



MANUAL PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE

**DOS SERVIDORES PÚBLICOS
CIVIS FEDERAIS**

SRH/MP

Departamento de Relações de Trabalho
Coordenação Geral de Seguridade Social e
Benefícios do Servidor

Brasília, Junho/2006



© 2006. MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO ORÇAMENTO E GESTÃO

PRESIDENTE DA REPÚBLICA:

LUÍS INÁCIO LULA DA SILVA

MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO:

PAULO BERNARDO SILVA

SECRETÁRIO EXECUTIVO:

JOÃO BERNARDO DE AZEVEDO BRINGEL

SECRETÁRIO DE RECURSOS HUMANOS:

SÉRGIO EDUARDO ARBULU MENDONÇA

SECRETÁRIA ADJUNTA DE RECURSOS HUMANOS:

MARILENE FERRARI LUCAS

DIRETOR DO DEPTO. DE RELAÇÕES DE TRABALHO:

VLADIMIR NEPOMUCENO

COORDENADOR-GERAL DE SEGURIDADE SOCIAL E BENEFÍCIOS DO SERVIDOR:

LUIZ ROBERTO PIRES DOMINGUES JUNIOR

EDIÇÃO E DISTRIBUIÇÃO:

MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO

SECRETARIA DE RECURSOS HUMANOS

ESPLANADA DOS MINISTÉRIOS, BLOCO C

70.046-900 – BRASÍLIA – DF

TEL (61) 3313.1245

TIRAGEM: 10.000 EXEMPLARES

IMPRESSO NO BRASIL / PRINTED IN BRAZIL

GRÁFICA DO EXÉRCITO - ECCGF

É PERMITIDA A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTA OBRA DESDE QUE CITADA A FONTE

Domingues, Luiz R ... [et. al.]

Manual para os serviços de saúde dos servidores públicos civis federais. Organizador: Luiz Roberto Pires Domingues Junior. Brasília: Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão, 2006.

192 p.

1. Saúde do Servidor. 2. Perícia Médica.

CDU. 616.33

EQUIPE DE TRABALHO

COORDENAÇÃO GERAL / ORGANIZADOR:

LUIZ ROBERTO PIRES DOMINGUES JUNIOR.

Comissão de Elaboração:

Armando Augusto Peixoto	Médico	Ministério da Saúde
Cláudio José dos Santos	Médico	Ministério do Trabalho e Emprego
Jarbas Câmara Pache Faria	Médico	Universidade Federal Fluminense
José Antônio Ferreira	Médico	Arsenal de Marinha - RJ
José Roberto Alves de Souza	Médico	Universidade Rural Federal de Pernambuco
Myria do Egito Vieira de Souza	Médico	Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão
Vera Regina Pasquali Peixoto	Médico	Ministério da Saúde
Regina Mano de Castro	Matemática	Ministério da Fazenda
Patrícia de Freitas Barros Monteiro	Fisioterapeuta	Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão
Luiz Roberto Pires Domingues Junior	Engenheiro e Sanitarista	Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão
Vânia Gloria Alves de Oliveira	Enfermeira	Universidade Federal do Rio de Janeiro
Luis Guilherme de Souza Peçanha	Assistente Técnico	Ministério da Saúde
Elizabeth Muniz de Souza	Aux. Enfermagem	Ministério do Planejamento
Maria Concebida de Carvalho Santana	Administrador	Ministério da Educação
Olívia Fernandes	Estagiário - Fisioterapia	Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão.

Revisão de Português

Dra. Marcia Elizabeth Bortone.– Universidade de Brasília

Revisão Final

Myria do Egito Vieira de Souza

Luiz Roberto Pires Domingues Junior.

Coordenação Geral de Seguridade Social e Benefícios do Servidor - COGSS

Coordenador Geral:

Luiz Roberto Pires Domingues Junior

Chefe da Divisão de Saúde do Servidor DISAS:

Myria do Egito Vieira de Souza

Chefe de Divisão de Previdências e Atuária - DIPRA:

Maria de Lurdes Oliveira

Chefe da Divisão de Assistência do Servidor - DIASE:

Paulo Alberto Raja Gabaglia

Chefe de Divisão de Benefícios e Valorização do Servidor - DIBEV:

Patricia de Freitas Monteiro

Especialistas em Políticas Públicas e Gestão Governamental:

Cristiane Maria Simão Munhoz

Daniela Ferreira Cruz e Pic

Apoio Administrativo:

Martins Moreira Silva

Sumário

APRESENTAÇÃO	08
INTRODUÇÃO	09
I. Conceituação Básica	10
de Saúde	10
de Saúde do Servidor	10
de Capacidade Laborativa	10
de Incapacidade Laborativa	11
de Invalidez	11
de Vigilância à saúde do servidor / vigilância ambiental das condições de trabalho	11
de Doença Incapacitante	12
de Atividades de Vida Diária	12
de Deficiência Física	12
de Doença Profissional	14
de Doenças Relacionadas ao Trabalho	14
de Acidentes em Serviço	14
de Readaptação	14
de Reabilitação	15
II. Atribuições da Equipe Multiprofissional de Saúde	15
Médico	17
Psicólogo	17
Assistente Social	17
Fisioterapeuta	18
Terapeuta Ocupacional	18
Nutricionista	18
Enfermeiro	19
Auxiliar de Enfermagem	19
III. Atribuições da Equipe de Vigilância à Saúde dos Servidores / Ambiental	19
IV. Atribuições da Equipe Médico-Pericial	20
V. Atribuições da Equipe Multiprofissional na Readaptação / Reabilitação	21
VI. Conceitos Básicos para Avaliação da Capacidade Laborativa	22
Acidente em Serviço ou de Doença Profissional	22
Licença para Tratamento de Saúde do Servidor	23
Licença à Gestante	25
Remoção de Servidor por Motivo de Saúde	26
Aposentadoria por invalidez	26
Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família	27
Readaptação Funcional	27
Pedido de Reconsideração	28
Revisão de Aposentadoria por Invalidez	28
Exames Admissionais	29
Servidor Fora da Sede	29
VII. Perícia Médica	29
Relação do Profissional de Perícia com a Instituição	29
Relação do Perito com o Periciado	30
Elaboração do Parecer Médico-Pericial	31
Quesitos do Laudo Médico-Pericial	33
VIII. Considerações Gerais	36
IX. Doenças Enquadradas no Parágrafo 1º do artigo 186 da Lei nº 8.112/90	37
Alienação Mental	37
Cardiopatia Grave	39
Cegueira Posterior ao Ingresso no Serviço Público	48
Espondilite Anquilosante	50
Estados Avançados da Doença de Paget (Osteíte Deformante)	51
Hanseníase	51
Mal de Parkinson	54
Nefropatia Grave	55

Neoplasia Maligna	56
Alzheimer	57
Paralisia Irreversível e Incapacitante	58
Esclerose Múltipla	59
Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS)	60
Tuberculose Ativa	61
Considerações Gerais	63
X. Outras Patologias	65
Hepatotopia Grave	65
DORT/LER	68
XI. Formulários	
Requerimento para a Seguridade Social	70
Comunicação de Acidente em Serviço - CAS	72
Laudo de Exame Médico-Pericial	74
Resultado de Exame Médico-Pericial	78
Prorrogação de Licença	78
Avaliação do Potencial Laborativo	80
Solicitação de Readaptação	82
Pedido de reconsideração	84
Registro de ocorrências em Seguridade Social	86
Convocação de Servidor	89
Modelo para elaboração de Laudo de Avaliação Ambiental	91
XII. Referências Legais	
Lei 8.112 de 11 de dezembro de 1990	93
Portaria nº 3.120 de 1º de julho de 1998	97
Portaria nº 3.198 de 30 de outubro de 1998 – Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST-SUS/98)	103
Norma Regulamentadora nº 07	105
Norma Regulamentadora nº 09	109
Orientação Normativa nº 04/05 da SRH	113
Ofício Circular nº 25	115

“O AUTOR A SEU LIVRO

Estás ardendo de desejo, livro querido, ansioso
para seguires teu caminho. Escuta, entretanto, meus conselhos
paternais. Vou te dizer, em poucas palavras,
qual sorte que reserva o seu destino.

Como proclamas que vais ensinar uma matéria nova,
os sábios acorrerão a ti ávidos e curiosos.

Porém, mal terão eles lido pobres páginas,
te enviarão para plebéias quitandas,
onde se expõem à plebe
salsichas, sal e outras especiarias.

Ó! Não fiques decepcionado. É coisa freqüente verem-se até imponentes Pandectas
transformar-se em cartuchos de embalagens
de peixe, de pimenta ou cheiro cumim.

Não te esqueças de que foste elaborado em escuras oficinas
e não em palácios ricos,
nem em cortes brilhantes onde sábios médicos, sempre pressurosos,
estendem a mão aos cozinheiros.

Pensando assim, creio eu, serás menos iludido
como não o seriam livros de títulos pretensiosos,
se aqueles que lerem te devolverem
para as oficinas onde nasceste.”

Bernardo Ramazzini –
da obra: De Morbis Artificum Diatriba

APRESENTAÇÃO

"A causa real da maioria de nossos grandes problemas está entre a ignorância e a negligência".

Goethe

A Coordenação Geral de Seguridade Social do Servidor e Benefícios do Servidor da Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão foi criada em julho de 2003, com o objetivo de propor uma política de seguridade social uniforme para todos os servidores públicos civis federais, fazendo com que seus vértices: assistência social (pagamento de auxílios, como alimentação, creche, transporte), saúde suplementar, saúde ocupacional e previdência, tivessem um norteador comum, privilegiando uma gestão eficiente e valorizando o servidor.

O descompasso operacional entre esses vértices provoca grandes perdas ao servidor e ao Estado, com danos diretos e indiretos à sociedade.

No caso específico dos serviços de saúde e de perícia médica, é flagrante a diferença de tratamento dado à matéria por diversos órgãos e entidades do SIPEC, fazendo com que muitas vezes servidores de órgãos diversos, com a mesma patologia, tivessem encaminhamentos administrativos diferentes, não respeitando, dessa forma nem a administração pública e nem o servidor.

Isto posto, o presente manual vem com o objetivo de, à luz da legislação vigente, em especial da Lei 8.112 de 11 de dezembro de 1990 e da Lei 9.527 de 10 de dezembro 1997, apresentar normas e critérios para uniformização e padronização de condutas no âmbito do Serviço Público Federal, no que se refere ao serviço de saúde e perícia médica do servidor, o que permitirá implantar de forma efetiva um paradigma da valorização do servidor e, ao mesmo tempo, viabilizar uma gestão mais eficiente no que se refere à saúde, na esfera dos setoriais de recursos humanos.

Sérgio Eduardo Arbulu Mendonça
Secretário de Recursos Humanos

INTRODUÇÃO

Este manual visa uniformizar e padronizar o atendimento ao servidor público civil do executivo federal acometido de algum agravo à sua saúde ou que necessite de outros tipos de licença amparados pela legislação, que requeiram avaliação por uma Equipe Profissional de Saúde.

O objetivo é o de instituir tratamento igualitário e transparente em todo o Brasil, por meio do estabelecimento de protocolos, procedimentos e formulários padrão, evitando assim que situações semelhantes tenham tratamentos administrativos diferenciados, o que gera desgaste e abre espaço para demandas judiciais.

Neste manual especificamos as competências dos profissionais de saúde que participam da equipe, orientando rotinas e esclarecendo procedimentos. Em anexo, apresentamos a Legislação pertinente assim como os formulários acordados.

A equipe multiprofissional de saúde terá várias e diferentes atribuições, desde a perícia médica, vigilância ambiental dos locais de trabalho, vigilância à saúde do servidor, elaboração de pareceres especializados, até a elaboração e coordenação de programas de reabilitação, readaptação que visem à melhoria da qualidade de vida do servidor em todos os aspectos.

Este Manual está inserido dentro da Política de Seguridade Social e Benefícios do Servidor Público Civil Federal que possui como norteador o Sistema Integrado de Saúde Ocupacional do Servidor Civil da administração Pública Federal - SISOSP.

I. CONCEITUAÇÃO BÁSICA

SAÚDE

Ao propormos um manual que trata de procedimentos para os serviços de saúde dos servidores públicos civis federais, é essencial analisar o significado de “saúde sob uma perspectiva histórica”.

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

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

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

SAÚDE DO SERVIDOR

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

O conceito de “Promoção de Saúde”, norteador deste manual, amplia o espírito do direito administrativo vigente, focado tão somente na capacidade laboral do servidor, exprimindo, dessa forma, uma idéia de interdisciplinaridade, o que exigirá um preparo amplo e uma visão abrangente dos profissionais de saúde envolvidos.

CAPACIDADE LABORATIVA

É uma avaliação médico-pericial, destinada a responder aos quesitos estabelecidos, atendendo aos conceitos e aos critérios legais e padronizados neste manual.

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

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

Na avaliação da capacidade laborativa e suas consequências, como no caso da concessão ou não da licença médica, assim como da sua suspensão, o médico perito deve levar em conta a relação entre a patologia apresentada e a incapacidade para o trabalho, considerando o aspecto sócio-econômico do

servidor - bem como a possibilidade por exemplo o meio de transporte que utiliza, e a possibilidade de ser acompanhado ou não ao local de trabalho, entre outros.

INCAPACIDADE LABORATIVA

Entende-se por incapacidade laborativa a impossibilidade de desempenho do servidor de atividades específicas ao seu cargo, função ou emprego, decorrentes das alterações patológicas conseqüentes aos agravos apresentados.

Deverão ser sempre considerados, dentro do critério de avaliação da incapacidade, a possibilidade de agravamento da doença, bem como o risco de vida para a pessoa ou para terceiros, que a continuação do trabalho possa acarretar, sob determinadas condições em que ele é executado pelo servidor.

O CONCEITO DE INCAPACIDADE DEVE SER ANALISADO QUANTO AO GRAU, À DURAÇÃO E À PROFISSÃO OU FUNÇÃO DESEMPENHADA.

QUANTO AO GRAU DE INCAPACIDADE LABORATIVA PODE SER PARCIAL OU TOTAL:

- a) considerar-se-á como parcial o grau de incapacidade que ainda permita o desempenho de atividade laboral, sem risco de vida ou agravamento maior.
- b) considerar-se-á incapacidade total a que gera a impossibilidade de desempenho de atividade laboral, não permitindo atingir a média de rendimento, alcançada em condições normais, pelos servidores do cargo, função ou emprego do examinado.

QUANTO À DURAÇÃO – A INCAPACIDADE LABORATIVA PODE SER TEMPORÁRIA OU PARMANENTE:

- a) considera-se temporária a incapacidade para a qual se pode esperar recuperação dentro de prazo previsível ou não;
- b) considera-se incapacidade permanente aquela insuscetível de alteração com os recursos da terapêutica, readaptação e reabilitação disponíveis à época da avaliação pericial.

QUANTO À PROFISSÃO – A INCAPACIDADE LABORATIVA PODE SER:

- a) uni - profissional – é aquela em que o impedimento alcança apenas uma atividade específica;
- b) multiprofissional – é aquela em que o impedimento abrange diversas atividades profissionais;
- c) omni-profissional – é aquela que implica a impossibilidade do desempenho de toda e qualquer atividade laborativa. Esse conceito tem caráter teórico, salvo e objetivo exceto em situações transitórias. Também nunca pode ser de caráter subjetivo.

INVALIDEZ

Entende-se por invalidez a incapacidade laborativa total, permanente e omni-profissional, insuscetível de recuperação ou reabilitação profissional, em conseqüência de doença ou acidente.

As conclusões da avaliação da incapacidade, com base em exame pericial, deverão ser as mais rápidas possíveis, permitindo-se diagnósticos sindrômicos ou sintomáticos diante de incapacidade.

A incapacidade permanente ou invalidez acarreta a aposentaria, por tornar o servidor incapaz de prover a sua subsistência e /ou a realização das atividades da vida diária.

VIGILANCIA À SAÚDE DO SERVIDOR / VIGILÂNCIA AMBIENTAL ÀS CONDIÇÕES DE TRABALHO.

A Vigilância à Saúde do Servidor compreende uma atuação contínua e sistemática, ao longo do tempo, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes

dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos tecnológico, social, organizacional e epidemiológico, com a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções sobre esses aspectos, de forma a eliminá-los ou controlá-los.

A Vigilância à Saúde do Servidor compõe-se de um conjunto de práticas sanitárias, articuladas supra - setorialmente, cuja especificidade está centrada na relação da saúde com o ambiente e os processos de trabalho e desta com a assistência, calcada nos princípios da vigilância em saúde, para a melhoria das condições de vida e saúde da população.

DOENÇA INCAPACITANTE

É o agravo que produz incapacidade para desempenhar as tarefas da vida diária e laborais consideradas como atividades normais do ser humano. Essa incapacidade pode ser reversível, quando passível de reabilitação ou readaptação, ou irreversível quando as opções de reversibilidade não são efetivas.

Por ser considerada doença incapacitante, seu agravo (ou sua constatação) deverá impedir o servidor que exerça a maioria de suas atividades e não apenas um conjunto delas.

A incapacidade permanente ou invalidez, assim como as patologias reconhecidas que concedem isenção do imposto de renda, acarretam a aposentadoria, por tornar o servidor incapaz de prover a sua subsistência.

Observação: *O conceito de doença incapacitante, proposto neste manual, vem ampliar a proposta atual ainda vigente, devendo, portanto, ser seguido, tão somente, como um orientador para os serviços de saúde. O presente manual entrará em vigor quando o artigo 1º da Emenda Constitucional, nº 47, publicado no DOU de 06/07/2005, for regulamentado por Lei.*

ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA:

Atividades de vida diária (AVD's) são as tarefas pessoais, bem como aquelas concernentes ao auto-cuidado como também outras habilidades pertinentes ao dia – a – dia de qualquer pessoa considerada normal.

São consideradas "AVD's":

- ❖ Cuidados Pessoais: escovar os dentes, pentear os cabelos, vestir-se, tomar banho, calçar sapatos, alimentar-se, beber água, fazer uso do vaso sanitário, etc.
- ❖ Tarefas diárias: cozinhar, lavar louça, lavar roupa, arrumar a cama, varrer a casa, passar roupas, usar o telefone, escrever, manipular livros, sentar-se na cama, transferir-se de um lugar ao outro, etc.

DEFICIÊNCIA FÍSICA

Caso o servidor seja considerado inválido, ele estará amparado pelo Estatuto das Pessoas com Deficiência, no que ele tipifica.

O Decreto Nº 3.298, 20 de dezembro de 1999 – **ESTATUTO DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA**, que regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção e dá outras providências.

Destaca-se:

- *O CAPÍTULO VI: Dos Aspectos Institucionais, Art.9º afirma que "os órgãos e as entidades da Administração Pública Federal, direta e indireta, deverão conferir, no âmbito das respectivas competências e finalidades, tratamento prioritário e adequado aos assuntos relativos à pessoa portadora de deficiência, visando a assegurar-lhe o pleno exercício de seus direitos básicos e a efetiva inclusão social".*

- *CAPÍTULO VII, no Art. 15 – determina que “os órgãos e as entidades da Administração Pública Federal prestarão, diretos ou indiretamente, à pessoa portadora de deficiência os seguintes serviços:*
 - *Reabilitação integral;*
 - *Formação profissional e qualificação para o trabalho;*
 - *Escolarização em estabelecimentos regulares ou de ensino especial;*
 - *Orientação e promoção individual, familiar e social.*

Os serviços de saúde, no trato dos servidores com invalidez, incapacidade laborativa e/ou deficientes físicos, devem prover tratamento prioritário e adequado, viabilizando, sem prejuízo de outras, as seguintes medidas:

I - a promoção de ações preventivas, como as referentes ao planejamento familiar, ao aconselhamento genético, ao acompanhamento da gravidez, ao parto e ao puerpério, à nutrição da mulher e da criança, à identificação e ao controle da gestante e do feto de alto risco, à imunização, às doenças do metabolismo e seu diagnóstico, ao encaminhamento precoce de outras doenças causadoras de deficiência, e à detecção precoce das doenças crônico-degenerativas e a outras potencialmente incapacitantes;

II - o desenvolvimento de programas especiais de prevenção de acidentes domésticos, de trabalho, de trânsito e outros, bem como o desenvolvimento de programa para tratamento adequado a suas vítimas;

III - a criação de uma rede de serviços regionalizados, descentralizados e hierarquizados em crescentes níveis de complexidade, voltada ao atendimento à saúde e reabilitação da pessoa portadora de deficiência, articulada com os serviços sociais, educacionais e com o trabalho;

IV - a garantia de acesso da pessoa portadora de deficiência aos estabelecimentos de saúde públicos e privados e de seu adequado tratamento sob normas técnicas e padrões de conduta apropriados;

V - a garantia de atendimento domiciliar de saúde ao portador de deficiência grave não internado;

VI - O desenvolvimento de programas de saúde voltados para a pessoa portadora de deficiência, com a participação da sociedade, ensejando-lhe sua inclusão social; e,

VII - o papel estratégico da atuação dos agentes comunitários de saúde e das equipes de saúde da família na disseminação das práticas e estratégias de reabilitação baseada na comunidade.

Deve-se considerar, para efeito deste manual e de acordo com a legislação em vigor, os seguintes princípios:

- **Prevenção:** compreende as ações e medidas orientadas a evitar as causas das deficiências que possam ocasionar incapacidade e as destinadas a evitar sua progressão ou derivação em outras incapacidades.
- **Promoção:** promover ações de qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência, assegurando a igualdade de oportunidades no campo da saúde.
- **Diagnóstico:** a deficiência ou incapacidade deve ser diagnosticada e caracterizada por uma equipe multidisciplinar de saúde, para fins de concessão de benefícios e serviços.

O Serviço Integrado de Saúde Ocupacional do Servidor Público (SISOSP) inclui, em suas atividades, a prestação desses serviços, abrangendo a avaliação criteriosa quanto às atividades que podem ser desenvolvidas pelo servidor portador de deficiência, acompanhamento e recolocação sempre que julgado necessário além da adaptação do local de trabalho às suas necessidades, assim como a realização de campanhas e workshops sobre a inclusão social desses servidores.

DOENÇA PROFISSIONAL

São as doenças, cujo agravo é causado pelo exercício do trabalho, ou seja, fatores de risco presentes no ambiente e /ou inerentes às atividades desenvolvidas como a silicose, saturnismo, asbestose que podem ser fatores inerentes à atividades desenvolvidas (poeiras, gases, etc).

Podem ser agudas ou insidiosas.

Por isso, a importância de se levantar não apenas a história da doença atual, mas também a anamnese ocupacional do servidor.

DOENÇAS RELACIONADAS AO TRABALHO

São doenças, cujo agravo está relacionado ao trabalho do servidor, mas não causa necessária para a sua ocorrência.(concausa). Considera-se também aquelas, em que o trabalho é fator desencadeador ou agravante de uma doença preexistente.

As doenças endêmicas, quando contraídas por exposição ao exercício do trabalho devem também ser caracterizadas como doenças do trabalho.

A doença do trabalho estará caracterizada quando, diagnosticado o agravo, é possível estabelecer uma relação causal com o trabalho.

ACIDENTES EM SERVIÇO

Acidente em serviço é aquele que ocorre pelo exercício do cargo / função / emprego a serviço do órgão ou entidade do SIPEC, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause morte, perda redução permanente ou temporária da capacidade para o trabalho. São também considerados os que ocorrem no percurso da residência para o trabalho ou vice-versa.

Ressalta-se que não se incluem nesta categoria os acidentes ocorridos na repartição que não têm relação com a atividade desenvolvida ou com o cargo do servidor, salvo quando desviado de sua função por determinação da chefia imediata.

A resolução da junta médica oficial deve ser acatada pelas autoridades administrativas, devendo ser tomadas as providências necessárias para sua homologação, respeitando os princípios éticos e legais.

READAPTAÇÃO

A readaptação pode ser definida como a capacidade que o indivíduo tem de realizar tarefas com diferentes atribuições e responsabilidades daquelas que desenvolvia antes de sofrer uma limitação em sua capacidade física ou mental, utilizando-se de habilidades até então inexploradas, e que não causem danos à sua saúde.

Como definir a necessidade de readaptação de um servidor?

- Definir perdas funcionais;
- Definir funções preservadas;
- Definir potencialidades para o trabalho;
- Definir habilidades e aptidões;
- Definir experiências profissionais;

- Verificar nível de escolaridade;
- Verificar faixa etária;
- Medir potencial de aprendizagem;
- Pesquisar outras áreas de interesse do servidor;
- Resguardar a auto-estima do servidor.

Depois de definidos todos os padrões sugeridos, deve ser iniciado o trabalho de conduzir o servidor para a escolha de uma nova atividade, respeitando limitações e habilidades, buscando assim meios de prepará-lo para uma nova profissão ou colocação em cursos, treinamentos e estágios. É necessário nesta fase o acompanhamento de um ou mais profissionais da equipe multiprofissional, tais como: terapeutas ocupacionais, psicólogos e fisioterapeutas, a fim de dar o suporte necessário para que o servidor consiga desenvolver suas aptidões e se readaptar para uma nova função.

REABILITAÇÃO

Considera-se reabilitação o processo de duração limitada e com objetivo definido, destinado a permitir que a pessoa com deficiência alcance os níveis físicos, mentais ou sociais funcionais ótimos, proporcionando-lhe os meios de modificar sua própria vida, podendo compreender medidas visando a compensar a perda de uma função ou uma limitação funcional e facilitar ajustes ou reajustes sociais. (§ 1º do artigo 17 do Decreto 3.298).

Todo servidor que apresente redução funcional, devidamente diagnosticada por equipe multiprofissional, terá direito a beneficiar-se dos processos de reabilitação necessários para corrigir ou modificar seu estado físico, mental ou sensorial, quando este for obstáculo para sua integração educativa, laboral e social.

II . ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE

A equipe multiprofissional de saúde é composta dos profissionais de saúde com formação acadêmica na área de saúde e de profissionais que possuem formação em saúde ocupacional e / ou vigilância ambiental.

Compõe a equipe multiprofissional de saúde:

- Médico
- Psicólogo
- Assistente social
- Fisioterapeuta
- Terapeuta ocupacional
- Nutricionista
- Enfermeiro
- Auxiliar de enfermagem
- Engenheiro de Segurança
- Sanitarista
- Técnico de Segurança
- Médico do Trabalho
- Odontólogo
- Fonoaudiólogo

Esta equipe multiprofissional será definida em três equipes interdependentes, mas com atribuições próprias. São elas: Equipe de Saúde (que engloba todos os profissionais vinculados à área de saúde), a equipe de perícia em saúde (responsável pela avaliação médico pericial dos servidores, com objetivo de atender aos ritos administrativos), e a equipe de vigilância à saúde dos servidores/ ambiental (responsável pela avaliação, monitoramento e controle dos riscos ambientais)

A configuração da equipe nos órgãos e entidades do SIPEC deve se adequar ao perfil clínico-epidemiológico do órgão ou entidade, não necessitando da presença obrigatória de todos os profissionais citados, a não ser a presença imprescindível do médico.

