA DE DIREITOS HUMANOS**

Rua José de Anchieta, 95 - Centro

• (14) 3402-4411





## EDITAIS

### CONCURSO PÚBLICO - EDITAL SA.10 Nº 02/2022 (PROCURADOR JURÍDICO)

A PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA, por meio da Secretaria Municipal da Administração, juntamente com a Fundação VUNESP – Fundação para o Vestibular da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, tornam público que fica RETIFICADO o Edital SA. 10 Nº 02/2022 (PROCURADOR JURÍDICO) – Abertura de Inscrições, conforme segue:

#### 10– DO JULGAMENTO DAS PROVAS

...  
**DA PROVA PRÁTICO-PROFISSIONAL**  
**10.2.** A prova prática profissional será corrigida para os 30 (trinta) candidatos melhores classificados na prova objetiva, da Lista Geral e para os 03 (três) candidatos melhores classificados na prova objetiva, da Lista Especial. Havendo candidatos empatados na 30ª posição na prova objetiva, da Lista Geral e na 3ª posição na prova objetiva, da Lista Especial, todos terão a prova prática-profissional corrigida.

Ficam ratificadas as demais disposições do referido Edital.

MARÍLIA, 04 de novembro de 2022.

CÁSSIO LUIZ PINTO JÚNIOR  
Secretário Municipal da Administração

## DIVERSOS

### PORATARIA S.E. NÚMERO 0144

Prof. Helter Rogério Bochi, Secretário Municipal da Educação, usando de atribuições legais, tendo em vista o que consta no Protocolo nº 74969, de 04 de novembro de 2022, **REVOGA**, a partir de 07 de novembro de 2022, o item 06 da Portaria/SE nº 0113 de 20 de setembro de 2022, que designou a servidora **MICHELLE CASAGRANDE**, Professora de EMEI, para cumprir jornada especial.

Secretaria Municipal da Educação, 04 de novembro de 2022.

### PORATARIA S.E. NÚMERO 0145

Prof. Helter Rogério Bochi, Secretário Municipal da Educação, usando de atribuições legais, tendo em vista o que consta no Protocolo nº. 74973, de 04 de novembro de 2022, consoante o que dispõe o artigo 18- J, Incisos I e II do Art. 18-L, da Lei 3.200 de 30 de dezembro de 1986 modificada posteriormente, **DESIGNA**, por necessidade de serviço, as servidoras constantes do Anexo Único, lotadas na Secretaria Municipal da Educação, para cumprirem jornada especial, por prazo determinado, fazendo jus à respectiva gratificação mensal.

Secretaria Municipal da Educação, 04 de novembro de 2022.

## ANEXO ÚNICO

Professoras de EMEI com Jornada Especial em EMEI – 50 horas semanais					
Art.18-L, Incisos I e II da Lei nº 3200/1986, modificada posteriormente					
No período de 07 de novembro a 15 de dezembro de 2022:					
Matrícula	Nome	Titular	Jornada	Motivo	
1 111910/4	Ana Letícia Gimenes Otre	EMEI Catavento Período: Tarde	EMEI Catavento Período: Manhã	Classe da Profª Mayara da Silva Paredes- Matrícula 123617/2 Licença Médica - Prot. 73243/22 Nível I C	

2	154113/1	Aparecida Vitalino Garcia	EMEI Clara Luz Período: Tarde	EMEI Clara Luz Período: Manhã	Classe da Profª Natalia Pontes Gregui-Matrícula 159816/1 Licença Maternidade - Prot. 74491/22 Infantil II B
3	159107/1	Ariovaldo da Silva Júnior	EMEI Clara Luz Período: Manhã	EMEI Clara Luz Período: Tarde	Classe da Profª Natalia Pontes Gregui-Matrícula 159816/2 Licença Maternidade - Prot. 74493/22 Infantil I E
4	154814/1	Joice da Costa Pardini	EMEI Fernando Mauro Período: Tarde	EMEI Ciranda Cirandinha Período: Manhã	Classe da Profª Maria Regina Campanari Lopes-Licença Médica - Prot. 73876/22 Infantil I B
5	146129/2	Juliani Benedicto	EMEI Arco-Íris Período: Manhã	EMEI Catavento Período: Tarde	Classe da Profª Mayara da Silva Paredes-Matrícula 123617/3 Licença Médica - Prot. 73245/22 Nível I C

## EMPRESA MUN. DE MOBILIDADE URBANA DE MARÍLIA - EMDURB

Valdeci Fogaça de Oliveira

Diretor-Presidente

### EDITAIS

#### Edital de divulgação de GABARITO

Ref: CONCURSO PÚBLICO - EDITAL Nº 01/2022

A EMPRESA MUNICIPAL DE MOBILIDADE URBANA DE MARILIA – EMDURB, DIVULGA O GABARITO das Provas Objetivas para o emprego de AGENTE DE TRÂNSITO das provas realizadas no dia 02/11/2022.