Ressalta-se que a atribuição da equipe multiprofissional de saúde deve sempre respeitar as competências legais de cada um dos profissionais envolvidos, não sendo permitida a extrapolação de atribuição de um profissional a outro.

São funções da equipe multiprofissional de saúde, dentre outras:

- a) Realização de Perícias;
- b) Elaboração de laudos e /ou pareceres especializados para subsidiar as decisões da Equipe Médico-Pericial.
Os laudos e/ou pareceres emitidos pela equipe de saúde, servirão, de fundamentação às decisões da perícia médica. Os pareceres serão preenchidos no formato adequado a cada especialidade, privilegiando a clareza e a concisão.
- c) Elaboração de cursos, palestras e grupos destacados como importantes (definidos por órgão), assim como a capacitação de profissionais visando à implantação de programas de tratamento a dependentes de álcool, nicotina e outras drogas, programas como de inclusão de deficientes, redução de estresse, controle de hipertensão arterial e de obesidade, etc;
- d) Avaliação social e psico-social dos servidores que apresentem problemas de relacionamento no local de trabalho, absenteísmo não justificado e em outros casos. Esses servidores podem ser encaminhados diretamente à equipe multiprofissional de saúde por parte dos Recursos Humanos;
- e) Tratamento de acidentado do trabalho, sem participação financeira do servidor, à conta de recursos públicos. (Art. 213 lei 8112/90);
- f) Avaliação de servidores concursados quanto a aptidões, caracterização de deficiência física e sugestões de lotação.
- g) Avaliação de empregados por contratação temporária e de comissionados, sem vínculo com a administração pública, autárquica e fundacional de qualquer ente da federação, com o objetivo de averiguar a sua condição de saúde laboral para a atividade pretendida.
- h) Readaptação funcional de servidor que apresente, por algum motivo, redução de sua capacidade de trabalho;
- i) Reabilitação funcional de servidor;
- j) Aproveitamento e retorno à atividade de servidor em disponibilidade;
- k) Acompanhamento do tratamento de saúde do servidor ou por motivo de doença em pessoa de sua família, já indicada pela Perícia Médica.
- l) Assistência à gestante (elaboração de cursos, assistência psicológica, acompanhamento á licença à gestante);
- m) Apoio e preparação de servidores para a aposentadoria;
- n) Constatação de invalidez de dependente ou de pessoa designada; (art.215/216 da lei 8112/90).
- o) E outras que lhe forem delegadas.

São funções específicas dos profissionais da equipe multiprofissional de saúde:

Médico:

- Dedicar ao paciente o tempo necessário ao atendimento e esclarecê-lo usando termos acessíveis à formação do servidor;
- Indicar o procedimento adequado ao paciente e encaminhá-lo para tratamento, acompanhando periodicamente esse tratamento;
- Recomendar internação, acompanhar a evolução e visitar servidores internados quando solicitado;
- Guardar absoluto sigilo quanto às informações recebidas, anotando-as apenas no prontuário, para servirem de esclarecimento a outros profissionais;
- Prescrever medicação - vale salientar que o médico, mesmo atuando numa equipe multiprofissional de saúde, **é o único imbuído da função de prescrever medicações**;
- Emitir pareceres especializados, de acordo com sua formação profissional, quando assim solicitado pela junta médica;
- Participar da junta médica, como perito especializado, quando solicitado;
- Participar dos programas de promoção e prevenção disponibilizados aos servidores, junto com os outros integrantes da equipe;
- Discutir, junto à equipe multiprofissional de saúde, os procedimentos, atribuições e atividades a serem desenvolvidas;
 - E outras, que lhe forem delegadas.

Psicólogo:

- Acolher o servidor;
- Elaborar laudos e pareceres;
- Fazer anamnese psicológica;
- Efetuar o exame psíquico com instrumentos padronizados quando solicitado e encaminhar o parecer à Unidade de Perícia Médica;
- Emitir atestado psicológico;
- Encaminhar o cliente para atendimento por outras especialidades;
- Ministras palestras;
- Participar de reuniões para o estudo de caso clínico, principalmente nos casos de readaptação profissional;
- Realizar orientação psicológica;
- Realizar orientação psicológica a familiares, desde que absolutamente necessário para evolução e resolução do quadro do servidor;
- Participar de cursos e programas promovidos pela equipe.
- Atender pacientes encaminhados pela perícia médica que apresentam queixas recorrentes sem achado clínico em várias especialidades para parecer;
- Participar, em conjunto com outros profissionais, de programas de atendimento ao servidor dependente de álcool e de outras drogas, de preparação para aposentadoria, e outros;
- E outras que lhe forem delegadas.

Assistente Social:

- Viabilizar exame/consulta social (com desconto) com especialistas que não atendem na rede pública;
- Encaminhar para tratamento fora do domicílio (TFD) para exame, consulta e internação, quando município não dispuser dos recursos necessários;
- Viabilizar auxílio-transporte para tratamento de saúde dentro e fora do município;
- Fornecer parecer social para licença por motivo de doença em pessoa da família;
- Realizar entrevista para conhecer os indicadores sócio-profissional, econômico e cultural dos servidores em tratamento de saúde;
- Procurar identificar as causas que estão influenciando na saúde dos servidores;
- Relacionar as queixas e sintomas do servidor com as condições de trabalho visando à promoção de saúde;
- Viabilizar em conjunto com o médico do trabalho e equipe interdisciplinar, viabilizar mecanismos de intervenção para prevenir e recuperar a saúde dos servidores;
- Realizar visita domiciliar, visita hospitalar, visita ao local de trabalho para subsidiar o estudo de caso em análise;

- Acompanhar e analisar, em conjunto com a equipe multidisciplinar, os servidores em licença para tratamento de saúde e os servidores do Programa de Reabilitação Profissional;
- Orientar e apoiar o servidor no seu retorno ao trabalho;
- Realizar visita ao local de trabalho com a Terapeuta Ocupacional para avaliar com a chefia a atuação do servidor;
- Participar, em conjunto com outros profissionais, de programas de atendimento ao servidor dependente de álcool e outras drogas, de preparação para aposentadoria, e outros;
- E outras que lhe forem delegadas.

Fisioterapeuta:

- Planejamento, programação, ordenação, coordenação, execução e supervisão de métodos e técnicas fisioterápicas que visem à saúde nos níveis de prevenção primária, secundária e terciária.
- Avaliação, reavaliação e determinação das condições de alta do cliente submetido à fisioterapia.
- Direção dos serviços e locais destinados a atividades fisioterápicas, bem como a responsabilidade técnica pelo desempenho dessas atividades.
- Prescrever, ministrar e supervisionar terapias físicas, que objetivem preservar, manter, desenvolver ou restaurar a integridade de órgão, sistema ou função do corpo humano, por meio de:
 1. Definição do objetivo da terapia e a programação para atingi-lo;
 2. Definição da região do corpo do cliente a ser submetida à ação do agente terapêutico e a técnica a ser utilizada;
 3. Orientação do servidor quanto a terapia;
 4. Recomendação de tratamento em domicílio, quando julgar necessário.-
- Elaborar pareceres e /ou laudos;
- Elaborar, coordenar e participar de programas de prevenção de LER /DORT;
- Participar com outros profissionais de discussões de casos clínicos;
- Contribuir nos casos de readaptação e reabilitação funcional;
- Fazer avaliação ergonômica no local de trabalho;
- Criar programa de educação e conscientização corporal;
- Fazer avaliação funcional das atividades desenvolvidas pelo servidor;
- Elaborar cartilhas com orientações sobre exercícios e atitudes preventivas;
- Participar, em conjunto com outros profissionais, de programas de atendimento ao servidor dependente de álcool e outras drogas;
- Orientar e preparar para aposentadoria;
- E outras que lhe forem delegadas.

Terapeuta Ocupacional:

- Tratamento dos servidores que apresentam algum distúrbio psico-funcional por meio de atividades, de modo direto ou indireto, ativa ou passiva;
- Elaborar e implantar programas de inclusão social de servidores com déficits físicos, mentais e sociais;
- Promover atividades que ajudem os servidores a relaxar, como Yoga, ginástica, aulas de dança e outros;
- Colaborar com os outros profissionais da equipe nos programas já estabelecidos;
- E outras que lhe forem delegadas.

Nutricionista:

- Elaborar laudos e /ou pareceres;
- Promover palestras educativas de prevenção de doenças decorrentes de maus hábitos alimentares;
- Utilizar todos os meios disponíveis de divulgação para promover a educação nutricional dos servidores;
- Elaborar cartilhas com orientações nutricionais;
- Criar grupos de atendimento para gestantes, diabéticos, obesos, etc;
- Planejar, supervisionar e avaliar dietas específicas para servidores, de acordo com suas necessidades, patológicas ou não;

- Participar, em conjunto com outros profissionais, de programas de atendimento ao servidor dependente de álcool e outras drogas;
- Orientar e preparar para aposentadoria;
- Participar com outros profissionais de discussões de casos clínicos;
- Avaliação nutricional dos servidores e planejar estudos dietéticos;
- Participar de inspeções sanitárias relativas a alimentos;
- Participar dos processos de avaliação /licitação de firmas que se propõem a prestar serviços nos refeitórios dos órgãos públicos federais;
- E outras que lhe forem delegadas.

Enfermeiro

- Realizar acolhimento do servidor para o preparo do mesmo com vistas aos procedimentos e exames devidos;
- Supervisionar os serviços do auxiliar de enfermagem;
- Elaborar e participar de programas de promoção à saúde do servidor;
- Encaminhar os servidores para os programas para os serviços de saúde disponíveis;
- Esclarecer como proceder quanto à concessão da licença para Tratamento de Saúde, Perícia Médica, Reabilitação Profissional entre outros;
- Capacitar os auxiliares de enfermagem e servidores de apoio com relação à recepção do servidor;
- Promover palestras e encontros, em conjunto com outros profissionais, de promoção e prevenção às patologias, que ocorrem com maior incidência no órgão ou região onde o servidor atua;
- realizar visitas domiciliares, hospitalares e ao local de trabalho do servidor para subsidiar o estudo de caso em análise;
- grupos de gestantes, fumantes e alcoólatras, com o apoio de outros profissionais da equipe;
- Participar, com o auxiliar de enfermagem, da consolidação dos dados de atendimento diários e mensais da equipe multiprofissional de saúde;
- Outras que lhe forem delegadas.

Auxiliar de Enfermagem:

- Apoiar os outros profissionais da equipe em suas atividades;
- Exercer suas atividades específicas na aferição dos sinais vitais, tais como: pressão arterial, frequência cardíaca e temperatura; verificação de peso e medida dos encaminhados, bem como ministração de medicamentos e outras;
- Atuar na Sala de Atendimento, local de recepção de todos os servidores encaminhados ao SISOSP;
- Esclarecer os servidores com relação aos cursos, palestras e outras atividades promovidas pela equipe;
- Participar dos cursos e palestras promovidos pela equipe;
- Encaminhar os boletins diários e mensais da atendimento equipe aos devidos setores;
- Viabilizar exame/consulta social com especialistas do serviço de saúde suplementar ou da rede pública;
- Realizar, em conjunto com a enfermagem, da consolidação dos dados diários e mensais dos atendimentos realizados pela equipe multiprofissional de saúde;
- E outras que lhe forem delegadas.

III. ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE DE VIGILANCIA À SAÚDE DOS SERVIDORES / AMBIENTAL

A Equipe de vigilância à saúde dos servidores /ambiental é formada por profissionais com formação em saúde ocupacional. Os laudos emitidos terão, obrigatoriamente, de ser assinados por engenheiro de segurança, médico do trabalho e /ou fiscais ou inspetores de vigilância sanitária, conforme normas legais vigentes.

Esta equipe é constituída por:

- Médico do trabalho;
- Engenheiro de segurança;
- Técnico de segurança;

- Higienista;
- Ergonomista;
- Fiscal ou Inspetor de Vigilância Sanitária.
- Enfermeira do trabalho;
- Auxiliar de enfermagem do trabalho.

Suas atribuições incluem, além daquelas já especificadas nas normas que regulam essas profissões, as seguintes:

- a) Avaliação periódica do estado de saúde dos servidores. Nesta avaliação, deve-se levar em conta os riscos ambientais e as atribuições desenvolvidas conforme protocolos legais vigentes.
- b) Elaborar campanhas de prevenção de acidentes e doenças do trabalho;
- c) Redigir cartilhas e utilizar todos os meios de divulgação para informar os servidores quanto aos riscos a que estão expostos;
- d) Providenciar a comunicação da doença ao órgão de saúde pública, por meio de notificação compulsória.;
- e) Atuar como intermediário entre chefias e servidores na melhoria das condições de trabalho;
- f) Avaliar os locais de trabalho com vistas à identificação e controle técnico dos riscos; incluindo a verificação dos ambientes, postos e processos de trabalho, assim como atribuições do cargo ou função;
- g) Indicar os exames semestrais a que estão obrigados os servidores expostos à raios X;
- h) Conceder os adicionais de insalubridade, periculosidade, irradiação ionizante e gratificação de raios-X, respeitadas a Lei 8.270/90 e a orientação normativa nº 04 de 13 de julho de 2005.
- i) Recomendar a realização dos exames semestrais especiais a que estão obrigados os servidores expostos à irradiação ionizante;
- j) Estabelecer os perfis de morbi-mortalidade dos servidores;
- k) Afastar a servidora gestante de locais insalubres e de atividades perigosas e penosas;
- l) Elaborar, coordenar e executar programas de educação sanitária.
- m) Detectar e encaminhar à perícia médica um acidente em serviço;
- n) Elaborar o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais – PPRA e os Laudos Técnicos para Aposentadoria.
- o) Elaborar o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional – PCMSO;
- p) E outras que lhe forem delegadas.

IV. ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE MÉDICO- PERICIAL

A perícia médica poderá, quando julgar necessário, subsidiar sua decisão em pareceres dos outros profissionais da equipe multiprofissional de saúde e de vigilância à saúde do servidor, Visando a uma melhor definição do diagnóstico, principalmente nos casos de doença mental, problemas neurológicos e ortopédicos, licença para acompanhamento de doente na família, avaliação de concessão de horário especial, dentre outros. Os pareceres dos psicólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais são de grande valia nesses e em outros casos. Esses pareceres esclarecerão e reforçarão a decisão pericial.

O médico perito, pelo poder discricionário que lhe é conferido, poderá encaminhar o caso de forma distinta do recomendado pelos profissionais consultados. Porém esses laudos deverão constar do prontuário do servidor, permitindo seu uso no caso de pedido de reconsideração e recurso.

Deve-se esclarecer, primeiramente, que os médicos peritos são profissionais com tarefas distintas dos assistencialistas. Trata-se de fato e de direito de uma especialidade autônoma, independente e com atribuições específicas. É voltada para finalidades próprias, pautadas na Literatura Médica, Saúde do Trabalhador, Ética Médica e outras bases legais vigentes.

O trabalho do perito requer absoluta imparcialidade, baseando-se principalmente nos conhecimentos técnicos para determinar a data de início e o período estimado da incapacidade do funcionário. Além de propor medidas preventivas ao agravamento de uma doença crônica (readaptação), cabe também à Perícia Médica a verificação dos quadros de incapacidade laborativa permanente.

Nos casos em que não haja exigência legal de avaliação por Junta médica, o exame médico pericial poderá ser realizado por perito singular. Situam-se nesses casos de: licenças médicas inferiores a 30 (trinta) dias, avaliação de invalidez para classificação de dependente inválido e outras.

Os exames realizados necessariamente por junta médica oficial (regulamentada pela Lei nº 8.112/90) são os descritos abaixo:

a) Licença para tratamento de saúde do servidor, quando o período de afastamento ultrapassar 30 (trinta) dias ou quando a licença para tratamento de saúde for por período superior a 30 (trinta) dias consecutivos ou não no mesmo ano em exercício. (Artigo 203 parágrafo 4º da lei 9527/97).

b) licença por motivo de doença em pessoa da família do servidor. (Art. 83, *caput* lei 8112/90);

Ressalta-se que o parecer do assistente social, neste caso é importante, salvo a não-existência do profissional no serviço público na área de abrangência do órgão ou entidade.

c) remoção por motivo de saúde;

d) aposentadoria por invalidez;

e) reversão de aposentadoria;

f) aproveitamento quando a inobservância do prazo legal para reassunção do cargo for atribuída à doença (artigo 32 da lei nº 8.112 /90);

g) indicação do tratamento de acidentado do trabalho, sem participação financeira do servidor, subsidiado necessariamente por laudos e/ou pareceres da perícia em saúde;

h) invalidez de dependente ou de pessoa designada;

i) pedido de reconsideração contra decisão que envolva matéria médica;

Neste quesito, os profissionais médicos constantes da avaliação pericial, que redundou pedido de reconsideração, não podem atuar no pedido de reconsideração, garantindo ao servidor ampla defesa.

J) comprovação de deficiência do servidor para concessão de horário especial, independentemente de compensação de horário. (Artigo 98, parágrafo 2º da lei 9527/97);

k) revisão do fundamento legal da aposentadoria do servidor. (Art. 190 da lei 8 112/90);

i) A homologação de laudos médicos e/ou atestados médicos emitidos por médicos estranhos ao quadro funcional do serviço público civil federal, quando inexistam profissionais a ele vinculado na localidade em que o servidor trabalhe, resida ou se encontre hospitalizado; (§ 2º e §3º art 203 da lei 8.112 /1990 e 9.527 /1997).

A resolução da junta médica oficial deverá ser acatada pelas autoridades administrativas, devendo ser tomadas as providências necessárias para sua homologação, respeitados os princípios éticos e legais.

V. ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA READAPTAÇÃO / REABILITAÇÃO

a) Avaliar condições sócio-econômicas;

b) Avaliar nível de escolaridade;

- c) Avaliar potencial laborativo do servidor, levando em consideração os aspectos físicos e limitações existentes;
- d) Avaliar perfil psicológico do servidor;
- e) Sugerir a compatibilidade física de ocupações;
- f) Avaliar e encaminhar para o programa profissional;
- g) Sugerir providências quando do encerramento do programa profissional e encaminhar a sugestão à perícia médica;
- h) Realizar análise de postos de trabalho em parceria com a equipe de vigilância;
- i) Sugerir alterações no posto de trabalho, e quando necessário em parceria com a equipe de vigilância;
- j) E outras mais que delegarem.

VI. CONCEITOS BÁSICOS PARA A AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE LABORATIVA

É GARANTIDO AO SERVIDOR SER ACOMPANHADO POR PESSOA QUE INDICAR EM PROCEDIMENTOS DA PERÍCIA MÉDICA E DA JUNTA DE PERÍCIA MÉDICA

A. Acidente em serviço ou de Doença Profissional

A caracterização do acidente em serviço deverá ser feita pelo médico do trabalho, pelo engenheiro de segurança do trabalho, por técnico de segurança do trabalho, ou ainda por um fiscal / inspetor de vigilância sanitária, de acordo com os critérios legais estabelecidos.

Configura acidente em serviço:

- a) a doença profissional ou do trabalho, entendida como aquela inerente ou peculiar a determinado ramo de atividade, conforme o disposto no Manual de Procedimento para os Serviços de Saúde do Ministério da Saúde – Doenças Relacionadas ao Trabalho;
- b) o acidente que, relacionado ao trabalho que, embora não tenha sido a causa única, haja contribuído diretamente para a morte, perda ou redução da capacidade para o trabalho;
- c) a doença proveniente de contaminação acidental do servidor no exercício de sua atividade;
- d) a doença profissional ou a de trabalho, trabalho inerente a peculiar a determinado ramo de atividade profissional com agentes patogênicos, a saber: arsênico, asbesto, benzeno, berílio, bromo, cádmio, chumbo, cloro, cromo, flúor, fósforo, hidrocarbonetos da série graxa (derivados halogenados), iodo, manganês, mercúrio, monóxido de carbono, sílica, sulfeto de carbono, alcatrão, breu, betume, hulha mineral, parafina ou produtos residuais dessas substâncias, pressão atmosférica e radiações ionizantes.

Considera-se como **data da ocorrência (acidente)**, ou no caso de doença do trabalho, a data da comunicação desta à instituição ou, na sua falta, a data de entrada do pedido de licença para tratamento de saúde. A prova do acidente será feita em dez dias, prorrogável quando as circunstâncias assim o exigirem (Art.214, Lei 8112 /90).

Equipara-se ao acidente do trabalho ou em serviço o dano:

- Decorrente de agressão sofrida e não provocada pelo servidor, no exercício de suas funções;
- Os acidentes ocorridos no percurso habitual de ida ou de volta para o serviço, os chamados acidentes de trajeto;
- O disposto no item anterior não se aplica ao acidente sofrido pelo servidor que, por interesse pessoal, tiver alterado o percurso;

- Em casos excepcionais, será considerada como doença aquela que, embora não incluída nas anteriormente referidas, resulte, das condições especiais em que o trabalho é executado e com ele se relacione diretamente;

A doença profissional ou a de trabalho estará caracterizada quando, diagnosticada a intoxicação ou afecção, se verificar que o servidor exerce atividade que o expõe ao respectivo agente patogênico.

Nos casos de lesões ocorridas pelo desempenho de atividades específicas, deve ser estabelecido o nexos causal entre a atividade exercida pelo servidor e a lesão apresentada.

As doenças degenerativas, as inerentes a grupo etário e as que não acarretem incapacidade para o trabalho, não serão equiparadas às doenças ocupacionais e/ou profissionais.

O servidor, diretamente, sua chefia imediata, a equipe de vigilância à saúde do servidor, ou a família, comunicará por meio da **Comunicação de Acidente em Serviço - CAS** num prazo de até 48 horas úteis, da ocorrência do agravo, à respectiva chefia, ao Serviço de Saúde e Perícia Médica ou ainda à unidade de recursos humanos a qual estiver vinculado o servidor.

O servidor ou seu preposto anexará, quando couber, o Boletim de Ocorrência Policial. No caso de acidente de trajeto, o Boletim de Ocorrência é obrigatório.

Uma das vias da CAS será juntada ao Requerimento de Licença, podendo a equipe de vigilância à saúde do servidor proceder às audiências que julgue necessárias à precisa caracterização do acidente em serviço e determinar os procedimentos médicos e administrativos no âmbito do servidor. Obs: Cabe à vigilância promover as intervenções necessárias no ambiente de trabalho do servidor onde ocorreu o acidente.

Os servidores ocupantes de DAS, sem vínculo efetivo com a Administração Pública Federal ou contratados por tempo determinado, deverão ser encaminhados ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) a partir do 16º (décimo sexto) dia de afastamento do trabalho.

A Perícia Médica orientará o servidor sobre a necessidade, caso haja necessidade de prorrogação da licença por mais de 15 dias. O mesmo deverá comparecer ao Setor de Recursos Humanos, que fornecerá a documentação necessária para o encaminhamento ao INSS.

Cabe ao INSS a responsabilidade pela remuneração do período que exceder, com base no salário-contribuição.

B. LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE DO SERVIDOR

A licença para tratamento de saúde, cuja duração poderá variar de 01(um) dia a, no máximo, 24 (vinte e quatro) meses, será concedida ao servidor que, por motivo de acidente ou doença, se encontre incapacitado para o trabalho e/ou impossibilitado de locomover-se.

Os servidores ocupantes de DAS, sem vínculo efetivo com a Administração Pública Federal ou os contratados por tempo determinado terão seus direitos assegurados pelo Regime Geral de Previdência Social em virtude de sua condição de segurado obrigatório pela Lei nº 8.647 de 23/09/93. Apenas os primeiros quinze dias de licença serão remunerados pelo órgão empregador, sendo necessário, portanto, o exame médico-pericial para concessão deste afastamento. O serviço médico-pericial orientará o servidor para que, caso haja necessidade de prorrogação da licença por mais de 15 dias, o mesmo compareça ao Setor de Recursos Humanos, que fornecerá a documentação necessária para o encaminhamento ao INSS. Cabe ao INSS a responsabilidade pela remuneração do período que exceder, com base no salário-contribuição, conforme já referido no item anterior.

Observada a obrigatoriedade de Junta Médica e o limite de 60 dias de intervalo entre as licenças, a incapacidade para o trabalho será constatada em exames periciais realizados por equipe de perícia da instituição ou reconhecida por esta. Nos órgãos onde não houver peritos ficam os referidos exames condicionados à homologação pelos serviços de perícia, observados os art 203 e 230 da Lei 8112/90.

Encontrando-se o servidor impossibilitado de locomover-se ou encontrando-se hospitalizado, o exame médico-pericial será realizado em sua residência ou na entidade nosocomial (perícia externa) Aplica-se no caso do servidor acometido de patologia passível de agravamento com a sua movimentação, no caso de morar longe e não dispor de veículo próprio, assim como os portadores de doenças infecciosas. O servidor que se encontra em uma dessas situações, deverá encaminhar, pessoalmente ou por intermédio de seu preposto e em até 72 (setenta e duas) horas após a ocorrência do evento, o Atestado Médico de seu médico assistente. Em caso de junta médica, deve ser acompanhado de relatório e, quando necessário, de exames comprobatórios que o justifiquem.

A primeira avaliação médico-pericial será efetuada por perito singular. Quando a avaliação é efetivada por um único perito, este não pode conceder licença que ultrapassar 30 (trinta) dias. No entanto, caso seja necessária a concessão de período superior a 30 dias, este perito pode e deve, em atenção ao paciente, procurar, se possível, outros dois colegas de modo a realizar uma Junta Médica evitando assim novo deslocamento deste, já acometido de problemas de saúde.

Os atestados médicos de até 05 (cinco) dias poderão ser homologados pela chefia imediata, desde que conste: nome do médico, nº do CRM e o CID da doença ou agravo. Este atestado será encaminhado ao serviço de perícia de saúde, independente da presença do servidor, com o objetivo de inseri-lo no prontuário do servidor além de ser incluído na estatística da Perícia.

Caso não haja homologação pela chefia imediata, o servidor deverá ser encaminhado à perícia médica, para ser avaliado de forma presencial, dentro dos prazos previstos neste manual.

O servidor que apresentar atestado acima de nove dias de afastamento para tratamento de saúde no período de 180 dias, deverá ser encaminhado à perícia em saúde.

Os atestados de comparecimento deverão ser encaminhados ao serviço de saúde ou de perícia do órgão ou entidade, para serem anexados ao prontuário do servidor.

O servidor deverá comparecer, no prazo de 03 (três) dias úteis após o início das faltas, ao serviço de Saúde ou de perícia do órgão ou entidade para ser submetido ao exame médico-pericial, com vistas à concessão de licença médica, salvo sob as situações excepcionais acima citadas (exemplo: justificada impossibilidade de locomoção.)