1 - B	2 - C	3 - A	4 - D	5 - E	6 - B	7 - C	8 - A	9 - D	10 - E
11 - C	12 - E	13 - A	14 - B	15 - C	16 - A	17 - D	18 - A	19 - B	20 - C
21 - C	22 - E	23 - C	24 - D	25 - B	26 - A	27 - E	28 - D	29 - C	30 - A
31 - B	32 - B	33 - C	34 - A	35 - C	36 - C	37 - B	38 - D	39 - D	40 - A

Fica aberto o prazo de recurso conforme prevê o item 15 do Edital E, para que ninguém possa alegar desconhecimento é expedido o presente Edital.

Marilia, em 04 de novembro de 2022.

DR. VALDECI FOGAÇA DE OLIVEIRA  
PRESIDENTE

# DENGUE

## AQUI NÃO!

#Partiu eliminar a água parada!

Não dê chance ao mosquito que mata.

Para saber mais: [marilia.sp.gov.br/dengue](http://marilia.sp.gov.br/dengue)

DENUNCIE O DESCASO CONTRA A DENGUE

WHATSAPP: 14 99799-6361 LIGUE: 0800 77 66 111

PREFEITURA DE MARÍLIA



PREFEITURA DE  
MARÍLIA

# DIÁRIO OFICIAL

## MUNICÍPIO DE MARÍLIA

Ano XIV • nº 3317

diariooficial.marilia.sp.gov.br

Sábado, 05 de novembro de 2022.

### FUNDAÇÃO MARILIENSE DE RECUPERAÇÃO SOCIAL - FUMARES

Valderlei Dolce  
Presidente

### EXTRATOS DE CONTRATOS

#### Extrato para Publicação

Ata de Registro de Preços - ARP: 001/2021 - Aditivo nº 001/2022 – Inclusão de Dotação

Edital nº 008/2021 – Pregão Eletrônico nº 008/2021

**Contratante:** FUMARES – Fundação Mariliense de Recuperação Social

**Contratada:** AÇOUGUE DELIRA LTDA EPP

CNPJ: 03.589.428/0001-00

**Objeto:** Aquisição eventual de Gêneros Alimentícios (carnes diversas)

**Dotação Orçamentária:** As despesas decorrentes do objeto registrado correrão por conta das seguintes dotações orçamentárias:

**ÓRGÃO:** 05 – FUMARES – Fundação Municipal de Recuperação Social

**UNIDADE ORÇAMENTÁRIA:** 05.01 - FUMARES – Fundação Municipal de Recuperação Social

**CATEGORIA ECONÔMICA:** 3.3.90.39, 3.3.50.43.00

**FUNCIONAL PROGRAMÁTICA:** 04.122.0402.2.501, 04.122.0402.2.503

**VÍNCULOS:** 02.000.0000, 04.110.0000 e 05.000.0000

#### Extrato para Publicação

Ata de Registro de Preços - ARP: 002/2021 - Aditivo nº 001/2022 – Inclusão de Dotação

Edital nº 008/2021 – Pregão Eletrônico nº 008/2021

**Contratante:** FUMARES – Fundação Mariliense de Recuperação Social

**Contratada:** QUARTZO COBRANÇA E ALIMENTOS EIRELI

CNPJ: 41.255.020/0001-90

**Objeto:** Aquisição eventual de Gêneros Alimentícios (carnes diversas)

**Dotação Orçamentária:** As despesas decorrentes do objeto registrado correrão por conta das seguintes dotações orçamentárias:

**ÓRGÃO:** 05 – FUMARES – Fundação Municipal de Recuperação Social

**UNIDADE ORÇAMENTÁRIA:** 05.01 - FUMARES – Fundação Municipal de Recuperação Social

**CATEGORIA ECONÔMICA:** 3.3.90.39, 3.3.50.43.00

**FUNCIONAL PROGRAMÁTICA:** 04.122.0402.2.501, 04.122.0402.2.503

**VÍNCULOS:** 02.000.0000, 04.110.0000 e 05.000.0000

PAGUE SEUS IMPOSTOS EM DIA E  
CONTRIBUA COM O CRESCIMENTO  
DA CIDADE DE MARÍLIA.



### CÂMARA MUNICIPAL DE MARÍLIA

Marcos Santana Rezende  
Presidente

### EDITAIS

#### EDITAL DE CONVOCAÇÃO Nº 29/2022

Marcos Santana Rezende, Presidente da Câmara Municipal de Marília, Estado de São Paulo, usando de suas atribuições,

**C O N V O C A**, de acordo com o Requerimento nº 1698/2022, de autoria do Vereador Rogerinho (PP), aprovado na sessão ordinária do dia 31/10/2022, **S E S S Ã O S E C R E T A** após o término da próxima sessão ordinária, a se realizar no dia 7 de novembro de 2022, para apreciação de projeto de decreto legislativo dispondo sobre a concessão de um título honorífico.

Câmara Municipal de Marília, 3 de novembro de 2022.

Marcos Santana Rezende  
Presidente

Registrado e publicado na Secretaria Administrativa “Dr. José Cunha de Oliveira”, da Câmara Municipal de Marília, em 3 de novembro de 2022.