Caberá ao Setor de Recursos Humanos do órgão tomar as providências necessárias nas hipóteses descritas nos artigos 138 e 139 da lei 8112/90, a saber, in verbis

“art. 138 - Configura abandono de cargo a ausência intencional do servidor ao serviço por mais de 30 (trinta) dias consecutivos.

art. 139 - Entende-se por inassiduidade habitual a falta ao serviço, sem causa justificada, por 60 (sessenta) dias, interpoladamente, durante o período de 12 (doze) meses.”.

Os dias de licença de servidores que trabalhem em regime de plantão, independentemente do tipo de regime (Ex: 12 horas de plantão por 36 horas de descanso), deverão corresponder à data do início da incapacidade, independentemente do período de descanso.

Utilizar-se-á para fins de licença o formulário **Requerimento para Seguridade Social**, que será o documento hábil para que o servidor compareça ao exame médico pericial. Sem a apresentação do referido formulário com as informações devidamente preenchidas, por todos os responsáveis, (inclusive pela sua chefia imediata), o servidor não terá os seus laudos médicos liberado, ficando pendente até a apresentação do mesmo ao serviço de Saúde ou de perícia do órgão ou entidade .

Munido desse formulário e do respectivo documento de identidade, o servidor, de imediato, deverá dirigir-se ao local em que deve submeter-se a exame pericial de saúde; ou notificar o Serviço de Saúde e de Perícia Médica, quando impossibilitado de comparecer.

A conclusão do exame médico – pericial, depois de homologado pelo responsável pelo Serviço de Saúde e da Perícia Médica ou profissional previamente designado para tal; será comunicada por meio do formulário **Resultado de Exame Médico-Pericial**, a ser preenchido em 03 vias:

- a 1º via deve ser arquivada no prontuário do servidor;

- a 2º via destina-se à chefia imediata e deve ser anexada à folha de frequência do servidor;
- a 3º fica com o servidor, como comprovante.

As vias podem ser emitidas e arquivadas por meio eletrônico. Os dados do exame do servidor serão registrados de forma completa e precisa no formulário Laudo de Exame Médico-Pericial.

Caso a conclusão médico-pericial exigir a reavaliação da capacidade de trabalho, o servidor deverá, no dia do término da licença, retornar à perícia portando o **Resultado de Exame Médico Pericial**, e seu documento de identidade. (Lei 8112 /90, art.204).

Caso haja comprometimento de sua capacidade de trabalho, o servidor deve ser examinado pela perícia médica, e encaminhado para parecer preliminar da equipe multiprofissional de saúde. Caso seja definido seu grau de incapacidade, encaminhar o servidor ao serviço de reabilitação e readaptação.

A data do início da licença será a do início da incapacidade constatada pelo exame médico-pericial e devidamente registrada no **LAUDO DE EXAME MÉDICO-PERICIAL**.

O servidor, impossibilitado de comparecer à reavaliação médico-pericial, deverá comunicar sua condição, diretamente ou por meio de terceiros, ao serviço de Saúde ou de perícia do órgão ou entidade que optará por uma das seguintes alternativas:

- O servidor, não havendo contra-indicação, poderá ser transportado de sua residência até o local do exame, onde será submetido à Junta Médica ;
- Quando impossível a locomoção, a equipe deve deslocar-se até a residência do servidor, ou à entidade hospitalar em que se encontre internado.

A prorrogação da licença para tratamento de saúde implicará emissão do **Formulário Prorrogação de Licença** e de novo **Resultado de Exame Médico-Pericial**.

O servidor que, no curso da licença, julgar-se apto a retornar à atividade, será submetido a novo exame médico-pericial, que avaliará se o mesmo apresenta realmente condições para seu retorno às suas atividades.

C. LICENÇA À GESTANTE

A licença à gestante destina-se à proteção da gravidez, a partir do primeiro dia do nono mês, à recuperação pós-parto e à amamentação. Para a concessão deste tipo de licença, também será utilizado o **RESULTADO DE EXAME MÉDICO-PERICIAL**. A duração do afastamento prevista é de 120 (cento e vinte) dias consecutivos, devendo ser observados os seguintes aspectos:

- a. No caso de intercorrência clínica, proveniente do estado gestacional, verificada no transcurso do nono mês de gestação, poderá ser concedida a licença-gestante, conforme artigo 207 da Lei nº 8.112/90.
- b. Nos casos de natimorto, a servidora, decorridos 30 (trinta) dias após o parto, será submetida a exame médico e, se julgada apta, reassumirá o exercício de seu cargo. Para esse fim, o médico-perito deverá emitir novo RESULTADO DE EXAME MÉDICO-PERICIAL. (Artigo 207, parágrafo 3º lei 8 112/90). No entanto, deve ser levado em consideração distúrbios físico e /ou psicológicos da servidora, cuja confirmação implicará prorrogação de licença.

OBS: É considerado natimorto, o nascimento de criança sem nenhum sinal de vida, que tenha peso maior ou igual a 500g ou estatura maior que 25cm ou idade gestacional superior a 20 semanas. Caso o feto não se enquadre nestes requisitos é considerado como produto de aborto.

- c. No caso de nascimento prematuro, a licença, se ainda não concedida, terá início na data do evento. (Artigo 207, parágrafo 2º lei 8 112/90). O formulário emitido será o **RESULTADO DE EXAME MÉDICO-PERICIAL**. O parto, para fins de concessão prevista acima, é a expulsão de feto, vivo ou morto, a partir do 5º mês de gravidez.

- d. No caso de aborto comprovado por atestado médico, após sua homologação a servidora fará jus a 30 (trinta) dias de repouso (Lei 8.112 /90, art.207, parágrafo 4º). Como referido no item b, **deve ser levado em consideração algum distúrbio físico e /ou psicológico da servidora, cuja confirmação implicará prorrogação da licença, embora não mais com o CID correspondente a aborto.** Nesse caso, a servidora deve requerer tratamento para tratamento de saúde, que implicará a emissão do Formulário de Prorrogação de Licença (PROL) e de outro Resultado de Exame Médico –Pericial (RESULTADO DE EXAME MÉDICO-PERICIAL).

Na hipótese de surgirem casos patológicos durante ou depois da gestação, ainda que dela decorrente e geradores de incapacidade, o afastamento será processado como licença para tratamento de saúde, a qual poderá ser antecedente ou subsequente à licença-gestante, observado o que, *in fine*, dispõe o item sobre licença para tratamento de saúde do servidor.

A licença-gestante e a licença para tratamento de saúde são consideradas de espécies diferentes, não podendo ser concedidas concomitantemente.

As servidoras ocupantes de cargos comissionados, sem vínculo com o órgão público ou contratados por tempo determinado, serão periciadas pelo órgão contratante e a licença gestante concedida, com posterior compensação pelo Regime Geral de Previdência Social.

D. REMOÇÃO DE SERVIDOR POR MOTIVO DE SAÚDE

O exame para concessão de remoção de servidor, por motivo de saúde do mesmo ou de pessoa de sua família, será realizado por junta médica a pedido do interessado, devendo ser indicado no Laudo de Exame Médico-Pericial (art. 36, III, b, da lei 8112/90) os seguintes itens:

- a) as razões objetivas para a remoção;
- b) benefícios do ponto de vista médico, que advirão dessa remoção, com justificativas detalhadas;
- c) características do local recomendado.

O servidor, munido de parecer do médico-assistente que indique necessidade de remoção por motivo de saúde, deverá requerer a sua remoção ao titular da unidade de recursos humanos. O requerimento e o parecer devem ser arquivados no prontuário médico do servidor.

À vista do Laudo de Exame Médico-Pericial, o responsável pelo serviço de Saúde ou de perícia do órgão ou entidade, ou profissional por ele designado, emitirá no laudo e no respectivo processo o parecer conclusivo.

Considera-se pessoa da família, para efeito de remoção por motivo de acompanhamento: (Artigo 36, inciso III, parágrafo b da lei 8112/90) os seguintes:

- a) o cônjuge;
- b) o/a companheiro(a);
- c) dependente que viva às suas expensas e conste de seu assentamento funcional.

Obs: Os contratados por tempo determinado não fazem jus à remoção por motivo de doença.

E. APOSENTADORIA POR INVALIDEZ

A aposentadoria por invalidez será precedida de licença para tratamento de saúde, por período não excedente a 24 (vinte quatro) meses. (art. 188 § 1º da lei 8112/90).

Expirado o período de licença e não estando em condições de reassumir o cargo ou de ser readaptado, o servidor será aposentado(art. 188 § 2º da lei 8112/90).

O lapso de tempo compreendido entre o término da licença e a publicação do ato da aposentadoria será considerado como prorrogação da licença. (art. 188 §3º).

O Laudo Médico-Pericial que avaliará aposentadoria por invalidez deverá ser corretamente preenchido e assinado por todos os participantes da Junta Médica, submetendo-os à homologação pelo responsável pelo serviço de Saúde ou de perícia do órgão ou entidade. Nos casos de doença enquadrada no parágrafo 1º do art. 186 da lei 8112/90 e nos acidentes em serviço e/ou doença profissional, deverá

constar o nome da doença por extenso. (artigo 205 lei 8112/90). O Laudo tramitará em envelope lacrado, escrito "confidencial", e inserido dentro do processo de aposentadoria.

F. LICENÇA POR MOTIVO DE DOENÇA EM PESSOA DA FAMÍLIA.

Para efeito de concessão da licença prevista neste capítulo, considera-se pessoa da família (art. 83, lei 8 112/90 e 9 527/97):

- a. Cônjuge ou companheiro (a) de união estável;
- b. Padrasto ou madrasta;
- c. Pais;
- d. Filhos;
- e. Enteado;
- f. Dependente que viva a suas expensas e conste de seu assentamento funcional.

Observado o disposto nas atribuições especiais deste manual, a licença será concedida por período de até 30 (trinta) dias, quando a assistência pessoal do servidor for indispensável e não puder ser prestada, simultaneamente, com o exercício do cargo ou mediante compensação de horário na forma do disposto no inciso II do art. 44 da lei 8112/90.

Caso seja necessário, a licença poderá ser prorrogada por igual período (Artigo 83, parágrafo 2º, lei 8112/90). Findos os 60 (sessenta) dias de afastamento para acompanhamento de pessoa da família, o servidor poderá fazer jus a novo período de licença da mesma espécie, após ter trabalhado no mínimo sessenta dias, caracterizando início de novo afastamento. (art.82 da lei 8112/90).

A partir de 60 (sessenta) dias de afastamento concedido pela Junta médica, a prorrogação da licença por motivo de doença em pessoa da família não será remunerada por um período de até 90 (noventa) dias, (Art. 83, parágrafo 2º, da lei 8112/90). Nesse caso, o servidor, após a avaliação pela junta, deverá obrigatoriamente declarar formalmente estar ciente dessa condição.

Os servidores ocupantes de cargos comissionados sem vínculo com o órgão público ou contratados por tempo determinado não farão jus à licença para acompanhamento de pessoa da família uma vez que são segurados do INSS.

G. READAPTAÇÃO FUNCIONAL (art.24 da lei 8112/90)

Readaptação é a investidura do servidor em cargo de atribuições e responsabilidades compatíveis com a limitação, verificada ao exame médico-pericial, que tenha sofrido em sua capacidade física ou mental.

Após constatação pela Junta Médica da incapacidade relativa do servidor, com relação às limitações impostas pela sua patologia, o servidor, este deverá ser encaminhado para os outros especialistas da perícia em saúde que avaliarão as atribuições de seu cargo /função, e definirão quais as atividades que ele ainda pode exercer. Esse parecer deve ser novamente encaminhado à Perícia Médica.

A Junta Médica, de posse do parecer supracitado (listagem das atribuições do cargo), determinará quais delas podem ser realizadas pelo servidor e quais as que ele, pela limitação decorrente de sua doença, não pode realizar. A Junta Médica emitirá laudo final baseado no percentual de atividade que o servidor pode exercer.

Caso o servidor seja capaz de executar mais de 70% das atribuições de seu cargo, deverá retornar ao trabalho, na sua própria função, mesmo que seja necessário evitar algumas das atribuições. A Junta Médica emitirá parecer à chefia imediata, determinando as atribuições que não deverão ser executadas devido à incapacidade relativa do servidor, designando a restrição por um caráter temporário ou permanente da restrição.

Caso o servidor não consiga atender a um mínimo de 70 % das atribuições de seu cargo, deverá ser sugerida a sua readaptação, nos termos da legislação vigente. (Ofício Circular nº 37, de 16 de agosto de 1996).

O processo será encaminhado à área de recursos humanos para indicação dos cargos afins e suas atribuições. A listagem examinada e avaliada em função das características e habilidades do servidor pela Perícia em Saúde e respeitando as habilitações exigidas para o ingresso no serviço público federal. Após emitido o parecer, o servidor retornará à Junta Médica que indicará em qual das opções de cargos, deverá o servidor ser readaptado.

Caso não haja um cargo para o qual o servidor possa ser readaptado, a Junta Médica deverá sugerir a Aposentadoria do servidor por invalidez.

Caso o servidor seja capaz de atender a mais de 70% das atribuições de seu novo cargo, a Junta Médica deverá indicar a sua readaptação, que será competência dos outros profissionais da Perícia em Saúde, ficando a cargo dos recursos humanos as providências necessárias para a publicação do Ato de Readaptação do servidor. Caberá ainda à equipe de vigilância à saúde do servidor supervisionar o cumprimento de sua readaptação por parte do servidor.

H. PEDIDO DE RECONSIDERAÇÃO

O pedido de reconsideração do Resultado do Exame Médico Pericial, solicitado pelo servidor, será dirigido à autoridade que houver proferido a primeira decisão (responsável pelo serviço de saúde ou de perícia do órgão ou entidade), devendo ser avaliado por outra Junta Médica, distinta da anterior, podendo, inclusive ser de outro órgão do Serviço Público Federal, (conjunto de peritos distintos do processo original,) e ser decidido no menor prazo possível, nunca superior a 30 (trinta) dias a contar da data do protocolo do pedido de reconsideração. O requerente deverá, ou não, ser submetido a novo exame médico-pericial.

A junta médica que avaliará o pedido de reconsideração será denominada de junta recursal, e terá poder deliberativo decisivo, sobre as decisões da junta médica.

O servidor, para fins previstos neste item, utilizar-se-á do formulário Pedido de Reconsideração.

Na entrada do pedido de reconsideração os atos determinados pela junta médico-pericial terão seus efeitos suspensos até a reavaliação da matéria.

O prazo para entrada do pedido de reconsideração, é de 10 (dez) dias úteis improrrogáveis, contados a partir da data da decisão contra a qual se insurja o servidor.

Em caso do não-deferimento do pedido de reconsideração, os dias decorridos entre o protocolo do pedido e a ciência da decisão pelo servidor, serão considerados como faltas justificadas, caso o mesmo não compareça ao trabalho. O servidor deve retornar ao trabalho no dia útil seguinte após ser comunicado, pois, a partir daí, sua ausência será considerada como falta não justificada.

Na hipótese de indeferimento do pedido de reconsideração, o recurso, encaminhado pelo servidor, será recebido pelo Setor de Recursos Humanos que após avaliação tomará as providências necessárias.

I. REVISÃO DE APOSENTADORIA POR INVALIDEZ

O servidor aposentado por invalidez:

- a) poderá ser submetido à reavaliação em períodos determinados por Junta Médica Oficial, para fins de reversão ou manutenção da aposentadoria. (*ex officio*);
- b) poderá solicitar ao Setor de Recursos Humanos, em caso de remissão da moléstia que motivou a invalidez, avaliação por Junta Médica, visando à reversão da aposentadoria, a qualquer tempo. (a pedido);
- c) deverá ser submetido à reavaliação em frequência determinada pelo serviço de Saúde ou de perícia do órgão ou entidade, nos primeiros 60 (sessenta) meses em que ocorreu a aposentadoria por invalidez.

Os servidores que contarem com um período de trabalho superior ou igual a 30 anos para as mulheres e 35 anos para os homens, não terão suas convocações priorizadas por iniciativa da administração.

A Junta Médica avaliará a capacidade laborativa e, no caso de insubsistência dos motivos que ensejaram a aposentadoria, indicará a reversão. Não poderá haver a reversão do aposentado que já tiver completado 70 (setenta) anos de idade (art. 25, 26 e 27 da lei 8112/90).

J. EXAMES ADMISSIONAIS

Os exames admissionais se destinam a avaliar a aptidão física e mental do candidato aprovado em concurso público ou em processo seletivo, para o desempenho das atribuições do cargo que irá exercer, por meio de inspeção médica oficial. (art.14 da lei 8112/90).

São dados imprescindíveis aos exames admissionais:

- Anamnese ocupacional;
- Doenças pré-existentes informadas pelo candidato;
- Dados do exame clínico;
- Exames complementares de acordo com o cargo a ser exercido;
- Outros que se fizerem necessários.

Deverão ser considerados para realização dos exames admissionais: as atribuições do cargo e os riscos porventura existentes no local de trabalho, onde o servidor exercerá suas atividades.

No caso de exame admissional de deficiente físico, dever-se-á verificar se sua deficiência é compatível com o cargo ou função que será executada, bem como verificar se esta função não oferecerá nenhum risco a sua integridade física ou a de terceiros

O candidato será responsabilizado pelas informações omitidas ou não verdadeiras prestadas no momento do exame admissional na forma do art. 299 do código penal.

L. SERVIDOR FORA DA SEDE

O servidor que se encontre fora da sede do município onde o órgão ou entidade está instalado e o servidor que tem exercício em caráter permanente e necessite de licença médica deverá se apresentar, preferencialmente, ao serviço de Saúde ou de perícia de um órgão ou entidade vinculado ao SIPEC na localidade em que se encontrar. Caso não exista, o servidor poderá se valer de perícia médica de órgão público, estadual ou municipal.

- a. Os prazos de afastamento deverão restringir-se ao tempo mínimo necessário à apresentação do servidor ao serviço de Saúde ou de perícia do órgão ou entidade responsável pela sua unidade de lotação.
- b. O serviço de Saúde ou de perícia do órgão ou entidade que avaliou o servidor deverá notificar a ocorrência, imediatamente, à sua unidade de lotação.
- c. Os laudos de exames médico-periciais dos servidores em trânsito serão remetidos ao serviço de Saúde ou de perícia do órgão ou entidade em Saúde ao qual estejam vinculados, para fins de homologação.

VII - PERÍCIA MÉDICA

Alguns aspectos devem ser ressaltados quanto ao desenvolvimento das funções da equipe médico - pericial, tais como os relacionados a seguir:

A. RELAÇÃO DO PROFISSIONAL DE PERÍCIA COM A INSTITUIÇÃO

SIGILO PROFISSIONAL:

No exercício da função pericial, o profissional não está envolvido pelo relacionamento com o paciente, assim, não é obrigado, na qualidade de confidente, a requerer informações não necessárias ao exercício de sua função de perito. Sua atuação é exercida visando ao interesse da instituição, na defesa do interesse público, dentro da lei que rege os direitos da instituição e do servidor. O médico perito deve atentar para o Código de Ética Médica, no exercício de sua função pericial, com especial atenção para os seguintes:

- Atuar com absoluta isenção quando designado para servir como perito ou auditor, assim como não ultrapassar os limites das suas atribuições e competências – art 118 do Código de Ética Médica;
- Nunca assinar laudos periciais ou de verificação médico –legal, quando não os tenha realizado, ou participado pessoalmente do exame - Art. 119 do Código de Ética Médica;
- Não ser perito de paciente seu, de pessoa de sua família ou de qualquer pessoa com a qual tenha relações capazes de influir em seu trabalho - art 120 do Código de Ética Médica;
- Nunca intervir, quando em função de auditor ou perito, nos atos profissionais de outro médico, ou fazer qualquer apreciação em presença do examinado, reservando suas observações para o relatório - art 121 do Código de Ética Médica;

Quando o médico está exercendo a atividade pericial, não se pode pretender que, como perito, deixe de revelar o que vier a saber pelo exame ou pela informação do examinado, dentro do que permite o seu Código de Ética. Esse profissional, ao examinar um servidor para fins de licença, benefícios, etc., está na obrigação de comunicar aos setores próprios da instituição as informações necessárias que permitam a aplicação da legislação pertinente.

Deve-se diferenciar o Laudo de Exame Médico Pericial (**LAUDO DE EXAME MÉDICO-PERICIAL** - o documento que o perito preenche no ato pericial) de outros laudos e atestados que serão utilizados nos processos, que são informações extraídas do Laudo Médico Pericial, mas que não devem conter diagnósticos ou outras informações sigilosas que devem ser sigilosas para outros servidores (não necessárias aos demais servidores) e que terão que ser despachadas no processo, ou que não sejam necessárias às decisões de aplicação da lei, excetuando-se o prescrito no artigo 205 da lei 8 112/90, *in verbis*:

"O atestado e o laudo da junta médica não se referirão ao nome ou à natureza da doença, salvo quando se tratar de lesões produzidas por acidente em serviço, doença profissional ou qualquer das doenças especificadas no art. 186, parágrafo 1º".

Devem os servidores lotados em setores periciais, quando do manuseio dos documentos periciais, guardar sigilo, de acordo com o artigo 325 do Código Penal, *in verbis*:

"Revelar fato que tem ciência em razão do cargo e que deva permanecer em segredo, ou facilitar-lhe a violação"

Ressaltar que a perícia tem, dentre suas funções, a elaboração de laudos referentes à isenção de imposto de renda.

B. RELAÇÃO DO PERITO COM O PERICIADO

Não se deve confundir a posição do médico que avalia a pessoa como cliente voluntário, e a do profissional que o avalia na qualidade de perito.

Como cliente a escolha do médico ocorre livre e espontaneamente que lhe demanda um encaminhamento com relação à sua sintomatologia. Noutra, o periciado é demandado por uma autoridade a comparecer diante de um perito ou junta de peritos, escolhida por essa autoridade, para se verificar o estado de saúde ou das seqüelas de doenças, com fins de decisão de direitos ou aplicação de leis.

O perito não deve ser afetado pelo periciado em nenhum sentido. Deve ser isento para julgar os fatos com objetividade, tendo como parâmetro o que prescreve a lei. Isso não significa perda de cortesia, atenção e educação por parte deste profissional.

O médico perito deve estar preparado para exercer sua função pericial observando sempre o rigor técnico e moral, assim como lembrar que a avançada tecnologia não substitui a anamnese detalhada e o exame minucioso e criterioso do paciente. Sua capacidade profissional proporcionará a precisão e clareza na emissão do laudo, sem que, para tal, submeta o paciente a nenhuma situação vexatória. Senso crítico apurado deve ser determinante na personalidade do profissional para questionar, quando houver dúvida, determinadas condutas. O conhecimento da especialidade de médico perito, a vivência ética e a versatilidade profissional são condições indispensáveis para a adoção de condutas sensatas e coerentes nesse sensível universo.

O médico- perito deve ter sempre em mente que, mesmo exercendo função pericial, a relação médico-paciente, embora neutra e imparcial, deve ser baseada no respeito e atenção ao paciente, que geralmente está fragilizado por motivo de sua própria condição patológica. Suas informações e orientações devem ser esclarecedoras, usando terminologia acessível ao nível de formação do servidor.

Nunca é redundante ressaltar que a relação médico-paciente deve ser pautada por uma abordagem humanística e respeitosa de ambas as partes.

A atual abordagem pericial exige dos profissionais uma postura cada vez mais detalhada e incisiva para que não pairam dúvidas em seus pareceres técnicos, para tal, não deve se abster de solicitar pareceres de outros profissionais de saúde, que devem ser anexados ao prontuário do paciente.

C. ELABORAÇÃO DO PARECER MÉDICO-PERICIAL

A perícia médica inicia-se com a identificação do servidor, seu local de trabalho e função.

Nos casos de suspeita de acidente e /ou doença relacionada ao trabalho, deverá se valer ou solicitar a realização de laudo de avaliação ambiental que inclui avaliação do posto e/ou processo de trabalho do servidor e a caracterização do acidente de trabalho por parte da equipe de vigilância à saúde do servidor. No caso de impossibilidade ou em caso de inexistência do referido laudo, o mesmo deverá conhecer o tipo de atividade inerente ao cargo ou emprego, sobretudo investigar em que condições o seu trabalho é exercido: de pé, sentado, exigindo ou não prolongados esforços, atenção continuada, condições ambientais de trabalho, envolvendo até o seu relacionamento social.

Na história da doença, deve-se apurar em que condição ocorreu o afastamento do trabalho e se este é consequência direta ou não do estado mórbido apresentado e solicitar pareceres especializados por parte da equipe multidisciplinar.

Nos casos de doenças profissionais ou relacionadas ao trabalho, além da História da Doença Atual (HDA), deve ser feita a Anamnese Ocupacional, isto é, o questionamento das atividades profissionais anteriores exercidas pelo servidor.

Deve o perito fazer anamnese e exame clínico criterioso, solicitar exames e relatórios quando achar necessário, assim como solicitar pareceres de outros profissionais de saúde, principalmente quando seu diagnóstico divergir do indicado pelo médico assistente do servidor.

O parecer pericial deve ser registrado em documento próprio, Laudo de Exame Médico-Pericial (LAUDO DE EXAME MÉDICO-PERICIAL); escrito em linguagem clara, objetiva, e acessível e unificado e deverá ser registrado no LAUDO DE EXAME MÉDICO-PERICIAL em linguagem técnica, com caligrafia legível, sem borrões nem rasuras (de forma clara e objetiva).

Encontrando-se o examinado ou impedido de locomover-se ou hospitalizado, a avaliação médica pericial será realizada em sua residência ou no estabelecimento nosocomial. A licença concedida dentro de 60 (sessenta) dias do término de outra da mesma espécie será considerada como prorrogação, independentemente do diagnóstico (artigo 82 da lei 8112/90).

Consideram-se espécies de licença: acompanhamento de pessoa da família (Art. 83), tratamento da própria saúde (Art. 203, Art. 204), licença maternidade (Art. 207) e acidente de trabalho/doença profissional (Art. 211/212).

Os tratamentos dos acidentes de trabalho/doenças profissionais são de responsabilidade exclusiva do serviço de Saúde ou de perícia do órgão ou entidade, dos Parceiros Institucionais do Serviço Integral de Atenção à Saúde do Servidor – SISOSP, e, na sua ausência, do órgão ao qual o servidor encontra-se vinculado, administrativamente. (art.213 da lei 8112/90).

O servidor que apresentar sinais evidentes de lesão orgânica ou funcional, mesmo que não disponha de médico assistente nem apresente atestado, será mesmo assim, submetido a exame pericial, requerido pela respectiva chefia e dirigido ao titular da unidade de recursos humanos, que encaminhará quando couber ao serviço de Saúde ou de perícia do órgão ou entidade à qual está vinculado. O requerimento, devidamente justificado, tramitará sob sigilo, cabendo ao titular da unidade de recursos humanos proceder à convocação do servidor, fixando-lhe data e hora de apresentação ao Órgão de Perícia Oficial. (*ex officio*).

Será punido com suspensão de até 15 (quinze) dias o servidor que, sem justificativa, recusar-se a ser submetido aos exames médico-periciais e aos exames periódicos para os servidores expostos à radiação ionizante determinados pelo titular da unidade regional de recursos humanos, cessando os efeitos da penalidade a partir da data em que for cumprida a determinação (Art. 130, Parágrafo 1º da lei 8112/90).

Quando houver conveniência para o serviço, a penalidade de suspensão poderá ser convertida em multa, na base de 50% (cinquenta por cento) por dia de vencimento ou remuneração, ficando o servidor obrigado a permanecer em serviço. (Art. 130, Parágrafo 2º da lei 8112/90).

Os elementos apurados no exame deverão ser registrados detalhadamente no LAUDO DE EXAME MÉDICO-PERICIAL; padronizado e apresentado como base de todo o processo, que constituirá o instrumento médico-legal.

Não deve, portanto apresentar:

- insuficiência e imprecisão nos dados;
- incoerência entre os dados semióticos encontrados e o diagnóstico firmado;
- indecisão e dúvida do perito, que possa comprometer a justiça da decisão;
- espaços em branco ou traços - quando nada for encontrado, deverão ser usadas expressões que traduzam a ausência de normalidade;
- diagnósticos não relacionados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) na Classificação Internacional de Doenças (CID).

Na impossibilidade do estabelecimento de diagnóstico nosológico, os prazos de afastamento deverão, a critério da perícia médica, serem suficientes para a realização de exames complementares, emissões de pareceres especializados de outros membros da equipe de saúde, ou ainda o processamento da licença ou benefício, a fim de não retardar o pagamento aos servidores.

A avaliação médico-pericial poderá ser decisiva nos processos de licença, aposentadoria, etc., mas a sua concessão prevista em ato específico é atribuição da autoridade administrativa. Deve o médico-perito limitar-se a fazer referência à capacidade ou incapacidade, mas nunca à sua concessão, que está fora de sua alçada e habilitação.

Os laudos médico-periciais indicarão obrigatoriamente e de forma expressa os seguintes itens:

- a) se a licença para tratamento de saúde ou a aposentadoria por invalidez do servidor decorre ou não de acidente em serviço, de moléstia relacionada ao trabalho, ou doença especificada em lei;
- b) se o servidor aposentado com proventos proporcionais ao tempo de serviço ou o titular de pensão vitalícia se encontra ou não acometido de doença grave especificada em lei;
- c) se a pessoa economicamente dependente do servidor apresenta ou não invalidez para o trabalho, consignando, na hipótese afirmativa, a duração provável de invalidez;
- d) se o servidor se encontra ou não apto para os atos da vida civil;

e) se a insalubridade ou periculosidade é ou não passível de neutralização ou de eliminação, indicando, na primeira hipótese, as medidas de proteção coletiva e/ou individual a serem adotadas;

f) se o examinado é portador de deficiência, o que exigirá a colocação do seu grau e a categoria desta.

D. QUESITOS DO LAUDO MÉDICO-PERICIAL

A conclusão da perícia médica, fundamentada nos elementos colhidos e registrados, (no laudo), também basear-se-á nas respostas de questionário específico com quesitos que nortearão o laudo final

QUESITO 1 - “DIANTE DO RESULTADO DO EXAME, ESTÁ O SERVIDOR TEMPORÁRIAMENTE INCAPAZ PARA O EXERCÍCIO DO CARGO? EM CASO AFIRMATIVO, NECESSITA O SERVIDOR DE LICENÇA?”.

A resposta a esse quesito constitui o fundamento do exame médico-pericial. A simples resposta sim ou não do perito condensa todos os seus conhecimentos médico-periciais de legislação, de normas específicas de perícia médica e, às vezes, de medicina ocupacional, neste caso deve solicitar avaliação por parte da equipe multiprofissional de saúde ocupacional.

O julgamento inadequado sobre a existência ou não de incapacidade traz inconvenientes de ordem administrativa e prejuízos tanto para o servidor, ao se denegar um direito, quanto para a instituição, onde o absenteísmo condiciona maior custo na produção de seus serviços.

Havendo necessidade de exames complementares ou pareceres especializados, o perito os indicará e anotará no laudo.

QUESITO 2 - “POR QUANTO TEMPO? A PARTIR DE ____”.

O perito deve fixar prazo durante o qual haja viabilidade de recuperação do servidor.

Prazos curtos nas doenças prolongadas são prejudiciais não apenas à instituição, como ao paciente, que fica obrigado a atender a sucessivas convocações, o que pode, inclusive, prejudicar seu estado patológico, prolongando seu período de recuperação. Prazos curtos podem representar indício de insegurança do médico-perito.

Do mesmo modo, prazos longos para doenças de curta duração constituem graves erros técnicos, representando pesado ônus para a instituição.

A fixação de data “indeterminada” só será admitida em face da incapacidade permanente por invalidez, no momento de propor a aposentadoria.

“A partir de...”, é a data do início da incapacidade e deve ser determinada em razão das manifestações da doença que provocaram alterações de tal ordem que impediram o desempenho das tarefas específicas do cargo e poderá ou não coincidir com a data do início do afastamento.

QUESITO 3 - “ESTÁ O EXAMINADO INVÁLIDO PARA O EXERCÍCIO DE SUAS FUNÇÕES OU OUTRAS CORRELATAS?”. A PARTIR DE ____/____/____

Deve ser respondido para transformar a licença em aposentadoria por invalidez e a resposta afirmativa implica parecer definitivo sobre a invalidez do servidor.

A expressão “ou outras correlatas” envolve a apreciação sobre o processo de readaptação no serviço público, muitas vezes difícil. Não basta o estabelecimento da eletividade pela readaptação, mas sua recondução só poderá ocorrer para o exercício de cargos em funções correlatas e com alteração na posição que ocupa no Plano de Classificação de Cargos (Ofício-Circular nº 37, de 16.08.96 publicado no Diário Oficial da União nº 172, de 04.09.96).

Quesito 4 – O SERVIDOR NECESSITA SER READAPTADO? _

Em caso de resposta afirmativa, qual cargo será indicado devido à sua restrição laborativa seu nível de escolaridade? (para qual cargo?)

O servidor deve evitar (necessita de restrição de) algumas atividades em seu cargo atual?

Especificar a atividade: / Por quanto tempo? _____ / Fazer a explicação.

O Setor de Recursos Humanos, de posse do laudo de junta médica, deverá procurar manter o servidor em seu setor de trabalho com limitação de suas atividades; se não for possível, deverá ser indicada a remoção para outro setor, com mudança ou não de sede e, se também não for viável, indicará a readaptação e, finalmente, aposentadoria.

Os pareceres não podem ser transcritos no processo, limitando-se a chefia médica informar, quando solicitada, que "existem ou não problemas de saúde constatados no exame médico-pericial que vão transcritos no laudo (confidencial) e que se beneficiarão ou não com a readaptação ou restrição da atividade".

QUESITO 5 - "A DOENÇA SE ENQUADRA NO ART. 186, INCISO I, § 1º, DA LEI Nº 8.112/90?". A PARTIR DE _____/____/_____

A resposta a esse quesito só deverá ser dada se o quesito anterior for positivo - há invalidez para o exercício da função e outras correlatas - porque não é o diagnóstico isolado que determina o enquadramento, mas sim a conjugação dos dois fatores.

"A doença está especificada no parágrafo I, do artigo 186, da Lei 8.112/90?".

A resposta afirmativa a este quesito independe da constatação de invalidez.

Ver, nos anexos deste Manual, os critérios de invalidez para cada doença especificada no § 1º do artigo 186.

Em resposta a este quesito deverá ser escrito, por extenso, o nome da doença constante no parágrafo 1º do artigo 186. Por exemplo: no caso de carcinoma de próstata deverá ser escrito = NEOPLASIA MALIGNA. (art.205 lei 8 112/90 "O atestado e o laudo da junta médica não se referirão ao nome ou natureza da doença, salvo quando se tratar de lesões produzidas por acidente em serviço, doença profissional ou qualquer das doenças especificadas no art. 186, §1º.")

QUESITO 6 – "O SERVIDOR É PORTADOR DE DOENÇA INCAPACITANTE, CONFORME PREVISTO NESTE MANUAL?".

QUESITO 7 - "A MOLÉSTIA É DECORRENTE DE ACIDENTE DE TRABALHO OU DOENÇA PROFISSIONAL / OCUPACIONAL?". INCISO I, ART 186, DA LEI 8112/90".

A resposta a esse quesito dependerá de comprovação por meio de declaração da chefia, boletim de atendimento, etc., de conformidade com o que estabelece a legislação, e onde deverá estar registrado não só em que condição se deu o acontecimento, mas o e local, horário, se há possui ou não testemunhas.

Ainda que não constante da relação de agentes patogênicos causadores de doença profissional ou de trabalho, e em casos excepcionais, deverá ser considerado como acidente do trabalho a doença que resultou de condições em que o trabalho é executado e com ele se relacione diretamente.

Quando se investigar a existência ou não de patologia ocupacional, deverá ser feita, não apenas a história da doença atual, mas sim um levantamento de todo o histórico laboral do servidor, já que a doença no momento apresentada pode ser oriunda de exercício profissional anterior, cujas repercussões na saúde são tardias, mas nem por isso deixam de ter o tratamento e conceder os direitos a que o servidor tem direito.

De acordo com o art 205, em caso de ser a moléstia decorrente de acidente de trabalho ou doença profissional, deverá constar no laudo pericial o nome da doença, por extenso.

A doença degenerativa inerente ao grupo etário e a que não acarreta incapacidade para o trabalho não são consideradas doenças profissionais.

QUESITO 8 - "FOI COMUNICADO AO ÓRGÃO HABILITADOR DA PROFISSÃO?".

Este quesito evidencia a importância de o médico alertar, administrativamente, o órgão habilitador, como o Conselho Regional de Medicina, quando em sua conclusão pericial declarar o profissional inválido para o exercício da profissão, principalmente quando a continuidade do exercício pode levar a danos de outrem.

QUESITO 9 - "DEVERÁ SER EXIGIDA A NOMEAÇÃO DE CURADOR?".

A resposta afirmativa somente deverá ser dada quando o médico-perito, baseado em laudo ou parecer de assistente social e psicólogo, dependendo da patologia, concluir pela incapacidade total do servidor para a prática dos atos da vida civil devendo, portanto, ser interditado. É uma atitude que deve ser tomada principalmente no resguardo do interesse de sua família, da sociedade e da instituição.

QUESITO 10- "O CANDIDATO TEM CONDIÇÕES DE SAÚDE PARA O EXERCÍCIO DO CARGO?".

Após o exame básico de saúde e outros que se fizerem necessários e de acordo com a categoria funcional em que está incluído o cargo que deverá exercer o candidato, o médico-perito avaliará e responderá a este quesito sempre em relação às atividades inerentes do referido cargo.

É de extraordinária importância que todas as limitações do candidato sejam registradas (assinaladas) no laudo e que, embora não o incapacitem para o exercício, possam subsidiar e servir futuras reivindicações de doenças profissionais.

QUESITO 11 - "É INDISPENSÁVEL À ASSISTÊNCIA PESSOAL E CONSTANTE DO SERVIDOR À PESSOA DA FAMÍLIA EXAMINADA?". (ARTIGO 83 LEI 8112/90)

Qualificado o examinado pelo perito, entre aquelas amparadas pelas disposições legais, o seu parecer deve basear-se no fato de que somente poderá ser concedida essa licença quando for imprescindível a presença do servidor junto ao doente, como no caso de ser o único parente em condições de prestar serviços necessários ao parente enfermo, advindo daí que a sua presença virá facilitar o processo de recuperação do enfermo.

Deverá ser observado, em conjunto com a assistente social, o ambiente em que se encontra a pessoa doente, se está na residência ou não do servidor, se existem outras pessoas que, por não exercerem atividades fora da residência, poderiam prestar assistência pois vínculos com o paciente.

Nas internações hospitalares, em que a assistência permanente vem sendo prestada pela infraestrutura do hospital, torna-se imprescindível a presença do servidor, somente em situações como a de internações de filhos menores ou nos casos em que o próprio hospital requerer a presença de acompanhante

QUESITO 12 - "O PEDIDO DE REMOÇÃO JUSTIFICA-SE SOB O PONTO DE VISTA MÉDICO?". (ART 36 DA LEI 8112/90)

O médico-perito informará no laudo a razão dos benefícios do ponto de vista médico que advirão dessa remoção, podendo na parte "conclusão" do laudo tecer outras considerações, que deverão ser homologadas pela chefia.

O médico-perito não pode usar expressões: "Justifica-se sob o ponto de vista médico", sem objetivamente apresentar razões, nem recomendar localidades que apresentam os mesmos problemas do local de origem.

Os pareceres não podem ser transcritos no processo, cabendo à chefia médica informar, quando solicitada, se "existem ou não problemas de saúde constatados no exame médico-pericial que vão transcritos no laudo (confidencial) e que haverá benefícios ou não com a remoção".

Tratando-se de decisão de autoridade de pessoal, não pode a perícia, no parecer, exprimir-se de modo a estabelecer conflito entre o requerente e a autoridade que detém a atribuição decisória.

O servidor com contrato temporário não tem direito à remoção por motivo de saúde. (Lei 8745/93)

Quesito 13 "O EXAMINADO ESTÁ INVÁLIDO? (ART. 215 A 225 DA LEI 8112/90)". QUAL O GRAU DE SUA INVALIDEZ? Total / Parcial / Permanente / Temporal / Não / Prejudicado.

O laudo de avaliação de invalidez do solicitante de pensão ou de classificação de dependente inválido será emitido por junta médica oficial.

Quesito 14 "É O EXAMINADO PORTADOR DE DEFICIÊNCIA?" (decreto 3298 de 20/12/1999).
Permanente/incapacitante
Física/auditiva / visual / mental / múltipla

Ao avaliar o examinado para constatação de deficiência, a junta médica oficial deverá especificar o grau - permanente, incapacitante assim como as categorias - físicas, auditivas, visuais, mentais, múltiplas.

Quesito 15 "O AMBIENTE, PROCESSO OU ORGANIZAÇÃO DE TRABALHO, PODEM SER CAUSA OU CONCAUSA DO AFASTAMENTO DO SERVIDOR?".

Ao avaliar a patologia ou o agravo do servidor, correlacioná-lo com o Laudo de Avaliação Ambiental, para determinar se há nexos causais entre ambos. Deverá o profissional utilizar-se da metodologia do Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário do Instituto Nacional do Seguro Social para realizar tal correlação.

VIII. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Por seu caráter confidencial, os documentos médicos, quando fora do serviço de Saúde ou de perícia do órgão ou entidade, deverão tramitar em envelope lacrado, no qual deverá estar consignado que sua consulta é restrita à profissional da área de saúde ou aos órgãos julgadores dos atos da administração federal.

As ocorrências médicas do servidor serão registradas na ficha Registro de Ocorrências Médicas (ROM), seja para fins médico-periciais, seja para fins estatísticos.

É proibido ao médico atuar como perito de próprios clientes, inclusive na condição de integrante de Junta médico-pericial.

A chefia imediata do servidor licenciado para tratamento de saúde não permitirá que ele reassuma o exercício de seu cargo ou entre em gozo de férias ou licença-prêmio antes de provar, através do RESULTADO DE EXAME MÉDICO-PERICIAL, a cessação da incapacidade para o trabalho.

As informações das licenças médicas deverão ser entregues ao Setor de Recursos Humanos para as devidas providências quanto ao controle de frequência.

O Serviço de Saúde dos Servidores manterá arquivado, em pastas individuais, os documentos relativos aos antecedentes médicos dos servidores (prontuário médico-pericial), mesmo na existência de prontuário eletrônico.

Na hipótese de remoção de servidor, o respectivo prontuário-médico será remetido, em envelope lacrado, à Unidade de Saúde Ocupacional e Perícia em Saúde a que se encontre vinculado no novo órgão de lotação.

Os exames médico-periciais serão registrados diariamente no formulário Boletim Diário do Médico-Perito, e apurados mensalmente no Boletim Mensal de Serviço de Saúde e Perícia Médica.

Ao final do mês, o Boletim Mensal de Serviço de Saúde e Perícia Médica deverão ser encaminhados à Coordenação Geral de Seguridade Social e Benefícios do Servidor da Secretaria de Recursos Humanos

do Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão que realizará o tratamento estatístico e epidemiológico dos dados. Lembramos que este boletim deverá ser impessoal, com vistas a garantir a não identificação dos portadores de agravos.

O Serviço de Saúde deverá observar o que consta nas orientações sobre "doenças enquadradas no § 1º do art. 186 da Lei nº 8.112/90", anexas a este Manual, quando do exame dos servidores e da documentação dos seus processos de aposentadoria.

Esse serviço deve promover a capacitação de seus profissionais, em todas as áreas de atuação.

O servidor acometido de doença incapacitante durante o período de férias não terá suas férias suspensas (Art. 80 da lei 8112/90). Após o término das mesmas, deverá comparecer ao serviço de Saúde ou de perícia do órgão ou entidade, para avaliação da capacidade laborativa. (Art.80 da lei 9527/97)

O servidor que solicitar isenção do imposto de renda deverá ser encaminhado ao serviço de Saúde ou de perícia do órgão ou entidade, para ser submetido à avaliação, visando constatação de invalidez e/ou enquadramento legal da patologia. O parecer técnico da junta médica deve se restringir apenas à condição médico pericial do servidor, se abstendo de emitir opinião sobre a concessão ou não da isenção, ato este puramente administrativo.

Todos os formulários presentes neste manual na medida do possível e dentro dos ditames legais serão progressivamente migrados para uma formatação eletrônica, eliminando ou reduzindo o uso de papéis em trânsito, dentro do contexto do SISOSP.

IX. DOENÇAS ENQUADRADAS NO PARÁGRAFO 1º DO ART. 180 DA LEI nº 8.112 /90

Este capítulo, que descreve as patologias relacionadas na lei supracitada, que, quando presentes e dentro dos critérios aqui descritos, concedem aposentadoria integral, foi, quase que completamente, compilado do documento: **Normas Técnicas /Perícia Médica – 2005**, do Ministério da Fazenda.

ALIENAÇÃO MENTAL

CONCEITUAÇÃO

Alienação Mental é um estado de dissolução dos processos mentais (psíquicos) de caráter transitório ou permanente (onde o volume de alterações mentais pode levar a uma conduta anti-social), representando risco para o portador ou para terceiros, impedindo o exercício das atividades laborativas e, em alguns casos, exigindo internação hospitalar até que possa retornar ao seio familiar. Em geral estão incluídos nesta definição os quadros psicóticos (moderados ou graves), como alguns tipos de esquizofrenia, transtornos delirantes e os quadros demenciais com evidente comprometimento da cognição (consciência, memória, orientação, concentração, formação e inteligência).

Em face de diagnósticos de transtornos psicóticos, torna-se necessário avaliar a sintomatologia apresentada, a forma clínica e a fase de evolução, a fim de identificar com propriedade o enquadramento correspondente.

As juntas Médicas deverão solicitar ao médico psiquiatra assistente a codificação da patologia com 5 itens, parecer constando as informações sobre quais sinais e / ou sintomas que invalidam o servidor para atividades laborativas e / ou para todo e qualquer ato da vida civil

À vista dessas informações, identificar nos quadros clínicos de Alienação Mental os seguintes elementos:

a) transtorno intelectual – atinge as funções mentais em conjunto e não apenas uma delas.

b) falta de autoconsciência - o paciente ignora o caráter patológico de seu transtorno ou tem dele uma noção parcial ou descontínua;

c) ausência de utilidade - a perda da adaptabilidade redundando em prejuízo para o paciente e para a sociedade (Beca Soto).

As Juntas Médicas poderão identificar Alienação Mental no curso de qualquer enfermidade psiquiátrica desde que, em seu estágio evolutivo, estejam satisfeitas todas as condições abaixo discriminadas:

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

São considerados meios habituais de tratamento:

- a) psicoterapia;
- b) psicofarmacoterapia;
- c) terapêutica biológica (eletroconvulsoterapia, insulino-terapia, etc).

Não é considerado meio de tratamento a utilização de Psicofármacos em fase de experiência laboratorial.

QUADROS CLINICOS QUE CURSAM COM A ALIENAÇÃO MENTAL

São necessariamente casos de Alienação Mental:

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

São excepcionalmente considerados casos de Alienação Mental:

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

Não são casos de Alienação Mental:

- a) nenhuma forma de neurose;
- b) desvios ou transtornos sexuais;
- c) alcoolismo, dependência de drogas e outros tipos de dependência orgânica;
- d) oligofrenias leves e moderadas;
- e) psicoses do tipo reativo (reação de ajustamento, reação ao "stress");
- f) psicoses orgânicas transitórias (estados confusionais reversíveis);
- g) epilepsia por si só.

Os quadros psicóticos leves, controlados ou em período de remissão, não incapacitam para a vida laborativa, podendo o periciado praticar todos os atos da vida civil.

A epilepsia, quando associada (comorbidade) a casos graves de psicose, poderá ser enquadrada como alienação mental, pelo comprometimento mental da psicose.

NORMAS DE PROCEDIMENTO DAS JUNTAS MÉDICAS

A Junta Médica, para maior clareza e definição imediata da situação do periciado, deverá fazer constar, obrigatoriamente, dos laudos declaratórios de invalidez do portador de Alienação Mental, os seguintes dados:

- a) Diagnóstico da enfermidade básica, inclusive o diagnóstico, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças versão 10;
- b) modalidade fenomênica;
- c) estágios evolutivo;
- d) expressão "Alienação Mental" entre parênteses.

Se os laudos concluírem por Alienação Mental, deverão ser firmados em diagnósticos que não se confundam com os quadros de reações psíquicas isoladas, intercorrências psico-reativas e distúrbios orgânicos subjacentes, dos quais sejam simples epifenômenos.

A simples menção do grau ou intensidade da enfermidade não esclarece a condição de "Alienação Mental", se não estiver mencionado o estágio evolutivo da doença.

CARDIOPATIA GRAVE

CONCEITUAÇÃO

Para o entendimento de cardiopatia grave toma-se necessário que o conceito englobe todas as doenças relacionadas ao coração, tanto crônicas, como agudas.

São consideradas Cardiopatias Graves:

- a) as cardiopatias agudas, que, habitualmente rápidas em sua evolução, tornarem-se crônicas, caracterizando uma cardiopatia grave, ou as que evoluírem para o óbito, situação que, desde logo, deve ser considerada como cardiopatia grave, com todas as injunções legais;
- b) as cardiopatias crônicas, quando limitarem, progressivamente, a capacidade física, profissional (ultrapassando os limites de eficiência dos mecanismos de compensação), não obstante o tratamento clínico *e/ou* cirúrgico adequado, ou quando induzirem à morte prematura.

A limitação da capacidade física, funcional e profissional é definida habitualmente pela presença de uma ou mais das seguintes síndromes: insuficiência cardíaca, insuficiência coronariana, arritmias complexas, bem como hipoxemia e manifestações de baixo débito cerebral, secundárias a uma cardiopatia.

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

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

Os meios de diagnósticos a serem empregados na avaliação da capacidade funcional do coração, cientificamente, são os seguintes:

- a) história clínica, com dados evolutivos da doença;
- b) exame clínico;
- c) eletrocardiograma, em repouso;
- d) eletrocardiografia dinâmica (Holter);
- e) teste ergométrico;
- f) ecocardiograma, em repouso;
- g) ecocardiograma associado a esforço ou procedimentos farmacológicos;
- h) estudo radiológico do tórax, objetivando o coração, vasos e campos pulmonares, usando um mínimo de duas incidências;
- i) cintilografia miocárdica, associada a teste ergométrico (tecnásio);
- j) cintilografia miocárdica associada a dipridamol e outros fármacos;
- k) cinecoronarioventriculografia.

Nos periciados portadores de doença cardíaca, não identificável com os meios de diagnósticos citados anteriormente, deverão ser utilizados outros exames e métodos complementares, que a medicina especializada venha a exigir.

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

O quadro clínico, bem como os recursos complementares, com os sinais e sintomas que permitem estabelecer o diagnóstico de Cardiopatia Grave estão relacionados para as seguintes cardiopatias: cardiopatia isquêmica, cardiopatia hipertensiva, miocardiopatias, valvopatias, cardiopatias congênitas, arritmias e cor pulmonale crônico.

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

AFECÇÕES OU DOENÇAS CAPAZES DE CAUSAR CARDIOPATIA GRAVE

CARDIOPATIA ISQUÊMICA - caracterizada por:

Quadro Clínico:

- a) angina classes III e IV da NYHA e da Canadian Cardiovascular 50 Society, apesar de responder a terapêutica;
- b) manifestações clínicas de insuficiência cardíaca;
- c) arritmias (associar com dados de ECG e Holter);

Eletrocardiograma (repouso);

- a) zona elétrica inativa (localização e magnitude);
- b) alterações isquêmicas de ST- T;
- c) distúrbios de condução atrioventricular e intraventricular;
- d) hipertrofia ventricular esquerda;
- e) fibrilação atrial crônica;
- f) arritmias ventriculares complexas (associar com dados do Holter).

Radiografia do Tórax:

- a) cardiomegalia;

b) congestão venocapilar pulmonar.

Teste ergométrico:

- a) limitação da capacidade funcional «5 met);
- b) angina, em carga baixa «5met);
- c) infradesnível do segmento ST:
 - precoce (carga baixa);
 - acentuado (>3mm);
 - morfologia horizontal ou descendente;
 - múltiplas derivações.
- d) duração prolongada (> 6 min no período de recuperação);
supradesnível de ST, sobretudo em área não relacionada a infarto prévio;
- e) comportamento anormal da pressão arterial diastólica (variação de PD > mm Hg);
- f) insuficiência cronotrópica (elevação inadequada da frequência cardíaca);
- g) sinais de disfunção ventricular esquerda associada ao esforço;
- h) arritmias ventriculares, desde que associadas a outros sinais de resposta isquêmica.

Cintilografia Miocárdica associada a Teste Ergométrico (Tálio, MIBI, Tecnécio)

- a) defeitos de perfusão múltiplos ou áreas extensas (áreas hipocaptantes definitivas ou transitórias);
- b) dilatação da cavidade ventricular esquerda ao esforço;
- c) hipercaptação pulmonar;
- d) fração de ejeção (FE) em repouso menor ou igual a 0,35 (valor específico para o método);
- e) comportamento anormal da FE ao exercício (variação da FE menor que 5%);
- f) motilidade parietal regional ou global anormal.

Cintilografia Miocárdica associada a Dipridamol e outros fármacos:

- a) interpretação semelhante à definida para a cintilografia com teste ergométrico.

Ecocardiograma (em repouso):

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

Ecocardiograma associado a esforço ou procedimentos farmacológicos:

- a) aparecimento de alterações de contratilidade segmentar inexistentes no Eco em repouso;
- b) acentuação das alterações de contratilidade preexistentes;
- c) comportamento anormal da FE ao exercício (variação da FE menor que 5%).