Carla Fernanda Vasques Farinazzi  
Diretor Geral Legislativo

#### EDITAL DE CONVOCAÇÃO Nº 30/2022

Marcos Santana Rezende, Presidente da Câmara Municipal de Marília, Estado de São Paulo, usando de suas atribuições,

**C O N V O C A**, de acordo com o Requerimento nº 1748/2022, de autoria do Vereador Marcos Rezende (PSD), aprovado na sessão ordinária do dia 31/10/2022, **2ª S E S S Ã O S E C R E T A** após o término da próxima sessão ordinária, a se realizar no dia 7 de novembro de 2022, para apreciação de projeto de decreto legislativo dispondo sobre a concessão de um título honorífico.

Câmara Municipal de Marília, 3 de novembro de 2022.

Marcos Santana Rezende  
Presidente

Registrado e publicado na Secretaria Administrativa “Dr. José Cunha de Oliveira”, da Câmara Municipal de Marília, em 3 de novembro de 2022.

Carla Fernanda Vasques Farinazzi  
Diretor Geral Legislativo

**EDITAL DE CONVOCAÇÃO Nº 31/2022**

Marcos Santana Rezende, Presidente da Câmara Municipal de Marília, Estado de São Paulo, usando de suas atribuições,

**CONVOCA**, de acordo com o disposto no art. 78, § 1º, inciso I, da Resolução nº 183, de 7 de dezembro de 1990 – Regimento Interno, e na Resolução nº 303, de 9 de outubro de 2007, **SESSÃO SOLENE** para o dia 9 de novembro de 2022, às 19 horas, no recinto da Edilidade, ocasião que será outorgado ao integrante destacado de cada pelotão da turma de atiradores do Tiro de Guerra de Marília o Diploma de Atirador do Ano de 2022.

Câmara Municipal de Marília, 3 de novembro de 2022.

Marcos Santana Rezende  
Presidente

Registrado e publicado na Secretaria Administrativa “Dr. José Cunha de Oliveira”, da Câmara Municipal de Marília, em 3 de novembro de 2022.

Carla Fernanda Vasques Farinazzi  
Diretor Geral Legislativo

**ORDEM DO DIA****SESSÃO ORDINÁRIA DE 07/11/2022****INICIO DA SESSÃO – 16:00 horas****I - PROCESSOS CONCLUSOS**

**01 –** Primeira discussão do Projeto de Lei nº 105/2022, da Prefeitura Municipal, denominando as vias públicas do Loteamento Residencial Terras de Santana, aprovado pelo Decreto nº 13409/2021.

**02 –** Primeira discussão do Projeto de Lei nº 110/2022, da Prefeitura Municipal, modificando a Lei nº 5258/2002, que disciplina o serviço de táxi no Município de Marília e dá outras providências.  
Há substitutivo  
Votação qualificada

**03 –** Primeira discussão do Projeto de Lei nº 107/2022, do Vereador Marcos Rezende (PSD), denominando Praça “Ederson Luiz Belueque”, o dispositivo viário compreendido no entroncamento da Avenida Francisco da Costa Pimentel com a Rua Miguel Álvares Reinoso, no Bairro Parque dos Ipês.

**II - PROCESSOS INCLUÍDOS NA ORDEM DO DIA A REQUERIMENTO VERBAL, APROVADO, DE SEUS AUTORES.**

**04 –** Primeira discussão do Projeto de Lei nº 95/2022, do Vereador Dr. Elio Ajeka (PP), instituindo o Vitamel, programa municipal de incentivos a apicultura e a meliponicultura, autoriza a concessão de incentivo aos produtores rurais estabelecidos no Município, e dá outras providências.  
Há substitutivo

**05 –** Primeira discussão do Projeto de Lei nº 98/2022, do Vereador Luiz Eduardo Nardi (PODEMOS), denominando Rua Carolina Manna (Angelina Guagliaone) a via pública classificada como área não edificante, frente dos lotes de números 1 a 9, da quadra A, a partir da intersecção com a Rua Leobino de Barros Neto (estrada municipal), do Loteamento denominado Sítios de Recreio Ribeirão dos Índios, aprovado pelo Decreto nº 10830/2012.

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA**

**Prefeito Municipal:** Daniel Alonso  
**Secretário Municipal da Administração:** Cássio Luiz Pinto Junior  
**Jornalista Responsável:** João Paulo dos Santos **Mtb:** 56.923/SP  
**Directora de Atos Oficiais:** Andrea Medeiros Paz  
**Endereço:** Rua Bahia, 40 - Centro - Marília/SP - CEP 17501-900  
**Telefone:** (14) 3402-6023  
**Site:** [www.marilia.sp.gov.br](http://www.marilia.sp.gov.br)  
**E-mail:** [aoficiais@marilia.sp.gov.br](mailto:aoficiais@marilia.sp.gov.br)

Diário Oficial do Município de Marília – D.O.M.M. criado por meio do Decreto nº 9980, de 29 de maio de 2009.