Eletrocardiografia Dinâmica (Holter):

- a) alterações isquêmicas (ST - T) associadas à dor anginosa ou sintomas de disfunção ventricular esquerda;
- b) isquemia miocárdica silenciosa (magnitude e duração);
- c) arritmias ventriculares complexas;
- d) fibrilação atrial associada à isquemia;
- e) Distúrbios de condução atrioventricular e intraventricular relacionados à isquemia.

Cinecoronarioventriculografia:

- a) lesão de tronco de coronária esquerda maior ou igual a 50%;
- b) lesões triarteriais moderadas a importantes (maior ou igual a 70% do terço proximal ou médio), e "eventualmente" do leito distal, dependendo da massa miocárdica envolvida;
- c) lesões bi ou uniarteriais menor ou igual a 700/0, com grande massa miocárdica em risco;
- d) lesões ateromatosas extensas e difusas;

- e) fração de ejeção menor ou igual a 0,40%;
- f) hipertrofia ventricular esquerda e dilatação ventricular esquerda;
- g) áreas significantes de acinesia, hipocinesia e discinesia;
- h) aneurisma de ventrículo esquerdo;
- i) complicações mecânicas: insuficiência mitral, comunicação interventricular.

Fatores de risco e condições associadas:

- a) idade maior ou igual a 70 anos, hipertensão, diabetes, hipercolesterolemia familiar;
- b) vasculopatia aterosclerótica importante, em outros territórios (central, periférico).

Pós-infarto do miocárdio:

- a) disfunção ventricular esquerda (áreas de acinesia, hipocinesia e discinesia);
- b) isquemia à distância (em outra área que não a do infarto);
- c) arritmias ventriculares complexas;
- d) idade avançada;
- e) condições associadas.

CARDIOPATIA HIPERTENSIVA - a gravidade é caracterizada pela presença das seguintes condições:

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

MIOCARDIOPATIAS

MIOCARDIOPATIAS HIPERTRÓFICAS - a gravidade é caracterizada pela presença das seguintes condições:

- a) história familiar de morte súbita;
- b) paciente sintomático, especialmente história de síncope, angina, insuficiência cardíaca e embolia sistêmica;
- c) diagnóstico na infância (baixa idade);
- d) hipertrofia moderada ou severa, com alterações isquêmicas de ST-T;
- e) cardiomegalia;
- f) disfunção ventricular esquerda sistólica *elou* diastólica;
- g) fibrilação atrial;
- h) Síndrome de Wolff Parkinson White;
- i) arritmias ventriculares complexas;
- j) regurgitação mitral importante;
- k) doença arterial coronária associada;
- l) forma obstrutiva com gradiente de via de saída maior ou igual a 50 mm Hg.

MIOCARDIOPATIAS DILATADAS - com as seguintes características:

- a) histórias de fenômenos tromboembólicos;
- b) cardiomegalia importante;
- c) ritmo de galope (B3);
- d) insuficiência cardíaca classe funcional III e IV;
- e) fração de ejeção menor ou igual a 0,30;
- f) fibrilação atrial;
- g) arritmias ventriculares complexas;
- h) distúrbios da condução intraventricular.

MIOCARDIOPATIA RESTRITIVA (Endomiocardifibrose, fibroelastose) a gravidade é

caracterizada pela presença das seguintes condições:

1. história de fenômenos tromboembólicos;
2. cardiomegalia;
3. insuficiência cardíaca classe funcional III e IV;
4. envolvimento do ventrículo direito ou biventricular;
5. fibrose acentuada;
6. regurgitação mitral *elou* tricúspide importante.

CARDIOPATIA CHAGÁSICA CRÔNICA - a gravidade é caracterizada pela presença das seguintes condições:

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

ARRITMIAS CARDÍACAS - constituem características de maior gravidade:

- a) disfunção do nó sinusal sintomática, com comprovada correlação sintomas/arritmias, e, especialmente em presença de síndrome braditaquiarritmica;
- b) bradiarritmias;

Bloqueio atrioventricular (BAV) do 2º grau, tipo II, ou BAV avanado;

Bloqueio atrioventricular total:

- a) sintomático;
- b) com resposta cronológica inadequada ao esforço;
- c) com cardiomegalia progressiva;
- d) Fibrilação atrial com resposta ventricular baixa;

Bloqueios de ramo (direito ou esquerdo), permanentes ou alternantes, sintomáticos (claudicação cerebral ou insuficiência cardíaca).

Taquiarritmias:

- a) taquicardias ventriculares sintomáticas (claudicação cerebral *elou* comprometimento hemodinâmico), de qualquer etiologia;
- b) taquicardias supraventriculares sintomáticas (claudicação, comprometimento hemodinâmico, taquicardiomiopatia, fenômenos tromboembólicos) de qualquer etiologia e desencadeados por qualquer mecanismo.
- c) síndrome de préexcitação ventricular, com alto risco de morte súbita, determinado por estudos invasivos;
- e) portadores de marcapasso cardíaco definitivo (antibradi ou antitaquicardia), cuja capacidade funcional se mantém limitada pela cardiopatia subjacente.

COR PULMONALE CRÔNICO

Constituem características de maior gravidade:

Quadro clínico:

- a) manifestações de hipóxia cerebral e periférica (dedos em baqueta de tambor);
- b) insuficiência cardíaca direita;
- c) dores anginosas;
- d) crises sincopais;
- e) hiperfonese canglorosa da segunda bulha no foco pulmonar;
- f) galope ventricular direito (83) P02 < 60 mm Hg; PC02 > 50 mm Hg.

Eletrocardiograma:

Sinais de sobrecarga importante de câmaras direitas.

- a) hipertrofia ventricular direita com disfunção diastólica e/ou sistólica;
- b) grande dilatação do átrio direito;
- c) pressão sistólica em artéria pulmonar, calculada a partir das pressões do VD e AD, maior ou igual a 60 mm Hg;
- d) insuficiência tricúspide importante;
- f) inversão do fluxo venoso na sístole atrial.

Estudos hemodinâmicos:

- a) dilatação do tronco da artéria pulmonar;
- b) dilatação do ventrículo direito;
- c) dilatação do átrio direito;
- d) pressão na artéria pulmonar maior ou igual a 60 mm Hg;
- e) pressão no átrio direito maior ou igual a 15 mm Hg;
- f) insuficiência pulmonar;
- g) insuficiência tricúspide.

CARDIOPATIAS CONGÊNITAS –

Caracterizam-se como graves as cardiopatias congênitas que apresentam:

Do ponto de vista clínico:

- a) crises hipoxêmicas;
- b) insuficiência cardíaca (classes III e IV);
- c) hemoptises, pela presença de circulação colateral brônquica;
- d) arritmias de difícil controle e potencialmente malignas.

Do ponto de vista anatômico:

- a) doença arterial pulmonar;
- b) necrose miocárdica, por doença coronária ou origem anômala das artérias coronárias;
- c) drenagem anômala total infracardíaca ou origem das artérias coronárias;
- d) drenagem anômala total infracardíaca ou com obstruções severas da conexão das veias pulmonares com as sistêmicas;
- e) hipertrofia ventricular direita;
- f) agenesias valvulares (pulmonar e aórtica);
- g) hipoplasia ou atresia de válvulas pulmonares, aórtica e mitral;
- h) hipoplasia ou atresia do coração esquerdo;
- i) estenose mitral;
- j) transposição das grandes artérias com hiper-resistência pulmonares ou ausência de comunicações;
- l) ventrículos únicos com atresias valvares;
- m) ectopias cardíacas com alterações múltiplas;
- n) cardiopatias complexas.

VALVOPATIAS

INSUFICIÊNCIA MITRAL - caracterizada por:

Quadro clínico:

- a) insuficiência cardíaca classes funcionais III e IV;
- b) frêmito sistólico palpável na região da ponta;
- c) primeira bulha inaudível ou acentuadamente hipofonética no foco mitral;
- d) sopro holossistólico, no foco mitral, de intensidade > 3/6, com irradiação em faixa ou círculo;
- e) segunda bulha hiperfonética, no foco pulmonar;
- f) desdobramento amplo e constante da segunda bulha, no foco pulmonar.

Eletrocardiograma:

- a) sinais progressivos de sobrecarga atrial e ventricular esquerdas;
- b) fibrilação atrial.

Estudo radiológico:

- a) aumento acentuado da área, com predominância das cavidades esquerdas;
- b) sinais de congestão venocapilar pulmonar;
- c) sinais de hipertensão pulmonar.

Ecocardiograma:

- a) presença de jato regurgitante, de grande magnitude;
- b) comprometimento progressivo da função ventricular sistólica;
- c) aumento significativo do diâmetro sistólico do ventrículo esquerdo;
- d) inversão do fluxo sistólico, em veia pulmonar;
- e) sinais de hipertensão pulmonar;

Hemodinâmica e angiografia:

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

ESTENOSE MITRAL - caracterizada por:

Quadro clínico:

- a) história de comissurotomia mitral prévia;
- b) fenômenos tromboembólicos;
- c) insuficiência cardíaca classes funcionais III e IV;
- d) episódios de edema pulmonar agudo;
- e) escarros hemoptóicos;
- f) fibrilação atrial;
- g) estalido de abertura de valva mitral precoce;
- h) impulsão sistólica de ventrículo direito;
- i) segunda bulha hiperfonética, no foco pulmonar;
- j) sinais de insuficiência tricúspide.

Eletrocardiograma:

- a) fibrilação atrial;
- b) sinais de sobrecarga de câmaras direitas.

Estudo radiográfico:

- a) inversão do padrão vascular pulmonar;
- b) sinais de hipertensão venocapilar pulmonar;
- c) sinais de hipertensão arteriolar pulmonar;

Ecocardiograma:

- a) área valvar < 1,0 cm²
- b) tempo de % pressão > 200 ms;
- c) gradiente transvalvar mitral médio > 15 mm Hg;
- d) sinais de hipertensão pulmonar (pressão sistólica da artéria pulmonar > 50 mm Hg);
- e) presença de trombo, no átrio esquerdo.

Hemodinâmica:

- a) área valvar < 1,0 cm²
- b) gradiente diastólico mitral médio > 15 mm Hg;
- c) pressão média de capilar pulmonar ou de átrio esquerdo > 20 mm Hg;
- d) pressão sistólica de artéria pulmonar > 50 mm Hg.

INSUFICIÊNCIA AÓRTICA - caracterizada por:

Quadro clínico:

- a) insuficiência cardíaca classes funcionais III e IV;
- b) manifestações de baixo débito cerebral (tontura, lipotímia, síncope);
- c) síndrome de Martan associada;
- d) presença de galope ventricular (83);

- e) sopro de Austin-Flint, na ponta;
- f) ictus hipercinético, deslocado externamente;
- g) pressão diastólica próxima a zero;
- h) queda progressiva da pressão arterial sistólica.

Eletrocardiograma:

- a) sinais de sobrecarga ventricular esquerda, com onda T negativa, em precordiais esquerdas;
- b) sinais de sobrecarga atrial esquerda;
- c) fibrilação atrial.

Estudo radiográfico:

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

Ecocardiograma:

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

Medicina nuclear associada a teste ergométrico:

- a) comportamento anormal da fração de ejeção.

Hemodinâmica e angiografia:

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

ESTENOSE AÓRTICA - caracterizada por:

Quadro clínico:

- a) sintomas de baixo débito cerebral (tontura, lipotímia, síncope);
- b) angina de peito;
- c) presença de terceira bulha;
- d) insuficiência cardíaca;
- e) pressão arterial diferencial reduzida;
- f) pico tardio de intensidade máxima do sopro;
- g) desdobramento paradoxal da segunda bulha;
- h) fibrilação atrial

Eletrocardiograma:

- a) sinais de sobrecarga ventricular esquerda importante, com Infra
- b) desnivelamento de ST e onda T negativa, em precordiais esquerdas;
- c) fibrilação atrial;
- d) arritmias ventriculares;
- e) bloqueio atrioventricular total.

Ecocardiograma:

- a) área valvar menor ou igual a 0,75 cm²;
- b) gradiente médio de pressão transvalvar aórtica maior ou igual a 50 mm Hg;
- c) gradiente máximo maior ou igual a 70 mm Hg;
- d) sinais de hipocinesia ventricular esquerda.

Hemodinâmica:

- a) área valvar igualou menor a 0,75 mm Hg;
- b) hipocinesia ventricular esquerda;

c) coronariopatia associada.

PROLAPSO VALVAR MITRAL

- a) história familiar de morte súbita;
- b) história de síncope;
- c) fenômenos trombo-embólicos;
- d) síndrome de Marfan associada;
- e) arritmias ventriculares complexas;
- f) fibrilação atrial;
- g) disfunção ventricular esquerda;
- h) regurgitação mitral importante;
- i) prolapso valvar tricúspide associado;
- j) cardiomegalia;
- k) rotura de cordoalhas tendíneas.

TUMORES CARDÍACOS

Tumores Malignos - deverão ser adotados os parâmetros exigidos para o enquadramento da neoplasia maligna

Tumores benignos- com alterações funcionais irreversíveis devem ser avaliados dentro dos parâmetros exigidos para o enquadramento como cardiopatia grave.

A ausência de um ou outro aspecto que caracterizam a patologia não afasta o diagnóstico de Cardiopatia Grave, desde que seja identificada a doença pelas características que se fizerem evidentes e que sejam mais marcantes.

NORMAS DE PROCEDIMENTOS DAS JUNTAS MÉDICAS

Os portadores de lesões cardíacas que incidem nas especificações dos Graus III ou IV da avaliação funcional descrita no item 10.4 destas normas serão considerados como portadores de Cardiopatia Grave, pelas Juntas Médicas.

Os portadores de lesões cardíacas que incidem nas especificações dos Graus I e II da avaliação da capacidade funcional do coração, e que puderem desempenhar tarefas compatíveis com a deficiência funcional, somente serão considerados incapazes por Cardiopatia Grave, quando, fazendo uso de terapêutica específica e depois de esgotados todos os recursos terapêuticos, houver progressão da patologia, comprovada mediante exame clínico e exames subsidiários.

A idade do paciente, sua atividade profissional, meio de locomoção usado para ir ao trabalho, e a incapacidade de reabilitação são parâmetros que devem ser considerados na avaliação dos portadores de lesões cardíacas dos graus I e II.

Os portadores de lesões cardíacas susceptíveis de correção cirúrgica, desde que em condições físicas satisfatórias para se submeterem a tal procedimento, serão reavaliados após a cirurgia e, se incapacitados, enquadrados como portadores de cardiopatia grave.

Os portadores de hipertensão arterial secundária, passível de tratamento cirúrgico, desde que em condições físicas satisfatórias para se submeterem a tal procedimento, terão sua capacidade funcional avaliada, após o tratamento da doença hipertensiva.

Os portadores de valvulopatias susceptíveis de correção cirúrgica, desde que em condições físicas satisfatórias para se submeterem a tal procedimento, terão sua capacidade funcional reavaliada após a correção salvo se as alterações cardiovasculares, pela longa evolução ou gravidade, sejam consideradas irreversíveis ou comprometedoras da atividade funcional.

As arritmias graves, comprovadas eletrocardiograficamente resistentes ao tratamento, ou cursando com episódios tromboembólicos, serão consideradas como Cardiopatia Grave, mesmo na ausência de outros sinais clínicos, radiológicos ou ecocardiográficos de alterações cardiovasculares.

As Juntas Médicas somente enquadrarão os pacientes como portadores de Cardiopatia Grave quando afastada totalmente a possibilidade de regressão da condição patogênica, podendo aguardar em tratamento especializado por 24 (vinte e quatro) meses.

As Juntas Médicas poderão fazer o enquadramento de Cardiopatia Grave, dispensando o prazo de observação e tratamento nos casos de enfermidade cardiovascular sem terapêutica específica ou de evolução rápida *elou* com mau prognóstico, em curto prazo.

O prazo de observação e tratamento supracitado, poderá ser dispensado nos pacientes que apresentem fatores de risco e condições associadas, tais como: idade igual ou superior a 70 anos, hipertensão arterial, diabetes, hipercolesterolemia familiar, valvulopatia aterosclerótica importante, em outros territórios (central, periférico), pacientes já submetidos a revascularização cardíaca e nos pós-infartados.

As insuficiências cardíacas *elou* coronarianas classificam-se como Graves quando enquadradas nas classes funcionais III e IV da NYHA e, eventualmente as classes II da referida classificação na dependência da idade, da atividade profissional, das características funcionais do cargo, da coexistência de outras doenças e da Incapacidade de reabilitação, apesar do tratamento médico em curso.

Os laudos das Juntas Médicas deverão conter, obrigatoriamente, os diagnósticos: etiológico, anatômico e funcional (reserva cardíaca), e afirmação ou negação de Cardiopatia Grave, para o enquadramento legal da lesão incapacitante.

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

Os laudos encaminhados às Juntas Médicas pelo médico acompanhante deverão conter, obrigatoriamente, a classe funcional, os elementos que foram utilizados para a classificação e os exames que comprovem o correto enquadramento.

CEGUEIRA

CONCEITUAÇÃO:

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

São equivalentes à cegueira e como tais considerados:

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

GRAUS DE PERDA PARCIAL DA VISÃO EQUIVALENTE À CEGUEIRA

- GRAU I** - quando a acuidade visual máxima, em ambos os olhos e com a melhor correção óptica possível, for inferior a 20/70 na escala SNELLEN, e a mínima igual ou superior a 20/700 na escala SNELLEN; bem como, em caso de perda total da visão de um dos olhos quando a acuidade no outro olho, com a melhor correção óptica possível, for inferior a 20/50 na escala de SNELLEN;
- GRAU II** – quando a acuidade visual máxima, em ambos os olhos, e com a melhor correção óptica possível, for inferior a 20/200 SNELLEN, e a mínima for igual ou superior a 20/400 SNELLEN;
- GRAU III** – quando a acuidade visual máxima, em ambos os olhos e com melhor correção óptica possível, for inferior a 20/400 SNELLEN, e a mínima igual ou superior a 20/1200 SNELLEN;
- GRAU IV** – quando a acuidade visual máxima, em ambos os olhos, e com melhor correção óptica possível, for inferior a 20/20.000 SNELLEN ou apresentar, como índice máximo, a capacidade de

contar dedos à distância de 01 (um) metro e a mínima limitar-se à percepção luminosa.

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

AVALIAÇÃO DA ACUIDADE VISUAL – ESCALAS ADOTADAS

Para uniformidade de linguagem e facilidade de julgamento dos graus de perda da acuidade visual, as Juntas Médicas de Saúde adotarão as escalas SNELLEN e DECIMAL na avaliação da acuidade visual para longe, e a escala JAEQUER na avaliação da acuidade visual para perto.

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

SNELLEN	DECIMAL	% DE VISÃO
20/20	1,0	100
20/22	0,9	98,0
20/25	0,8	95,5
20/29	0,7	92,5
20/23	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

Equivalência das escalas usadas na avaliação da acuidade visual para perto

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

Após a avaliação da acuidade visual de cada olho em separado, sendo dado o peso 3 ao percentual de visão do olho melhor e peso 1 ao percentual de visão do olho pior, saberemos a Eficiência Visual Binocular (EVB) somando os valores percentuais multiplicados por seus pesos e dividindo-se por 4. Assim, se a eficiência de QD = 90% e de OE = 30%, teremos:

$$EVB = (3 \times 90 + 1 \times 30) \div 4 = 75\%$$

NORMAS DE PROCEDIMENTO DAS JUNTAS MÉDICAS

As Juntas Médicas concluirão pela incapacidade definitiva dos portadores de perda total de visão (cegueira), sem percepção luminosa, determinada por afecção crônica progressiva e irreversível, à luz de parecer especializado.

As Juntas Médicas, de acordo com a amplitude de conceito legal, também concluirão pela incapacidade definitiva por cegueira, dos periciados que apresentarem diminuição acentuada da acuidade visual, em qualquer dos graus já descritos neste documento, em decorrência de afecção crônica, progressiva, não susceptível de correção óptica, nem removível por tratamento médico-cirúrgico, à luz de parecer especializado.

As Juntas Médicas, para fins de enquadramento, dos casos de acentuada diminuição de acuidade visual após correção, que são equiparados à cegueira, considerará como limites:

**0,05 em cada um dos olhos; ou
0 em um olho e até 0,20 no outro.**

Os casos de perda de visão transitória não poderão ser enquadrados por esse critério, que só é aplicável aos casos de deficiência visual por afecção crônica, progressiva e irreversível, que venha ocasionar cegueira ou lesão a ela equiparada.

Nos casos de portadores de deficiência visual ou cegueira, as Juntas Médicas deverão levar em consideração os registros do exame Médico Admissional, para avaliar a situação do periciado.

ESPONDILITE ANQUILOSANTE

CONCEITUAÇÃO

Espondilite Anquilosante, inadequadamente denominada de Espondiloartrose Anquilosante nos textos legais, é uma doença inflamatória de etiologia desconhecida, que afeta principalmente as articulações sacroilíacas, interapofisárias e costovertebrais, os discos intervertebrais e o tecido conjuntivo frouxo que circunda os corpos vertebrais, entre estes e os ligamentos da coluna. O processo geralmente se inicia pelas sacroilíacas e, ascensionalmente, atinge, a coluna vertebral. Há grande tendência para a ossificação dos tecidos inflamados e desta resulta rigidez progressiva da coluna. As articulações periféricas também podem ser comprometidas, principalmente as das raízes dos membros (ombros e coxofemorais), daí a designação rizomélica.

Entende-se por Anquilose ou Ancilose, a rigidez ou fixação de uma articulação, reservando-se o conceito de anquilose óssea verdadeira à fixação completa de uma articulação em consequência de fusão patológica que a constitui.

Dentre as denominações comumente dadas à Espondilite Anquilosante podemos destacar as seguintes: espondilite (ou espondilose) rizomélica, doença de Pierre-Marie-Strumpell, Espondilite Ossificante Ligamentar, Síndrome (ou doença) de Veu-Bechterew, Espondilite Reumatóide, Espondilite Juvenil ou do adolescente, Espondiloartrite Anquilopoética, Espondilite Deformante, Espondilite Atrófica Ligamentar, Pelviespondilite Anquilosante, apesar de a Escola Francesa utilizar a designação de Pelviespondilite Reumática.

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

NORMAS DE PROCEDIMENTO DAS JUNTAS MÉDICAS

As Juntas Médicas procederão ao enquadramento legal dos portadores de Espondilite Anquilosante, pela incapacidade total e permanente acarretada por essa doença.

Ao firmarem seus laudos, as Juntas Médicas deverão fazer constar:

- a) O diagnóstico nosológico;
- b) A citação expressa da existência da anquilose da coluna vertebral;
- c) A citação dos segmentos da coluna vertebral atingidos .

As Juntas Médicas farão o enquadramento legal, equiparado ao da Espondiloartrose Anquilosante, aos portadores de artropatias degenerativas da coluna vertebral em estado grave, com extenso comprometimento e acentuado prejuízo à mobilidade da coluna vertebral.

As Juntas Médicas poderão aposentar por invalidez para o serviço os portadores de afecções da coluna vertebral que, por seu grave comprometimento e extensa imobilidade, se tornarem incapacitados para qualquer trabalho.

As Juntas Médicas, além dos elementos clínicos de que dispõem e dos pareceres da Medicina especializada, deverão ter os seguintes exames subsidiários elucidativos:

- a) comprovação radiológica de anquilose ou do comprometimento da coluna vertebral e bacia

- (articulações sacroilíacas);
- b) cintilografia óssea;
- c) teste sorológico específico HLA B27;
- d) tomografia computadorizada de articulações sacroilíacas e da coluna.

ESTADOS AVANÇADOS DA DOENÇA DE PAGET (OSTEÍTE DEFORMANTE)

CONCEITUAÇÃO

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

A evolução da doença, que pode ser acompanhada de Sintomatologia dolorosa e fraturas espontâneas, processa-se em duas fases:

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

Os Estados Avançados da Doença de Paget apresentam as seguintes características:

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

NORMAS DE PROCEDIMENTO DAS JUNTAS MÉDICAS

As formas localizadas da Doença de Paget, assintomáticas, detectadas em exames radiológicos de rotina, ou oligossintomáticas, não serão legalmente enquadradas nessa afecção.

As Juntas Médicas enquadrarão em incapacidade definitiva por Estados Avançados da Doença de Paget (Osteíte Deformante) os periciados que apresentarem as formas extensas da doença de acordo com as características já citadas na página anterior.

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

Ao firmarem o diagnóstico, as Juntas Médicas deverão registrar a extensão das deformidades e partes ósseas atingidas, o tipo de complicação que determinou a incapacidade e os exames subsidiários que comprovem o diagnóstico.

Exames subsidiários elucidativos e indispensáveis:

- a) exame radiológico;
- b) dosagem da fosfatase alcalina;
- c) dosagem da hidroxiprolina urinária nas 24 horas.

HANSENÍASE

CONCEITUAÇÃO:

A Hanseníase é uma doença infecto-contagiosa de notificação compulsória, causada pelo *Mycobacterium Leprae* (bacilo de Hansen), de curso crônico, podendo apresentar surtos reacionais intercorrentes.

Fica proscria a sinonímia "LEPRA" nos documentos oficiais do Serviço Médico.

CLASSIFICAÇÃO

A Hanseníase pode ser classificada nas seguintes formas clínicas:

- a) Paucibacilares (PB) Baciloscopia negativa
 - 1) Tuberculóide (T);
 - 2) Indeterminada (I) Mitsuda positiva.
- b) Multibacilares (MB) Baciloscopia positiva
 - 1) Virchowiana (V);
 - 2) Dimorfa (D);
 - 3) Indeterminada (I) Mitsuda negativa.

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

Principais características das formas clínicas de Hanseníase:

Hanseníase Tuberculóide (I) apresenta lesões tórpidas ou reacionais anestésicas ou hipostésicas circunscritas, acompanhadas de anidrose ou hipoidrose e alopecia com acentuada estabilidade dentro do tipo.

Lesões Tórpidas:

- a) reação de Mitsuda sempre positiva;
- b) o exame bacterioscópico revela ausência de bacilos nas lesões e na linfa cutânea;
- c) o exame histológico evidencia a presença de granuloma tipo tuberculóide de células epitelióides e células gigantes tipo Langhans;
- d) o exame clínico identifica as lesões em pápulas e tubérculos bem delimitados, nas quais as micropápulas, numerosas ou únicas, se desenvolvem em pele aparentemente normal ou sobre manchas do grupo indeterminado, ou sobre lesões tuberculóides em reação na fase involutiva. As micropápulas podem ser mais coradas que a pele normal, acastanhadas ou avermelhadas, com tendência a coalescerem. Podem apresentar descamação ptiirônica. Da erupção de novas pápulas resultam hansênides figuradas ou marginadas, anulares, ovais elípticas, bem delimitadas, de centro claro e bordas elevadas. A discreta atrofia na área central indica a progressão centrífuga da hansênide. São frequentes as neurites (mononeurites), podendo aparecer lesões cutâneas e espessamento dos nervos.

Lesões Reacionais:

- a) reação de Mitsuda positiva;
- b) o exame bacterioscópico pode ser positivo;
- c) o exame histológico revela o granuloma tuberculóide com edema inter e intracelular;
- d) o exame clínico mostra placas eritemato-violáceas edematosas, escamosas, elevadas, com contornos nítidos, de localização palmoplantar, periorifical da face e occipital, ou tomam extremidades dos membros à maneira de bota ou luva. As lesões geralmente são polimorfas e os tubérculos e extremidades dos membros à maneira de bota ou luva. As lesões geralmente são polimorfas e os tubérculos e nódulos eritematovioláceos são sugestivos do diagnóstico.

Hanseníase Virchowiana (V) apresenta lesões da pele, mucosas, olhos, nervos periféricos (polineurites) vísceras sempre tendentes à difusão e expansão.

Características principais:

- a) reação de Mitsuda negativa;
- b) o exame bacteriológico evidencia numerosos bacilos e globais nas lesões e na tifa cutânea;

c) ao exame histopatológico: infiltrado perineural, perivascular e periglandular dos histócitos contendo bacilos, com a formação de globias (células de Virchow degeneração lipóidica), formando a estrutura hansenomatosa patognomônica:

d) as lesões cutâneas, em geral anestésicas, consistem em: eritema e infiltração difusa, máculas eritemato-pigmentadas acompanhadas de tubérculos e nódulos formando hansenomas, alopecia (principalmente dos supercílios madarose), atrofia da pele e músculos, infiltração da face com intumescimento nasal e dos pavilhões auriculares (fácies leonina). No comprometimento das mucosas, é precoce o aparecimento de rinite posterior e destruição do septo nasal.

Podem ocorrer também lesões viscerais principalmente do fígado, baço e testículos. Os nervos mais comumente atingidos são: cubital, ciático, poplíteo externo e auricular magno.

Hanseníase Indeterminada (I) assim classificada porque na ausência de tratamento pode evoluir para forma Tuberculóide ou para Virchowiana. Apresenta as seguintes Características:

- reação de Mitsuda positiva ou negativa
- bacterioscopia das lesões e linfa negativos;
- histologicamente apresenta infiltrados discretos de linfócitos e fibroblastos ao redor dos capilares, anexos cutâneos e a terminações nervosas;
 - ao exame clínico encontram-se manchas com alteração da sensibilidade superficial, de bordas imprecisas, hipocrônicas ou ligeiramente eritematosas, acompanhadas de alopecia e distúrbios da sudorese (hipohidrose ou anidrose), isoladas, geralmente planas.

Hanseníase Dimorfa (D) Apresenta lesões cutâneas semelhantes tanto às da forma Virchowiana quanto às da forma Tuberculóide, e que tendem, freqüentemente, a evoluir para a forma Virchowiana na ausência de tratamento.

Apresenta as seguintes características

a) Clinicamente, as lesões dermatológicas lembram, pelo aspecto e distribuição, as da reação tuberculóide das quais se distinguem pela imprecisão dos limites externos e pela pigmentação ocre ou ferruginosa, dando uma tonalidade fulva ou acastanhada, próprias da Hanseníase Virchowiana. As lesões, geralmente cervicais, apresentam anestesia, anidrose e alopecia e cursam com surtos eruptivos. Mãos túmidas, cianóticas e com extremidades afiladas;

b) a bacterioscopia da pele é fortemente positiva nas lesões fulvas e menos nas lesões semelhante às da reação tuberculóide;

c) histologicamente, apresenta granulomas tuberculóides e infiltrados de células de Virchow;

d) reação de Mitsuda negativa ou fracamente positiva.

GRAUS DE INCAPACIDADE

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

GRAUS	MÃO	E	D	PÉ	E	D	OLHO	E	D
	Sinais e/ou sintomas			Sinais e/ou Sintomas			Sinais e/ou Sintomas		
0	Nenhum problema com as mãos devido à hanseníase			Nenhum problema com os pés devido à hanseníase			Nenhum problema com os olhos devido à hanseníase		
1	Anestesia			Anestesia			Anestesia		
2	Úlceras e lesões traumáticas, garra móvel da mão, reabsorção discreta			Úlceras trópicas, garra dos artelhos, pé caído, reabsorção discreta			Lagoftalmo e/ou ectrópio, triquiase, opacidade corneana		
3	Mão caída,			Contratura,			Acuidade visual		

	articulação anquilosada, reabsorção intensa			reabsorção intensa			menor que 0,1 ou não conta dedos a 6 metros	
SOMA	Maior atribuído	grau						

NORMAS DE PROCEDIMENTO DAS JUNTAS MÉDICAS

Os portadores de Hanseníase Indeterminada (I) realizarão tratamento sem afastamento do serviço ativo.

Os portadores de Hanseníase Tuberculóide (T) farão o tratamento sem o afastamento do serviço ativo com exceção dos casos em que:

- apresentarem manifestações cutâneas e/ou neurológicas incompatíveis com o desempenho de suas atividades;
- cursarem com surtos reacionais.

Os portadores de Hanseníase Virchowiana e Dimorfa farão o tratamento licenciados para tratamento de saúde, enquanto permanecem com as lesões em atividade ou quando evoluírem com surtos reacionais.

Os portadores de Hanseníase, mesmo nos casos de tratamento sem afastamento de suas atividades, obrigatoriamente, serão submetidos a exame médico nas seguintes situações:

- logo que firmado o diagnóstico;
- a cada 6 (seis) meses, no máximo, durante o tratamento;
- após o término de tratamento.

Todos os periciados portadores de Hanseníase, permanecerão sob rigoroso controle médico e deverão submeter-se a exames periódicos, determinados pela clínica especializada.

MAL DE PARKINSON

CONCEITUAÇÃO:

O Mal de Parkinson (Doença de Parkison), também chamado de Paralisia Agitante, é um quadro mórbido de etiologia ainda não estabelecido, resultante do comprometimento do Sistema Nervoso Extra-Piramidal e caracterizado pelos seguintes sinais:

- tremor hipercinesia, predominantemente postural, rítmica e não intencional, que diminui com a exceção de movimentos voluntários e pode cessar com o relaxamento total;
- rigidez muscular que é um sinal característico e eventualmente dominante, acompanhado do exagero de reflexos tônicos de postura e determina o aparecimento de movimentos em sucessão fracionária, conhecidos como "sinal da roda dentada" (Negro);
- oligocinesia - diminuição da atividade motora espontânea e conseqüente lentidão de movimentos.

A expressão Doença de Parkinson, por sua maior abrangência e por melhor atender aos conceitos científicos mais modernos sobre a enfermidade, é preferida à de Mal de Parkinson, como se refere a Lei 8112/90

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

NORMAS DE PROCEDIMENTO DAS JUNTAS MÉDICAS

Quaisquer das formas clínicas do Mal de Parkinson ou Parkinsonismo Secundário podem levar à incapacidade definitiva para o serviço, quando determinarem impedimento do periciado para o desempenho das atividades normais e não for possível o controle terapêutico da doença.

As Juntas Médicas não deverão enquadrar como incapazes definitivamente para o serviço os portadores de Parkinsonismo Secundário, derivado do uso de medicamentos quando, pela supressão destes, houver regressão e desaparecimento do quadro clínico.

As Juntas Médicas deverão especificar a etiologia da Síndrome de Parkinson responsável pela incapacidade do periciado, sempre que possível.

NEFROPATIA GRAVE

CONCEITUAÇÃO:

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

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

Manifestações Clínicas:

- a) ectoscópicas - palidez amarelada, edema, hemorragia cutânea e sinais de prurido;
- b) cardiovasculares - pericardite sero-fibrinosa, hipertensão arterial e insuficiência cardíaca;
- c) gastrointestinais - soluço, língua saburrosa, hálito amoniacal, náuseas, vômitos, hemorragias digestivas, diarreia ou obstipação;
- d) neurológicas - cefaléia, astenia, insônia, lassidão, tremor muscular, convulsão e coma;
- e) oftalmológicas - retinopatia hipertensiva e retinopatia arteriosclerótica;
- f) pulmonares - pulmão urêmico e derrame pleural;
- g) urinárias - nictúria.

Alterações nos exames complementares

a) alterações laboratoriais:

- 1) diminuição da filtração glomerular
- 2) diminuição da capacidade renal de diluição e concentração (isostenúria)
- 3) Aumento dos níveis sanguíneos de uréia, creatinina e ácido úrico;
- 4) distúrbios dos níveis de sódio, potássio, cálcio, fósforo, glicose e lipídios;
- 5) acidose

b) alteração nos exames por imagem:

- 1) diminuição das áreas renais nas patologias crônicas ou nas isquemias agudas intensas;
- 2) distorções da imagem normal conseqüente e cicatrizes, cistos, hematomas, abscessos ou tumores;
- 3) distensão do sistema coletor nos processos primariamente obstrutivos;

CLASSIFICAÇÃO

Considerado os níveis de alteração da função renal e o grau de insuficiência renal, as nefropatias cursam conforme a classificação que se segue:

- a) insuficiência renal leve - Classe I:
 - 1) filtração glomerular maior que 50 ml/min;
 - 2) creatinina sérica entre 1,4 e 3,5 mg%.
- b) insuficiência renal moderada - Classe II:
 - 1) filtração glomerular entre 20 e 50 ml/min;
 - 2) creatinina sérica entre 1,4 e 3,5 mg%.
- c) insuficiência renal severa - Classe III:
 - 1) filtração glomerular inferior a 20 ml/min;
 - 2) creatinina sérica acima de 3,5 mg%.

Principais grupos de patologias que cursam com insuficiência renal e são capazes de produzir Nefropatias Grave:

- a) glomerulonefrites crônicas conseqüentes a depósitos de imunocomplexos;
- b) glomerulonefrite crônica conseqüente a anticorpo anti membrana basal;
- c) vasculites;
- d) nefropatia diabética;
- e) nefropatia hipertensiva;
- f) amiloidose renal;
- g) nefropatia por irradiação;
- h) nefropatia conseqüente à obstrução do fluxo urinário;
- i) neoplasias (hipernefroma, linfoma, infiltração leucêmica); j) necrose cortical difusa;
- k) necrose medular bilateral;
- l) pielonefrite crônica;
- m) obstrução arterial e/ou venosa grave (aguda ou crônica);
- n) nefrite intersticial crônica;
- o) nefropatias hereditárias (rins policísticos, Alport e outras).

NORMAS DE PROCEDIMENTO DAS JUNTAS MÉDICAS

As nefropatias que cursam com insuficiência renal leve, Classe I, não são enquadradas como Nefropatias Graves, salvo quando firmado o diagnóstico de afecção irreversível de mau prognóstico.

As nefropatias que cursam com insuficiência renal moderada, Classe II, são enquadradas como Nefropatias Graves quando acompanhadas de sintomas e sinais que determinam a incapacidade laborativa do periciado.

As Nefropatias que cursam com insuficiência renal severa, Classe III, são enquadradas como Nefropatias Graves.

As Juntas Médicas deverão, identificar o tipo de nefropatia seguido da afirmativa ou negativa de Nefropatia Grave, para fim de enquadramento legal.

NEOPLASIA MALIGNA

CONCEITUAÇÃO:

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

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

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

AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA E ESTADIAMENTO

DIAGNÓSTICO - o diagnóstico e a extensão da neoplasia maligna podem ser determinados pelos seguintes meios propedêuticos:

- a) exame clínico especializado;
- b) exame radiológico;
- c) exames ultrassonográficos;
- d) exames endoscópicos;
- e) exames de tomografia computadorizada;
- f) exames de ressonância nuclear magnética;
- g) exames cintilográficos;

- h) pesquisa de marcadores tumorais específicos;
- i) biópsia da lesão com estudo histopatológico;
- j) exames citológicos.

São consideradas Neoplasias Malignas as relacionadas na Classificação Internacional de Doenças (CID).

NORMAS DE PROCEDIMENTO DAS JUNTAS MÉDICAS

As Juntas Médicas farão o enquadramento da invalidez definitiva por Neoplasia Maligna dos periciados quando manifestada a incapacidade para o trabalho em consequência de:

- a) neoplasia com mau prognóstico em curto prazo;
- b) forem portadores de neoplasias incuráveis;
- c) existência de seqüelas do tratamento, mesmo quando extirpada a lesão neoplásica maligna;
- d) recidiva ou metástase de neoplasia maligna.

Não serão considerados portadores de Neoplasia Maligna, os periciados submetidos a tratamentos cirúrgicos, radioterápicos e / ou quimioterápicos, que após acompanhamento clínico e laboratorial, não apresentarem evidência de atividade neoplásica.

As Juntas Médicas deverão citar no laudo da perícia o tipo anátomo-patológico da neoplasia, sua localização, presença ou não de metástases, estadiamento clínico e acrescentar a expressão Neoplasia Maligna para fins de enquadramento legal.

Nos casos de periciados que foram submetidos à ressecção cirúrgica de Neoplasia Maligna, as Juntas Médicas deverão registrar esse procedimento no prontuário do periciado

ALZHEIMER

CONCEITUAÇÃO:

A Doença de Alzheimer é uma doença crônica, incurável, progressiva, degenerativa, que provoca a deterioração das células do cérebro.

Seus principais sintomas são perda de memória, alteração de personalidade, incapacidade de compreender e julgar, dificuldades de locomoção e de comunicação.

SINAIS E SINTOMAS

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

Os portadores da Doença de Alzheimer podem ser classificados em 3 estágios:

Primeiro Estágio:

- Duração de 02 a 04 anos.
- Sintomas: esquecimento, confusão, esquecimento de fatos e lugares, perda de iniciativa; mudanças de humor e personalidade, dificuldade em lidar com dinheiro, irritação fácil.

Segundo Estágio:

- Duração de 02 a 10 anos.
- Sintomas: crescente perda de memória; tempo de atenção reduzido; dificuldade de reconhecer amigos e familiares; movimentos e falas repetitivos; agitação, choro, ocasionais tremores musculares e cacoetes; alterações de percepção e de ordem motora; dificuldade em organizar o raciocínio e pensar logicamente (não encontra as palavras

certas), dificuldades para ler, escrever e em lidar com números; incapacidade de assumir sua higiene pessoal sem ajuda externa, apresentando, às vezes, medo de banho; idéias fixas, delirantes e desconfiança.

- Precisa de supervisão em tempo integral.
-

Terceiro Estágio – estágio final

- Duração de 01 a 03 anos.
- Sintomas: não se reconhece no espelho, não reconhece a família, perda de peso mesmo com boa dieta, pouca capacidade tomar conta de si mesmo, não consegue se comunicar com palavras, não controla esfíncteres, apresenta dificuldade em segurar objetos e engolir, precisa de ajuda para todas as atividades comuns do ser humano tais como: comer, vestir-se, tomar banho, ir ao banheiro, etc; resmungo, geme, grita, produz sons com a boca, dorme demais. Risco de crises convulsivas pneumonias aspirativas, infecções urinárias e distúrbios metabólicos.

NORMAS E PROCEDIMENTOS DAS JUNTAS MÉDICAS

A análise pericial irá se basear no quadro demencial apresentado pelo periciado. Para considerá-lo como portador ou não de alienação mental deverá ser realizado o mini exame mental.

As Juntas Médicas, em constatando o quadro demencial, deverão fazer constar do laudo conclusivo a necessidade de curatela definitiva para o examinado.

PARALISIA IRREVERSÍVEL E INCAPACITANTE

CONCEITUAÇÃO

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

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

A paralisia será considerada irreversível e incapacitante quando, esgotados os recursos terapêuticos da medicina especializada e os prazos necessários à recuperação motora, permanecerem distúrbios graves e extensos que afetem a mobilidade, a sensibilidade e a troficidade e que tornem o periciado total e permanentemente impossibilitado para qualquer trabalho.

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

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

CLASSIFICAÇÃO DAS PARALISIAS

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

- a) paralisia isolada ou periférica - quando é atingido um músculo ou um grupo de músculos;
- b) monoplegia - quando são atingidos todos os músculos de um só membro;
- c) hemiplegia - quando são atingidos os membros superiores e inferiores do mesmo lado, com ou sem paralisia facial homo-lateral;
- e) paraplegia ou diplegia - quando são atingidos os membros superiores ou os inferiores, simultaneamente;
- f) triplegia - quando resulta da paralisia de três membros;
- g) tetraplegia - quando são atingidos os membros superiores e os inferiores.

NORMAS DE PROCEDIMENTO DAS JUNTAS MÉDICAS

Os portadores de paralisias irreversíveis e incapacitantes de um dos tipos descritos, satisfeitas as condições conceituais já especificadas, serão considerados total e permanentemente impossibilitados para qualquer trabalho.

As Juntas Médicas deverão citar nos laudos de perícia os diagnósticos, tanto o etiológico quanto o anatômico, caracterizando como condição indispensável para o enquadramento legal de que tratam estas normas, considerando como uma lesão definitiva e permanente.

ESCLEROSE MÚLTIPLA

CONCEITUAÇÃO

A Esclerose Múltipla é uma complexa doença degenerativa do sistema nervoso, de caráter geralmente progressivo, na qual a inflamação e desmielização da substância branca do sistema nervoso central resultam em vários sinais e sintomas neurológicos.

O processo patológico pode ocorrer em qualquer ponto do Sistema Nervoso Central, geralmente em adultos jovens, por volta de 30 anos, com um brusco decréscimo de seu aparecimento depois dos 45 anos.

A evolução da Esclerose Múltipla é variável e imprevisível.

Identificam-se dois cursos distintos:

- a. O primeiro denomina-se remitente recorrente, com sinais e sintomas neurológicos transitórios; é o mais comum.
- b. O segundo, denomina-se curso progressivo, quando os sintomas e sinais neurológicos se intensificam, sem remissão, sendo o quadro neurológico mais sistematizado e geralmente com comprometimento motor.

Evolução:

A evolução é variável e imprevisível após 10 anos de início dos sintomas, 500/0 dos pacientes poderão estar inaptos para as atividades profissionais e mesmo domésticas.

SINTOMAS E SINAIS

SINTOMAS: crises de longa duração, dormência, fraqueza, desequilíbrio, diplopia (visão dupla) ou baixa acuidade visual, disfunção intestinal e/ou de bexiga, vertigem, dor facial e nos braços, perda de audição, e outros. O calor ou a atividade intensa agrava a sintomatologia.

SINAIS: fraqueza simétrica (igual dos dois lados), ataxia (marcha anormal), acuidade visual diminuída (visão pobre), hiperreflexia (reflexos aumentados), perda sensitiva irregular.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

O diagnóstico diferencial é o primeiro passo já que várias são as doenças que têm uma apresentação temporal e espacial com os mesmos sinais e sintomas. As mais comuns são:

- Lupus eritematoso sistêmico;
- Rotura de disco intervertebral;
- Infecções;
- Derrame;
- Tumores.

AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA:

O diagnóstico e a confirmação da doença podem ser feitos mediante as informações da anamnese para caracterizar os surtos da doença e a frequência com que ocorrem, além de exames neurológicos para caracterizar a estrutura do sistema nervoso central lesada:

- o Ressonância magnética; e
- o Exame do líquido céfalo-raquidiano;
- o Exames laboratoriais (ex: Critérios de Poser et al, de 1983).

As diferentes classificações propostas distinguem um diagnóstico denominado definido, quando se identificam pelo menos dois surtos separados de pelo menos um mês, com sinais neurológicos revelando duas lesões distintas, em diferentes níveis topográficos da substância branca do sistema nervoso central.

NORMAS E PROCEDIMENTOS DAS JUNTAS MÉDICAS

As Juntas Médicas farão 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.

SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA (SIDA/AIDS)

CONCEITUAÇÃO:

A SIDA/AIDS é a manifestação mais grave da infecção pelo vírus da Imuno deficiência humana (HIV), caracterizando-se por apresentar uma severa deficiência imunológica, manifestada no aparecimento de inúmeras doenças oportunistas.

CLASSIFICAÇÃO E MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

A Infecção pelo HIV pode ser classificada de acordo com as manifestações clínicas e a contagem de linfócitos Cd4.

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

a) CATEGORIA "A":

- 1) infecção assintomática - Indivíduos com sorologia positiva para o HIV, sem apresentar sintomas;
- 2) linfadenopatia generalizada persistente - linfadenomegalia, envolvendo duas ou mais regiões extra-inguinais, com duração, no mínimo, de 3 (três) meses, associada à sorologia positiva para o HIV;
- 3) infecção aguda - síndrome de mononucleose, caracterizada por febre, linfadenomegalia e esplenomegalia. A sorologia para o HIV é negativa, tornando-se positiva geralmente duas a três semanas após o início do quadro clínico.

b) CATEGORIA "B" indivíduos com sorologia positiva para o HIV, sintomáticos, com as seguintes condições clínicas:

- 1) angiomatose bacilar;
- 2) candidíase orofaríngea;
- 4) sintomas constitucionais (febre maior que 38,5° C ou diarreia com mais de um mês de duração).

c) CATEGORIA "C" pacientes soropositivos e sintomáticos que apresentem infecções oportunistas ou neoplasias:

- 1) candidíase esofágica, traqueal ou brônquica;
- 2) criptococose extrapulmonar;
- 3) câncer cervical uterino;
- 4) reinite, esplenite ou hepatite por citomegalovírus;
- 5) herpes simples mucocutâneo com mais de um mês de evolução;

- 6) histoplasmose disseminada;
- 7) isosporíase crônica;
- 8) micobacteriose atípica;
- 9) tuberculose pulmonar ou extrapulmonar;
- 10) pneumonia por *P. carinii*;
- 11) pneumonia recorrente com mais de dois episódios em um ano;
- 12) bacteremia recorrente por "salmonella";
- 13) toxoplasmose cerebral;
- 14) leucoencefalopatia multifocal progressiva;
- 15) criptosporidiose intestinal crônica;
- 16) sarcoma de Kaposi;
- 17) linfoma de Burkitt, imunoblástico ou primário de cérebro;
- 18) encefalopatia pelo HIV;
- 19) síndrome consumptiva pelo HIV.

Quanto à contagem de linfócitos CD4, os pacientes pertencem aos seguintes grupos:

- a) Grupo I - Indivíduos com número absoluto de linfócitos T auxiliares (CD4) igual ou acima de 500/mm³;
- b) Grupo II - Indivíduos com número absoluto de linfócitos T auxiliares (Cd4) entre 200 e 499/mm³;
- c) Grupo III - Indivíduos com número absoluto de linfócitos T auxiliares (CD4) menor que 200/mm³.

QUADRO DE CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA E LABORATORIAL:

GRUPO	CD4	CATEGORIA CLÍNICA		
		A	B	C
I	500/mm ³	A1	B1	C1
II	200 – 499/mm ³	A2	B2	C2
III	200/mm ³	A3	B3	C3

NORMAS DE PROCEDIMENTO DAS JUNTAS MÉDICAS

Em princípio, serão considerados incapazes definitivamente para o serviço os periciados classificados nas categorias A3, B3 e C.

Em princípio, serão considerados incapazes temporariamente para o serviço os periciados classificados nas categorias A 1, A2, B1 e B2.

Os portadores assintomáticos ou em fase de **Linfoadenopatia Persistente Generalizada** (LPG) não serão afastados de suas atividades.

TUBERCULOSE ATIVA

CONCEITUAÇÃO:

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

CLASSIFICAÇÃO:

As lesões tuberculosas são classificadas em:

- a) Ativas;
- b) Inativas;

- c) De atividade indeterminada (potencial evolutivo incerto);
- d) Curadas.

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

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

AValiação DO POTENCIAL EVOLUTIVO DAS LESÕES TUBERCULOSAS

Avaliação clínica: presença de sinais e / ou sintomas relacionados com a doença.

Avaliação Imunológica: prova tuberculínica.

Avaliação bacteriológica: pesquisa do Mycobacterium Tuberculosis nos diferentes materiais, ao exame direto, cultura e inoculação em animais sensíveis.

Avaliação radiológica: estudo radiológico, com destaque dos aspectos infiltrativo, cavitário, nodular e linear, entre outros, e da característica de estabilidade ou instabilidade das lesões estudadas por meio de séries de radiografias, obtidas ao longo da evolução da doença.

Avaliação anátomo-patológica das peças de ressecção ou biópsia com pesquisa bacteriológica.

AValiação DO ESTADO EVOLUTIVO DAS LESÕES TUBERCULOSAS

As lesões ativas apresentam as seguintes características:

- a) bacteriológicas: presença do Mycobacterium Tuberculosis ao exame direto *e/ou* cultura de qualquer secreção ou material, colhidos para exame em amostras diferentes;
- b) radiológicas:
 - 1) caráter infiltrativo-inflamatório das lesões, evidenciado pela reação perifocal
 - 2) instabilidade das lesões infiltrativas, observadas nas séries de radiografias;
 - 3) presença de cavidades com paredes espessas, com ou sem nível líquido e reação perifocal;
 - 4) derrame pleural associado;
 - 5) complexo gânglio-pulmonar recente.
- c) imunológicas: evidência de viragem tuberculínica recente, na ausência de vacinação BCG (PPD reator forte).
- d) clínicas: presença de sinais clínicos e sintomas compatíveis com a doença tuberculosa.

As lesões inativas apresentam as seguintes características:

- a) bacteriológicas - ausência de Mycobacterium Tuberculosis no exame direto *e/ou* cultura do material colhido, com negatividade nos resultados dos exames mensais durante pelo menos 3 (três) meses, inclusive em material obtido por bronco-aspiração e negatividade dos exames das peças de ressecção;
- b) radiológicas - "limpeza" radiológica completa ou muito acentuada, onde os resíduos de lesão deverão apresentar-se estáveis em séries de radiografias. Se permanecerem cavidades, estas devem apresentar saneamento, paredes finas com nível líquido ou reação perifocal, aspectos císticos ou bulhoso;
- c) clínicas:
 - 1) ausência de sinais e sintomas relacionados à tuberculose;

- 2) existência eventual de manifestações de entidades mórbidas não tuberculosas conseqüentes à doença e à cura (resíduos sintomáticos com lesões tuberculosas inativas);
- 3) persistência das condições clínicas favoráveis com duração de, pelo menos, 3 (três) meses.

As lesões de atividade indeterminada são aquelas que, por faltarem elementos elucidativos para caracterizar seu estado evolutivo, são temporariamente assim classificadas, até que a obtenção de dados possibilite sua inclusão no grupo das lesões ativas ou no das inativas ou curadas.

As lesões tuberculosas são ditas curadas quando após o tratamento regular com esquema tríplice, durante 6 (seis) meses, apresentem características de inatividade já descritas.

NORMAS DE PROCEDIMENTO DAS JUNTAS MÉDICAS

Os periciados portadores de Tuberculose Ativa permanecerão em Licença para Tratamento de Saúde até que a baciloscopia no escarro seja negativa e que ocorra recuperação clínica do paciente, quando poderão ser julgados aptos, a despeito da necessidade da e continuação dos tratamentos, pelo tempo necessário.

De modo a comprovar, com segurança a atividade da doença, as Juntas Médicas deverão reavaliar o paciente ao término do tratamento, que tem a duração de 6 (seis) meses, e basear suas conclusões, obrigatoriamente, em observações clínicas e exames subsidiários.

O parecer definitivo a ser adotado pelas Juntas Médicas para os portadores de lesões tuberculosas aparentemente inativas ficará condicionado a um período de observação nunca inferior a 6 (seis) meses, contados a partir do término do tratamento.

Os periciados considerados curados, em período inferior a 2 (dois) anos de licença para tratamento de saúde, retornarão ao serviço ativo.

Os periciados que apresentarem lesões em atividade após 2 (dois) anos de afastamento do serviço para efetivo tratamento de saúde, e naqueles que ainda restarem dúvidas quanto ao estado evolutivo de suas lesões tuberculosas, após o mesmo período de tratamento, serão aposentados.

Os periciados que apresentarem "Cor pulmonale" crônico, acompanhado de sinais de insuficiência cardíaca congestiva, em conseqüência da gravidade ou extensão das lesões pulmonares tuberculosas, serão julgados de acordo com as normas referentes à Cardiopatia Grave, deste Manual.

Os periciados portadores de lesões tuberculosas extrapulmonares serão julgados pelas Juntas Médicas à luz dos critérios gerais descritos nestas Normas e daqueles pertinentes a cada caso, conforme parecer das clínicas especializadas.

As Juntas Médicas, ao concluírem pela incapacidade definitiva dos periciados, deverão fazer constar dos laudos o diagnóstico de "Tuberculose Ativa", complementando com os dados que permitam o enquadramento legal, aplicável ao caso.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

Para concessão de aposentadoria por invalidez, por qualquer das doenças especificadas na Lei nº 8.112/90, artigo 186, § 1º, o servidor tem que ser considerado inválido para o trabalho. Ser apenas acometido pela patologia não é a condição fundamental que assegura o direito à aposentadoria

Na avaliação da condição de sanidade mental do periciado, deverá ser aplicado o "**MINIMENTAL**"., que apresentamos detalhadamente a seguir.

MINIEXAME DO ESTADO MENTAL (Minimental)		
Nome do Paciente:		
Idade:	MÁXIMO	ESCORE
Anos de escolaridade com sucesso:		

Anos sem sucesso:		
Orientação: Em que ano, mês, dia do mês, dia da semana e hora aproximadamente estamos?	5	
Onde estamos: Estado, cidade, bairro, hospital e andar?	5	
Atenção e registro: Nomeie três objetos: eu o ajudo a dizer cada um deles. Então pergunte ao paciente todos os três após tê-los nomeado. Conte 1 ponto para cada resposta correta. Repita-os até que ele tenha aprendido os três.	3	
Atenção e cálculo: subtraia a partir de 100 de 7 em 7. Dê 1 ponto para cada subtração correta. Pare após 5 respostas. Alternativamente, peça para soletrar mundo de trás para frente (Para pacientes com nível de escolaridade inferior a quatro anos do 1º grau, deve ser solicitado para subtrair de 3 em 3 a partir de 20).	5	
Lembrança (memória imediata): Pergunte os três objetos repetidos a cima. Dê um ponto para cada objeto correto.	3	
Linguagem: <i>Mostre ao paciente uma caneta e um relógio e peça que eles os nomeie.</i>	2	
Peça ao paciente que repita: nem aqui, nem ali, nem lá	1	
Linguagem e praxia: Peça ao paciente para que siga um comando de três estágios: pegue este papel com sua mão direita, dobre-o ao meio (pode usar as duas mãos) e coloque-o no chão.	3	
Leia e obedeça ao seguinte: (escreva em uma folha de papel a frase: feche os olhos – mostre ao paciente e verifique se ele realiza a ordem contida na frase).	1	
Peça ao paciente que escreva uma frase completa. (A frase será considerada correta se contiver pelos menos três elementos sintáticos, isto é, sujeito, verbo e predicado). Por exemplo: “A vida é boa” – correto; “liberdade, paz” – errado.	1	
Copie um desenho (desenhe para o paciente dois pentágonos com pelo menos um ângulo entrecruzado entre eles)	1	
ESCORE TOTAL	30	
Resultados abaixo de 24 em indivíduos alfabetizados e não idosos, indicam déficit cognitivo que pode ser devido à demência ou delirium. Um resultado igual ou superior a 28 indica um estado cognitivo provavelmente normal. Escores de 24 a 27 são de difícil interpretação. Em indivíduos analfabetos, o ponto de corte é 13 e em indivíduos com escolaridade inferior à 8ª série o ponto de corte é 18. Relativize o valor do exame segundo os itens abaixo (nível de consciência, motivação e concentração, além da idade e escolaridade do paciente).		
Avalie durante o minimental o nível de concentração ao longo do continuum: <i> muito concentrado; _concentrado; _regular/concent; _pouco concentrado; _muito pouco concentrado.</i>		
Avalie durante o minimental o nível de motivação ao longo do continuum: <i>_muito motivado; _motivado; _regular/motivado; _pouco motivado; _muito pouco motivado.</i>		

X. OUTRAS PATOLOGIAS

Detalharemos, a seguir, características de outras patologias, que, embora não estejam entre as citadas na lei que concede aposentadoria integral, são de importância relevante por sua frequência, gravidade e /ou grau de comprometimento funcional do servidor.

HEPATOPATIA GRAVE

ABORDAGEM PERICIAL

Na maioria dos casos, o diagnóstico de doença hepática requer uma anamnese detalhada associada à inspeção física, além de suporte laboratorial e exames de imagem. A biópsia hepática, considerada padrão na avaliação das doenças hepáticas, atualmente é menos necessária para o diagnóstico do que para a classificação e o estadiamento da doença.

Doenças Hepáticas

Apresentam-se classificadas geralmente em duas categorias: hepatocelular e colestática (obstrutiva).

Nas doenças hepatocelulares (como a hepatite viral ou a doença hepática alcoólica), inflamação e necrose hepáticas predominam como características do dano celular.

Nas doenças colestáticas (como a colelitíase, a obstrução maligna, a cirrose biliar primária e muitas doenças induzidas por fármacos), sobressai a inibição da excreção biliar. A exuberância dos sintomas iniciais pode sugerir de imediato um diagnóstico, particularmente se os principais fatores de risco forem considerados, como a idade, o sexo e a história de exposição ou comportamentos de risco.

Os sintomas típicos da doença hepática incluem icterícia, fadiga, prurido, dor no quadrante superior direito, distensão abdominal e hemorragia digestiva. Frequentemente, porém, muitos pacientes que têm diagnóstico de doença hepática crônica não possuem sintomas. 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 admissão no emprego. Os múltiplos exames disponíveis facilitam a identificação de hepatopatia.

A constatação de 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 comemorativos presentes em maior ou menor grau nas doenças hepáticas.

Biopsia Hepática

Permanece como padrão na avaliação de pacientes com doença hepática, particularmente naqueles com hepatopatias crônicas o desempenha um papel importante no diagnóstico de hepatite auto-imune, cirrose biliar primária, esteato-hepatite não alcoólica e alcoólica e doença de Wilson. A biópsia hepática pode ser útil no diagnóstico de hepatite alcoólica aguda e nos casos agudos em que o diagnóstico permanece obscuro apesar da investigação clínica e laboratorial completas. Com maior frequência, é útil na avaliação da gravidade (grau) e do estágio da lesão hepática, na predição do prognóstico e na monitoração da resposta ao tratamento.

Diagnóstico de doença hepática

As causas mais comuns de doença hepática aguda são:

- hepatite viral (particularmente hepatite A, B e C, citomegalovírus, Epstein Baar vírus, etc.);
- hepatite criptogênica (causa desconhecida);
- lesão hepática induzida por fármacos, drogas ilícitas, chás;
- colangite supurativa aguda na obstrução biliar,
- doença de Wilson.

Manifestação agudizada:

- doença hepática alcoólica;
- hepatite auto-imune.

As causas mais comuns de doença hepática crônica na ordem geral de frequência são:

1. hepatite C crônica;
2. doença hepática alcoólica;
3. esteato-hepatite não alcoólica;
4. hepatite B crônica;
5. doença auto-imune;
6. colangite esclerosante;
7. cirrose biliar primária;
8. hemocromatose;
9. doença de Wilson.

Classificação e estadiamento das doenças hepáticas

A classificação se refere à avaliação da gravidade ou a atividade da doença hepática, se aguda ou crônica, ativa ou inativa, e leve, moderada ou grave. Os níveis séricos de aminotransferases são usados como meio conveniente e não-invasivo de acompanhar a atividade da doença, mas nem sempre são confiáveis para exprimir a real dimensão da enfermidade.

A biopsia hepática é também o meio mais preciso para avaliar o estágio da doença como precoce ou avançada, pré-cirrótica e cirrótica. O estadiamento da doença está ligado amplamente a moléstias hepáticas crônicas, nas quais pode ocorrer progressão para cirrose e doença hepática terminal, mas cujo desenvolvimento pode demorar anos ou décadas. As manifestações clínicas, os testes bioquímicos e os estudos de imagem hepática são úteis na avaliação do estágio, mas em geral se tornam anormais somente nas etapas intermediárias a tardias da cirrose. As fases iniciais da cirrose são geralmente detectáveis somente pela biopsia hepática, contudo alterações em métodos de imagem associados à hipertensão portal podem fortemente sugerir esse diagnóstico. Na avaliação do estágio, o grau de fibrose é geralmente usado como medida quantitativa. No caso da hepatite viral, a quantidade de fibrose portal é geralmente classificada de O a 4+ (índice de atividade histológica) ou escala de O a 6+ (escala de Ishak). As doenças metabólicas e tóxicas (drogas e álcool) tendem a ter agressão centrolobular com fibrose neste, na zona 111 do ácino hepático e fibrose perisinusoidal.

"Na avaliação do estágio ou estadiamento, o grau de alteração estrutural é semiquantificado de O a 4 ou de O a 6 (por diferentes classificações nacionais e estrangeiras). A presença e a localização da fibrose em relação aos vasos intra-hepáticos permitem o estadiamento, enquanto a semiquantificação do processo inflamatório fornece o grau de atividade histológica. A representatividade da biópsia, principalmente em hepatites crônicas, está diretamente relacionada com o comprimento maior do que 1,6cm e/ou com o número de espaços porta igual ou superior a 10" (Texto da Dr.a Edna Strauss - Sociedade de Hepatologia - fevereiro de 2005).

A cirrose também pode ser classificada clinicamente. Um sistema de estadiamento é a classificação de Child-Pugh modificada, com um sistema de escore de 5 a 15:

- escores de 5 a 6 são a classe A de Child-Pugh ("cirrose compensada");
- escores de 7 a 9 indicam a classe B;
- escores de 10 a 15 a classe C.

Esse sistema de pontuação foi desenvolvido inicialmente para estratificar pacientes em grupos de risco antes de serem submetidos à cirurgia de descompressão portal. Atualmente, é utilizado para avaliar o prognóstico da cirrose e orienta o critério padrão para inscrição no cadastro de transplante hepático (classe B de Child-Pugh). A classificação de Child-Pugh é um fator preditivo razoavelmente confiável de sobrevida de várias doenças hepáticas e antecipa a probabilidade de complicações importantes da cirrose, como sangramento por varizes e peritonite bacteriana espontânea.

"A Sociedade Brasileira de Hepatologia considera que, pelo princípio democrático, todo direito deve ser universal e igualmente distribuído. Direito não universal torna-se privilégio. Por outro lado, tratar de

maneira idêntica indivíduos incapacitados passa a ser injustiça e conceder-lhes um benefício pode ser a maneira de restaurar-lhes o direito.

Para definir de maneira exata e objetiva a dimensão dessa incapacidade em doenças do fígado, o benefício da lei, nestes casos deve ser concedido apenas aos hepatopatas crônicos que apresentem redução da capacidade produtiva e da qualidade de vida, com perspectiva inexorável dessa redução.

Assim, a única forma segura, passível de auditoria e, portanto, imune a fraudes é a aplicação de qualquer uma dentre as duas classificações de gravidade de doenças hepáticas amplamente conhecidas e utilizadas na medicina hepatológica, citadas a seguir:

1) Modelo Matemático MEID, o qual utiliza três parâmetros laboratoriais, que se obtêm facilmente na rotina de qualquer hepatopatia crônica. A equação para calcular o escore MEID = $\{9,57 \times \log_e \text{ creatinina mg/dl} + 3,78 \times \log_e \text{ bilirrubina (total) mg/dl} + 11,20 \times \log_e \text{ INR} + 6,42\}$, arredondando-se o resultado para o próximo número inteiro. O valor máximo de creatinina vai até 4 (ref. 1). A fórmula do MEID pode ser calculada, rapidamente, na internet, no *sítio* a seguir: www.mayoclinic.org/gi-rsttmodels.html.

Para conceituação de hepatopatia grave, aceita-se atualmente o valor do MEID igualou maior que 15 (ref 2).

Cirrose - classificação de Child-Pugh

Fator	1 ponto	2 pontos	3 pontos
Bilirrubina Sérica, mol/l (mg/dl)	< 34 «2,0)	34-51 (2,0-3,0)	> 51 (> 3,0)
Albumina sérica, g/l (g/dl)	> 35 (> 3,5)	30-35 (3,0-3,5)	< 30 « 3,0)
Ascite	Nenhuma	Facilmente controlada	Mal controlada
Distúrbio neurológico	Nenhum	Mínimo	Coma avançado
Tempo de protrombina (segundos de prolongamento) INR	0-4 <1,7	4-6 1,7 - 2,3	>6 >2,3

Nota: o escore de Child-Pugh é calculado somando os pontos dos cinco fatores e varia de 5 a 15. A classe de Child-Pugh é 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 esse nível é um critério aceito para inclusão no cadastro do transplante hepático.

2) Classificação Prognóstica de Child-Pugh, que utiliza três variáveis laboratoriais, igualmente rotineiras em qualquer hepatopatia crônica e duas variáveis de avaliação subjetiva, a saber: ascite e encefalopatia hepática. Dessa forma, considera-se como inquestionavelmente graves os pacientes da classe C, (maior ou igual a 10 pontos), conforme tabela a seguir.

Observação importante: casos raros, eventualmente não contemplados pelas classificações referidas, poderão ser reavaliados por comissão formada por três especialistas em Hepatologia" (texto do parecer da Sociedade Brasileira de Hepatologia).

Considera-se como portador de hepatopatia grave aquele que apresentar doença hepática que se enquadre na classe C do escore Child-Pugh ou MEID igual ou maior que 15 e os candidatos a transplante, já em lista, independentemente das classificações acima mencionadas. Quanto aos examinados inseridos na classe B, deverão ser avaliados por especialista na área, para seu enquadramento.

Os portadores de hepatopatia grave serão isentos do desconto de imposto de renda na fonte, em conformidade com o inciso XIV, do art. 6.º da lei nº 7.713, de 23 de dezembro de 1988, art. 47 da lei nº 8.541, de 23 de dezembro de 1992, art. 30 da lei n.O 9.250 de 26 de dezembro de 1995, e art. 1.º da lei n.O.11.052, de 29 de dezembro de 2004.

LESÕES POR ESFORÇO REPETITIVO – LER E DISTÚRBIOS OSTEOMUSCULARES RELACIONADOS AO TRABALHO – DORT

Áurea Magalhães
Psicóloga da área de Recursos Humanos da Anvisa

A revolução eletrônica é uma das grandes mudanças ocorridas no mundo do trabalho nas últimas décadas. Com o processo de automação crescente, um número cada vez maior de trabalhadores é levado a ficar mais e mais tempo sentado na frente de computadores. Esta atividade tem sido apontada como a principal causa das afecções conhecidas como LER/DORT. Estudos mostram no entanto que vários são os fatores existentes no trabalho que podem contribuir para incidência dessas afecções, tais como: fatores biomecânicos, psicosociais e fatores ligados à psicodinâmica do trabalho.

Os fatores biomecânicos incluem a repetitividade de movimentos, a manutenção de posturas inadequadas por tempo prolongado, o esforço físico e a invariabilidade das tarefas. Incluem também a pressão mecânica sobre determinados segmentos do corpo, o trabalho muscular estático, choques, impactos, vibração e frio.

Os fatores psico-sociais estão relacionados às interações hierárquicas com chefias imediatas e chefias superiores, às interações coletivas intra e intergrupos e às características individuais do trabalhador, como os traços de personalidade e o seu histórico de vida.

Os fatores ligados à psicodinâmica do trabalho estão relacionados à maneira como o trabalhador organiza suas atividades, de acordo com a liberdade que lhe é dada, à forma como ele percebe o seu trabalho e qual o significado deste para ele.

A organização do trabalho freqüentemente caracterizada pela exigência de ritmo intenso de trabalho; pelo conteúdo pobre das tarefas; pela pressão e autoritarismo das chefias; pelos mecanismos de avaliação, punição e controle da produção dos trabalhadores em busca da produtividade, desconsiderando a diversidade própria do homem; e pela falta de estratégias operatórias que permitam reduzir o custo humano do trabalho, configura um ambiente fértil para a incidência de LER/DORT.

Os sinais e sintomas de LER/DORT são múltiplos e diversificados, caracterizando-se por dor espontânea ou decorrente da movimentação; por alterações sensitivas de fraqueza, cansaço, dormência e formigamento; por sensação de diminuição, perda ou aumento de sensibilidade (agulhadas e choques); por dificuldades para o uso dos membros, particularmente das mãos; por sinais flogísticos e áreas de hipotrofia ou atrofia. (MS/OPAS, 2001)

Segundo a Norma Técnica do INSS sobre DORT, LER é “uma 'síndrome clínica', caracterizada por dor crônica, acompanhada ou não por alterações objetivas e que se manifesta principalmente no pescoço, cintura escapular e/ou membros superiores em decorrência do trabalho”. “O comportamento do indivíduo frente a um processo de dor não segue um curso linear, nem possui estágios bem definidos”. Ao contrário, ele depende da interação de vários elementos, como a percepção do sintoma, sua interpretação, expressão e comportamentos de defesa. Nesse contexto, os fatores culturais e sociais devem ser considerados. A sensação dolorosa é acompanhada de reações cognitivas e emocionais, podendo explicar o comportamento dos indivíduos.

A dor não deve ser analisada somente do ponto de vista fisiológico, ou seja, como resultado de uma estimulação dos receptores do sistema sensorial. Ela envolve uma conceituação mais ampla, pois o tipo e a intensidade com que é sentida e expressada dependem da experiência prévia do indivíduo e da sua percepção quanto às implicações futuras da injúria. Segundo resume Moon:

- dor não é uma sensação simples, mas uma experiência sensorial e emocional complexa;
- dor aguda e crônica diferem-se fundamentalmente;
- dor que cursa com neurofisiologia central reflete componentes sensoriais discriminativos (localização e qualidade) e afetivo-emocionais;
- os conhecimentos atuais em neurofisiologia permitem hipóteses ainda não completamente testadas;
- a ausência de danos ou de lesões físicas não justifica a aceitação de que a dor seja menos real ou menos severa “. (MS/OPAS, 2001)”.

De difícil diagnóstico, particularmente em casos subagudos e crônicos, a LER/DORT tem sido objeto de questionamento, apesar das evidências epidemiológicas e ergonômicas, no que diz respeito ao nexo com o trabalho, principalmente porque, de acordo com a NT/DORT - INSS, o que deve ser considerado “...

não é tanto a integridade física ou funcional, mas a integridade produtiva, isto é, o indivíduo enquanto portador de uma determinada potencialidade de trabalho (rendimento), não basta à existência da doença, mas sim a repercussão da doença em sua capacidade laborativa...”.

O termo DORT não é aceito como diagnóstico clínico, fazendo-se necessário ser mais específico, definindo exatamente qual das doenças está sendo referida e que deverá constar no LEM (Laudo de Exame Médico), inclusive com os exames subsidiários pertinentes. “Isto significa que haverá dois momentos: um primeiro, em que se define uma doença ou um quadro clínico específico, e um segundo, em que se estabelece ou não a relação com o trabalho, que, caso confirmado, define -se como DORT”. (INSS, 1988).

Diante do exposto, pode-se dizer que a complexidade do fenômeno da LER/DORT se deve à heterogeneidade do quadro clínico, à dificuldade de diagnóstico em alguns casos, às influências sócio-econômicas no reconhecimento como doença ocupacional, às repercussões psico-sociais, aos conflitos de interesses, e à dificuldade de tratamento e reabilitação.

A contribuição da análise ergonômica do trabalho, no que diz respeito a LER/DORT, reside no fato de que os estudos sistemáticos das situações de trabalho, através da análise ergonômica da atividade, têm como objetivo compreender o esforço despendido pelo trabalhador no desenvolvimento e realização de suas tarefas. Por isso, os fatores de risco devem ser avaliados no contexto organizacional onde o trabalhador está inserido.

A intervenção sobre os ambientes e condições de trabalho deve basear-se na Análise Ergonômica do Trabalho – AET, nas medidas de proteção coletiva e individual implementadas pela empresa/organização, e nas estratégias de defesa individuais e/ou coletivas adotadas pelos trabalhadores.

“A construção de ambientes de trabalho saudáveis tem sido apontada como uma alternativa de programa para a prevenção de LER/DORT e um facilitador para o retorno de lesionados ao trabalho”.

As inúmeras dificuldades que envolvem o manejo de LER/DORT somente serão superadas à medida que os distintos atores sociais envolvidos adotarem uma postura desarmada e respeitosa para lidar com os diferentes olhares, interesses e limites intrínsecos à questão”. (MS/OPAS, 2001).

Assim, o enfrentamento desse problema de saúde pública é um desafio colocado aos empregadores, aos trabalhadores e suas representações sindicais, às universidades, aos serviços de saúde e ao poder público.

XI. FORMULÁRIOS

Segue os formulários administrativos para aplicação do presente Manual.

 Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão Secretaria de Recursos Humanos Departamento de Relações de Trabalho Coordenação Geral de Seguridade Social e Benefícios do Servidor		REQUERIMENTO PARA SEGURIDADE SOCIAL			
IDENTIFICAÇÃO					
1. Matrícula SIAPE		2. Número do Processo:			
3. Nome do Servidor					
3.1. E-Mail:					
4. Cargo / função / emprego		5. Jornada de Trabalho			
6. Órgão de Exercício		6.1. CNAE	7. Data de Admissão		
7. Categoria Funcional	8. Lotação	8.1. Código SIAPE	9. Telefone		
OBS: CADA REQUERIMENTO SE REFERE A UM ÚNICO ASSUNTO. LEIA SEMPRE AS INSTRUÇÕES PERTINENTES A CADA ASSUNTO					
10. Ao dirigente de Recursos Humanos: <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Aposentadoria Compulsória; <input type="checkbox"/> Aposentadoria Voluntária; <input type="checkbox"/> Aposentadoria por invalidez; <input type="checkbox"/> Aposentadoria Especial; <input type="checkbox"/> Aposentadoria Voluntária Proporcional; <input type="checkbox"/> Caracterização de deficiência física; <input type="checkbox"/> Licença para tratamento de saúde; <input type="checkbox"/> Licença Gestante; <input type="checkbox"/> Outra (especificar): _____; </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Licença para acompanhamento de pessoa doente na família; <input type="checkbox"/> Licença Nojo; <input type="checkbox"/> Solicitação de horário especial para acompanhamento de pessoa doente na família; <input type="checkbox"/> Licença Gala; <input type="checkbox"/> Licença Paternidade; <input type="checkbox"/> Remoção por motivo de saúde; <input type="checkbox"/> Revisão de aposentadoria. </td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> Aposentadoria Compulsória; <input type="checkbox"/> Aposentadoria Voluntária; <input type="checkbox"/> Aposentadoria por invalidez; <input type="checkbox"/> Aposentadoria Especial; <input type="checkbox"/> Aposentadoria Voluntária Proporcional; <input type="checkbox"/> Caracterização de deficiência física; <input type="checkbox"/> Licença para tratamento de saúde; <input type="checkbox"/> Licença Gestante; <input type="checkbox"/> Outra (especificar): _____;	<input type="checkbox"/> Licença para acompanhamento de pessoa doente na família; <input type="checkbox"/> Licença Nojo; <input type="checkbox"/> Solicitação de horário especial para acompanhamento de pessoa doente na família; <input type="checkbox"/> Licença Gala; <input type="checkbox"/> Licença Paternidade; <input type="checkbox"/> Remoção por motivo de saúde; <input type="checkbox"/> Revisão de aposentadoria.
<input type="checkbox"/> Aposentadoria Compulsória; <input type="checkbox"/> Aposentadoria Voluntária; <input type="checkbox"/> Aposentadoria por invalidez; <input type="checkbox"/> Aposentadoria Especial; <input type="checkbox"/> Aposentadoria Voluntária Proporcional; <input type="checkbox"/> Caracterização de deficiência física; <input type="checkbox"/> Licença para tratamento de saúde; <input type="checkbox"/> Licença Gestante; <input type="checkbox"/> Outra (especificar): _____;	<input type="checkbox"/> Licença para acompanhamento de pessoa doente na família; <input type="checkbox"/> Licença Nojo; <input type="checkbox"/> Solicitação de horário especial para acompanhamento de pessoa doente na família; <input type="checkbox"/> Licença Gala; <input type="checkbox"/> Licença Paternidade; <input type="checkbox"/> Remoção por motivo de saúde; <input type="checkbox"/> Revisão de aposentadoria.				
11. Indique aqui os documentos anexados (não deixar de citar): <p>O Atestado Médico deverá obrigatoriamente conter o diagnóstico da doença por extenso ou codificado através do CID com concordância do paciente, sob pena de não ser atendido em exame médico-pericial.</p>					
12. Observações					
13. Local e Data		Assinatura e matrícula do requerente			
14. Ciência da Chefia Imediata		15. Recursos Humanos Encaminhe-se a Unidade / órgão / entidade Em ____ / ____ / ____			
		Assinatura e matrícula SIAPE do Responsável pelo Dirigente de Recursos Humanos			
Assinatura e matrícula da chefia imediata					

ORIENTAÇÃO E LEGENDA	
campo	
1.	Informar a matrícula SIAPE do servidor
2.	Informar o número do processo que foi gerado pelo CPROD (deve ser preenchido pelo setorial de recursos humanos)
3.	Informar o nome completo do servidor sem reduções (ex. Maria P. de O. Machado)
3.1.	Informar o e-mail, se possuir, para que possa fazer contato, pode ser o do trabalho ou de casa
4.	Informar qual é o cargo, função ou emprego que exerce, conforme concurso público que realizou ou Contrato de trabalho que assinou. No caso de função de confiança (DAS) informar tanto o cargo como a função.
5.	Indicar se a jornada é de 20, 30, 40 horas ou outra
6.	Informar qual é o órgão de exercício de seu cargo
6.1.	Informar qual é o código CNAE do órgão (deve ser preenchido pelo setorial de recursos humanos)
7.	Informar se é servidor: 1-efetivo / 2- em estágio probatório / 3-comissionado sem vínculo efetivo / 4- aposentado / 5- contrato temporário / 6- residente / 7- outro, especificar.
8.	Indicar em que unidade está lotado ou prestando serviço.
8.1	Informar qual é o código SIAPE da lotação (deve ser preenchido pelo setorial de recursos humanos)
9.	Informar o telefone residencial
10.	Indicar o objetivo do requerimento (um único pedido por requerimento)
11.	Anexar cópia de todos os documentos que achar conveniente / necessário para satisfazer o seu pedido, será solicitado os originais quando da necessidade de comprovação.
12.	Indicar quaisquer informações que julgue relevante para o andamento do caso.
13.	Indicar local e data de realização do requerimento, assinado pelo servidor.
14.	Ciência da chefia imediata. A chefia não tem o poder de negar encaminhamento do requerimento.
15	Informar qual o encaminhamento que o setorial de recursos humanos deu para o pedido.



Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão
Secretaria de Recursos Humanos
Departamento de Relações de Trabalho
Coordenação Geral de Segurança Social e Benefícios do Servidor

COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE EM SERVIÇO

IDENTIFICAÇÃO

1. Nome do Servidor			2. Matrícula SIAPE		
3. Emitente		4. Data de Admissão		5. Tipo de Acidente	
6. Órgão ou Entidade na qual ocorreu o acidente			7. Código SIAPE		8. CNAE
9. Cidade	10. Lotação		11. Código lotação	12. Categoria Funcional	13. Sexo
14. Cargo / função / emprego		15. CBO	16. Nome da Chefia Imediata		
17. Recebe: Insalubridade / Periculosidade / Irradiação Ionizante / Gratificação de Raios-X / Não.					
18. Data do acidente ____/____/20__		19. Horário do Acidente		20. após quantas horas trabalhadas?	
21. último dia trabalhado ____/____/20__		22. Característica do acidente com afastamento com lesão com óbito sem afastamento sem lesão			23. Teve Testemunhas: sim / Não
24. Parte(s) do corpo atingida(s): cabeça (exceto olhos) / olhos / tronco frente / tronco costa / Membros superiores (exceto mãos) / mãos / membros inferiores (exceto pés) / pés / aparelho respiratório / outros sistemas e aparelhos / múltiplas partes.					
25. Descrição do acidente (preenchimento obrigatório)					
Declaro serem verdadeiras todas as informações aqui prestadas, assumindo total responsabilidade pelas mesmas.			Chefia imediata, ciência.		
Assinatura do emitente			Assinatura da chefia (matrícula SIAPE)		
EQUIPE DE VIGILÂNCIA À SAÚDE DO SERVIDOR – CARACTERIZAÇÃO DO ACIDENTE					
26. Foi realizada perícia no local do acidente: sim / Não					
27. Existe Laudo de avaliação ambiental: sim / Não					
27.1 Se não, uma avaliação preliminar constata:					
27.1.1. físico: ruído contínuo / ruído de impacto / calor / frio / umidade / radiação ionizante / ar comprimido / radiações não ionizantes / vibrações;					
27.1.2. químico: agentes químicos / aerodispersóides / atividades e operações com agentes químicos;					
27.1.3. biológico: sim; 27.1.4. Mecânico: sim.					
27.1.5. ergonômico: iluminação / mobiliário / organização do trabalho					
28. O ambiente pode ter sido fator para a ocorrência do acidente em serviço: sim / Não					
29. É caracterizado como acidente em serviço: sim / Não			30. Encaminhar para o Serviço médico e de perícia: sim / Não		
31. Recomendações: (anexar)					
30. Local e Data			Encaminhe-se a Unidade / órgão / entidade Em ____ / ____ / ____		
Assinatura e matrícula SIAPE do Responsável pela Equipe de Vigilância à saúde					

ORIENTAÇÃO LEGENDA

- 1 – Informar o nome completo do servidor sem reduções.
- 2 – Informar o número da matrícula do SIAPE do servidor.
- 3 – Informar se o emitente é: o próprio servidor, à chefia imediata, família, sindicato ou autoridade pública.
- 4 – Informar a data de admissão do servidor no serviço público.
- 5 – Informar se o acidente é: típico, de trajeto ou doença ocupacional/profissional.
- 6 – Informar o órgão ou entidade onde o servidor sofreu o acidente – no caso de típico ou doença. Trajeto, favor desconsiderar o item.
- 7 – Idem 2 Solicitação de Readaptação – no caso de trajeto desconsiderar o item.
- 8 – Informar o CNAE em função da principal atividade desenvolvida pelo órgão ou entidade.
- 9 – Informar a cidade de ocorrência do acidente.
- 10 – Idem 6 da Convocação do Servidor.
- 11 – Informar o código SIAPE de lotação do servidor.
- 12 – Informar se o servidor é: estatutário, celetista, cedido e/ou requisitado.
- 13 – Informar: se é masculino ou feminino.
- 14 – Idem 4 do Requerimento para Seguridade Social.
- 15 – Enquadramento de atividade desenvolvida pelo servidor junto a Classificação Brasileira de Ocupações.
- 16 – Idem 1
- 17 – Informar se o servidor recebe algum destes adicionais.
- 18 – Informar a data do acidente.
- 19 – Informar a hora do acidente – no caso de acidente típico.
- 20 – Informar quantas horas após iniciar o serviço ocorreu o acidente. No caso de acidente típico, trajeto e doença desconsiderar o item.
- 21 – Informar qual o último dia efetivamente trabalhado pelo servidor, mesmo que parcialmente.
- 22 – Informar as características do acidente: se provocou ou não afastamento das atividades laborais, se causou lesão física aparente, ou se provocou óbito do servidor.
- 23 – Informar se teve ou não testemunhas, quando da ocorrência do acidente.
- 24 – Informar a parte do corpo atingida no acidente.
- 25 – Descrever de forma sucinta o acidente.

OBSERVAÇÃO: Os itens de 26 a 30 deverão ser preenchidos pela equipe de Vigilância à Saúde do Servidor.

- 26 – Informar se a equipe foi ao local do acidente – Acidente de trajeto consignar. Não se aplica.
- 27 – Informar se existe Laudo de Avaliação Ambiental, no caso de acidente de trajeto consignar. Não se aplica.
- 27.1 – Se não existe laudo, informar de forma preliminar os riscos identificados no ambiente de ocorrência do acidente.
- 28 – Informar se o ambiente de trabalho pode ter “ajudado” (concausa) a ocorrência do acidente.
- 29 – Informar se o acidente pode ser considerado como acidente em serviço.
- 30 - Informar se é necessário o encaminhamento para o serviço médico.
- 31 – Consignar as recomendações necessárias para que causas semelhantes não ocorram. (Anexar as recomendações caso o espaço seja exigido).



Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão
Secretaria de Recursos Humanos
Departamento de Relações de Trabalho
Coordenação Geral de Segurança Social e Benefícios do Servidor

LAUDO DE EXAME MÉDICO-PERICIAL

IDENTIFICAÇÃO

1. Nome do Servidor				2. Laudo de número:	
3. Órgão ou Entidade				4. Código SIAPE	
5. Endereço				6. Matrícula SIAPE	
7. Telefone	8. Estado Civil	9. Sexo	10. Data de Nascimento	11. Lotação	
12. Cargo / função / emprego			13. data de Admissão	14. Motivo	
15. Informações Complementares (para licença por motivo de doença em familiar)					
15.1. Nome do Familiar:					
15.2. Grau de parentesco:					
16. último dia trabalhado		17. Data do início do agravo		18. data do início da incapacidade	
____ / ____ / 20__		____ / ____ / 20__		____ / ____ / 20__	

HISTÓRICO

19. História da doença atual					
20. Antecedentes pessoais					

EXAME FÍSICO

21. Peso (kg)	22. Altura (m)	23. Temperatura	24. Frequência Cardíaca	25. pressão arterial	
26. Dados objetivos do exame					
27. requisições / resultados de exames					
28. Pareceres de outros Profissionais da equipe multiprofissional de saúde, anexados:					

AMBIENTE LABORAL

29. Histórico Ocupacional:					
----------------------------	--	--	--	--	--

30. Riscos identificados no ambiente de trabalho atual:

sim / não / prejudicado / Não se aplica

30.1. Se sim:

30.1.1. físico: ruído contínuo / ruído de impacto / calor / frio / umidade / radiação ionizante / ar comprimido / radiações não ionizantes / vibrações;

30.1.2. **químico:** agentes químicos / aerodispersóides / atividades e operações com agentes químicos;

30.1.3. **biológico:** sim;

30.1.4. **ergonômico:** iluminação / mobiliário / organização do trabalho

30.1.5. **Mecânico:** sim.

30.2. Laudo de avaliação ambiental nº _____ de ____ / ____ / _____, feito por:

30.3. **Prejudicado:** não existência de laudo / outro

31. Diagnóstico provável

31.1. CID-10

31.2. É necessário o parecer de especialista? sim / não / prejudicado / Não se aplica

31.3. Qual(is): _____

anexar a este laudo

QUESITOS

31. "DIANTE DO RESULTADO DO EXAME, ESTÁ O SERVIDOR TEMPORÁRIAMENTE INCAPAZ PARA O EXERCÍCIO DO CARGO?"

sim / não / prejudicado / Não se aplica

31.1. EM CASO AFIRMATIVO, NECESSITA O SERVIDOR DE LICENÇA?"

inicial / prorrogação

31.2. Em caso de prejudicado, O servidor necessita ser reabilitado? sim / não

32. POR QUANTO TEMPO? (____) _____ DIAS, A PARTIR DE ____/ __/ ____ ATÉ ____/ ____/ ____.

33. ESTÁ O EXAMINADO INVÁLIDO PARA O EXERCÍCIO DE SUAS FUNÇÕES OU OUTRAS CORRELATAS?

33.1. sim / não / prejudicado / Não se aplica. A PARTIR DE ____/____/____.

34. O servidor necessita ser readaptado? sim / não

35. A DOENÇA SE ENQUADRA NO ART. 186, INCISO I, § 1º, DA LEI Nº 8.112/90?". sim / não.

35.1. EM CASO AFIRMATIVO A PARTIR DE ____/____/____.

35.2. QUAL HIPÓTESE DIAGNÓSTICA (POR EXTENSO): _____

36. O SERVIDOR É PORTADOR DE DOENÇA INCAPACITANTE, CONFORME PREVISTO NESTE MANUAL? sim / não.

37. A MOLÉSTIA É DECORRENTE DE ACIDENTE DE TRABALHO OU DOENÇA PROFISSIONAL / OCUPACIONAL?". INCISO I, ART 186, DA LEI 8112/90. sim / não.

38. DEVERÁ SER COMUNICADO AO ÓRGÃO HABILITADOR DA PROFISSÃO? sim / não.

39. DEVERÁ SER EXIGIDA A NOMEAÇÃO DE CURADOR? sim / não.

40. O CANDIDATO TEM CONDIÇÕES DE SAÚDE PARA O EXERCÍCIO DO CARGO? sim / não / com limitação

41. É INDISPENSÁVEL À ASSISTÊNCIA PESSOAL E CONSTANTE DO SERVIDOR À PESSOA DA FAMÍLIA EXAMINADA?". sim / não / prejudicado.

41.1. Em caso afirmativo, deve ser concedida licença por (____) DIAS, A PARTIR DE ____/ __/ ____

42. O PEDIDO DE REMOÇÃO JUSTIFICA-SE SOB O PONTO DE VISTA MÉDICO?". sim / não / prejudicado.

43. O examinado esta inválido? totalmente / parcialmente / permanente / temporariamente / não / prejudicado.

44. É o examinado portador de deficiência?
permanente / incapacitante / visual / auditiva / física / mental / múltipla.

45. O ambiente, processo ou organização de trabalho, podem ser causa ou concausa do afastamento do servidor?
sim / não / prejudicado / Não se aplica

PARECER DO SERVIÇO DE SAÚDE E PERÍCIA

46. Parecer da Junta Médica ou do Médico Perito:

47. 1-O servidor deve ser afastado / 2- o servidor deve continuar em exercício / 3- o servidor deve ser aposentado por invalidez / 4- o servidor deve ser reavaliado em .. / 5- o servidor deve reassumir em ... / 6- o servidor deve ser encaminhado para

47.1. ___ / ___ / ___ a ___ / ___ / ___ , no caso do 6, para : _____

48. Enquadramento Legal

Artigos da Lei 8.112/90: 83; 83/82; 202; 202/82; 207 (120 dias); 207 § 2º (120 dias);
207 § 3º (30 dias); 207 § 3º/82 (120 dias); 207 § 4º (30 dias);
210 (90 ou 30 dias); 211 / 82; 211-11/82; outros.

49. Local e Data

Assinatura e matrícula SIAPE do 1º Perito

Assinatura e matrícula SIAPE do 2º Perito

Assinatura e matrícula SIAPE do 3º Perito

49. Observações:

Encaminhe-se a Unidade / órgão / entidade

Em ___ / ___ / _____

Assinatura e matrícula SIAPE do Responsável pelo serviço de saúde e de perícia

50. Homologação

mantido o prazo / alterado o prazo

ORIENTAÇÃO E LEGENDA

Informar o nome completo do servidor sem reduções (ex: Maria P. de O. Machado).

Informar número do laudo.

Informar qual é o órgão de exercício de seu cargo.

Informar qual o código SIAPE da lotação (deve ser preenchido pelo setorial de recursos humanos)-

informar se o servidor: 1 – efetivo/ 2 – em estágio probatório/ 3 – comissionado sem vínculo efetivo/ 4 – aposentado/ 5 – contrato temporário/ 6 – outro, especificar.

Endereço completo do servidor – para onde é enviado o contracheque.

Informar a matrícula SIAPE do servidor.

Telefone residencial – acrescentar celular se possuir.

Estado Civil.

Sexo.

Data de Nascimento – 00/00/0000

Lotação do servidor- indicar em que unidade onde está lotado ou prestando serviço.

12- Informar qual é o cargo, função ou emprego que exerce, conforme concurso público que realizou ou Contrato de trabalho que assinou. No caso de função de confiança (DAS) informar tanto o cargo como a função.

Data de admissão – 00/00/0000.

- Indicar o objetivo do requerimento (um único pedido por requerimento).

15 –15.1 – Consignar o nome do familiar sem reduções.

15.2 – Consignar filho, cônjuge/companheiro, irmão, dependente econômico de servidor, avós.

16 – Informar o último dia efetivamente trabalhado.

17 – Informar quando ocorreu o agravo, e no caso de doença, quando foi “determinado” o diagnóstico.

18 – Informar quando devido o agravo, o servidor ficou incapaz para realizar suas atividades laborais.

19 – Anamnese do servidor.

20 – Informar se existe histórico familiar que poderia influenciar na ocorrência do agravo/doença.

21 – Informar o peso do servidor (ou familiar avaliado) em Kg, devendo consignar duas casas decimais.

22 – Informar a altura do servidor (ou familiar avaliado), em metros, devendo consignar duas casas decimais.

23 – Informar a temperatura corporal do servidor (ou familiar avaliado) no momento do exame.

24 – Informar a frequência cardíaca do servidor (ou familiar avaliado) no momento do exame.

25 – Informar a pressão arterial do servidor no momento do exame.

25.1 – Consignar se o servidor (ou familiar avaliado), utiliza remédio para pressão.

26 – Descrever de forma sucinta os procedimentos realizados no exame e suas considerações.

27 – Consignar as requisições (avaliações de outros especialistas, profissionais de saúde, exames laboratoriais) necessárias. No caso de retorno consignar o(s) resultado(s) do(s) exame(s) solicitados, devendo ser apensados ao Laudo caso à equipe julgue necessário.

28 – Informar se há outros Laudos/Pareceres apensados a este Laudo, e o nome do profissional que deu o parecer, ex: uma CAS.

29 – Consignar a história laboral do servidor, com o objetivo de identificar possível nexos com a patologia/agravo atual.

30 – consignar se existe risco determinado por meio de Laudo de Avaliação Ambiental, caso não exista Laudo, o item deverá ser caracterizado como Prejudicado.

O item Não se Aplica, só deve ser consignado em avaliações que independem do ambiente laboral (aposentadoria compulsória, licença por motivo de doença na família).

31 – Consignar o diagnóstico provável do agravo ou doença.

31.1 – Consignar o CID -10 correspondente (pode ser mais de 1).

31.2 – Consignar se é necessário para consolidar o diagnóstico o parecer de outro profissional. Consignar Prejudicado caso haja necessidade de parecer, mas o órgão ou entidade não possui o profissional necessário.

De 32 à 46 Explicitado no corpo do Manual para os serviços.

47 – Consignar de forma clara e sucinta a decisão da Junta de Perícia Médica ou do médico perito na avaliação em tela.

48 – Consignar objetivamente encaminhamento administrativo, que deverá ser dado ao servidor.

48.1 – Especificar as datas de afastamento, e no caso de consignar, indicar para onde o servidor deve ser encaminhado (outra especialidade/serviço).

49 – Informar o enquadramento legal da decisão do perito ou junta.

50 – Informar local e data da realização do exame.

51 – Consignar se houve ou não alteração de prazo desde o último LEMP.



Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão
Secretaria de Recursos Humanos
Departamento de Relações de Trabalho
Coordenação Geral de Seguridade Social e Benefícios do Servidor

RESULTADO DE EXAME MÉDICO-PERICIAL

IDENTIFICAÇÃO

1. Matrícula SIAPE		2. Número do Laudo de Exame Médico Pericial:	
3. Nome do Servidor			
4. Local e data		5. Lotação	5.1. Código SIAPE da lotação
O resultado da perícia médica a que o servidor / familiar se submeteu, nesta data para fins de licença, está indicado na conclusão abaixo:		() Inicial () Prorrogação	
() Tipo 1. não caracterizado		() Tipo 2. Necessidade de investigação com licença. Licença por ____ dias, a partir de ____/____/____. Deve Voltar a perícia médica três dias antes do término desta licença.	
() Tipo 3. Necessidade de investigação sem licença.		() Tipo 4. Incapacidade laborativa temporária até ____/____/____. Deve voltar a perícia médica até três dias antes do término desta licença.	
() Tipo 5. Incapacidade laborativa permanente, desde ____/____/____. Encaminhar para: _____		() Tipo 6. ALTA	
6. Período de Afastamento: De ____/____/____ a ____/____/____			
7. Declaro que recebi as 02 (duas) vias anexas (assinatura do servidor)		Assinatura e matrícula médico perito	



Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão
Secretaria de Recursos Humanos
Departamento de Relações de Trabalho
Coordenação Geral de Seguridade Social e Benefícios do Servidor

PRORROGAÇÃO DE LICENÇA

IDENTIFICAÇÃO

1. Matrícula SIAPE		2. Número do Laudo de Exame Médico Pericial:	
3. Nome do Servidor			
4. Órgão de exercício		5. Lotação	5.1. Código SIAPE da lotação
Equipe de Perícia Médica			
6. De acordo com o laudo do Exame Médico- Pericial, supra citado, o servidor necessita de: _____ (_____) dias de afastamento, no período de ____/____/____ a ____/____/____.			
7. Local e data		Assinatura e matrícula da chefia do serviço de saúde e de perícia médica	
8. Dirigente de Recursos Humanos () concedida a prorrogação da licença no período de ____/____/____ a ____/____/____. () Publique-se em Boletim de serviço Guardar este documento até a publicação do boletim de serviço			

9. Local e data	Assinatura e matrícula da chefia do dirigente de recursos humanos
Publicado no boletim de Serviço nº _____ de ____/ ____/ ____	

ORIENTAÇÃO E LEGENDA RESULTADO DE EXAME MÉDICO-PERICIAL	
campo	
1.	Informar a matrícula SIAPE do servidor
2.	Informar o número do laudo de Exame Médico Pericial que foi consignado quando do exame
3.	Informar o nome completo do servidor sem reduções (ex. Maria P. de O. Machado)
4.	Indicar local e data de realização de preenchimento do resultado do exame
5.	Indicar em que unidade está lotado ou prestando serviço.
5.1	Informar qual é o código SIAPE da lotação, presente no campo 8.1. no formulário de requerimento para a seguridade social.
Tipo 1	Não foi caracterizado no(s) exame(s) que o servidor apresente algum problema que o enquadre na necessidade de perícia médica
Tipo 2	Não foi possível estabelecer um diagnóstico / prognóstico definitivo, mas o servidor ainda não possui condições de retornar ao trabalho, devendo ser prorrogada a licença.
Tipo 3	Não foi possível estabelecer um diagnóstico / prognóstico definitivo, mas o servidor possui condições de retornar ao trabalho.
Tipo 4	O servidor apresenta incapacidade laborativa temporária (independe do CID-10), devendo indicar a data prevista de alta. A alta só é consignada, necessariamente após nova perícia.
Tipo 5	O servidor apresenta incapacidade laborativa permanente (independe do CID-10), devendo indicar o encaminhamento adequado.
Tipo 6	Alta médica – o servidor pode retornar para as suas atividades laborais, com ou sem restrições.
7.	Repassar duas cópias deste exame para o servidor, tomando a ciência deste

ORIENTAÇÃO E LEGENDA RESULTADO DE PRORROGAÇÃO DE LICENÇA	
campo	
1.	Informar a matrícula SIAPE do servidor
2.	Informar o número do laudo de Exame Médico Pericial que foi consignado quando do exame
3.	Informar o nome completo do servidor sem reduções (ex. Maria P. de O. Machado)
4.	Informar qual é o órgão de exercício de seu cargo
5.	Indicar em que unidade está lotado ou prestando serviço.
6.	Indicar quantos dias o servidor precisa ficar afastado, incluindo o dia do exame
7.	Indicar local e data da data da comunicação da prorrogação de licença.
8.	Indicar qual o período de prorrogação da licença e a necessidade de publicar em boletim de serviço, em publicando este documento pode ser destruído.
9.	Indicar local e data da data do encaminhamento da chefia do setorial de recursos humanos



Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão
Secretaria de Recursos Humanos
Departamento de Relações de Trabalho
Coordenação Geral de Segurança Social e Benefícios do Servidor

AValiação DO POTENCIAL LABORATIVO

IDENTIFICAÇÃO

1. Matrícula SIAPE		2. Número do Processo:		
3. Nome do Servidor				
3.1. E-Mail:				
4. Cargo / função / emprego		5. Jornada de Trabalho		
6. Órgão de Exercício		7. Data de Admissão		
7. Categoria Funcional	8. Lotação	9. Telefone		
10. O local possui laudo de avaliação ambiental: () sim; () não; () prejudicado.				
11. Atribuições do Cargo / função / emprego				
12. Diagnóstico:				
13. CID-10	14. Tipo de Patologia:			
	() Cardiocirculatória;	() Osteo-Articular;		
	() Neurológica;	() Digestiva;		
	() Respiratória;	() Infecciosa		
	() Ler/ Dort;	() Outros (especificar)		
	() Psiquiátrica;			
15. Tratamentos Realizados:		16. Dominância:		
() Clínico	() Clínico Cirúrgico	() Cirúrgico	() Destro	() Sinistro
() Mental	() Físico-Mental		() Ambidestro	
17. Avaliação Física:				

18. Tipo de Patologia: () temporária / () Permanente

19. Potencial laborativo e prognóstico para reabilitação profissional:

20. SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS:

() Avaliação Fisioterápica () Avaliação Psicológica () Protetização

() Exame/Parecer Especializado () Descrição de Função () Análise do Posto de Trabalho

	Assinatura e matrícula do Médico responsável
Local e data	

ORIENTAÇÃO E LEGENDA

- 1 - Registrar o número da matrícula do servidor.
- 2 - Registrar o número do processo do servidor
- 3 - Informar o nome completo do servidor
- 3.1 - Informar o endereço de e-mail do servidor, quando for possível.
- 4 - Informar o cargo e a função que do servidor.
- 5 - Registrar a jornada de trabalho em horas
- 6 - Informar o nome do órgão onde o servidor trabalha.
- 7 - Registrar a data em que o servidor foi admitido no serviço público.
- 7.1 - Informar a qual categoria pertence o servidor.
- 8 - Informar o local da lotação do servidor.
- 9 - Informar o nº do telefone, quando possível.
- 10 - Assinalar a opção pertinente à avaliação ambiental
- 11 - Descrever resumidamente as atribuições do cargo e/ou função, privilegiando Informações relativas à posição, movimento, força e ritmo das tarefas.
- 12 - Especificar o diagnóstico Inicia/atual.
- 13 - Registrar o código numérico da doença.
- 14 - Assinalar o tipo de patologia.
- 15 - Assinalar os tipos de tratamento realizados até agora.
- 16 - Assinalar a dominância do servidor.



Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão
Secretaria de Recursos Humanos
Departamento de Relações de Trabalho
Coordenação Geral de Seguridade Social e Benefícios do Servidor

SOLICITAÇÃO DE READAPTAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO

1. Órgão ou Entidade		2. Código SIAPE	
3. Nome do Servidor		4. Matrícula SIAPE	
5. Cargo / função / emprego		6. Lotação	
7. Limitações a que se impõem ao servidor:			
8. Local e data		9. Encaminhe-se para o dirigente de recursos humanos do órgão de lotação do servidor.	
Assinatura do Médico responsável			
Sr. Dirigente de Recursos Humanos: Considerando que, apesar da referida limitação, apresenta potencial laborativo para retornar ao trabalho, solicitamos, a V.S ^a providenciar uma nova função ou atividades compatíveis com o quadro físico atual, com vistas ao seu retorno ao trabalho, enviando-nos a descrição das novas atribuições que lhe serão propostas, para definição quanto à sua compatibilidade. Caso a nova função exija treinamento, o servidor estará neste período, sob a responsabilidade da Equipe de vigilância à saúde do servidor.			
10. Descrição das novas atribuições propostas:			
8. Encaminhe-se ao serviço de saúde e de perícia médica.		9. Ciência da equipe de vigilância à saúde do servidor / avaliação ambiental	
Assinatura e matrícula do Dirigente de Recursos Humanos.		Assinatura e matrícula	
data		data	

ORIENTAÇÃO E LEGENDA

- 1 - Encaminhar ao órgão ou entidade do SIPEC onde o servidor está exercendo suas atividades.
- 2 - Informar o código SIAPE deste órgão ou entidade.
- 3 - Informar o nome completo do servidor sem reduções.
- 4 - Informar matrícula SIAPE do servidor.
- 5 - Informar qual é o cargo. Função ou emprego que exerce, conforme concurso público que realizou ou Contrato de trabalho que assinou. No caso de função de confiança (DAS) informar tanto o cargo como a função.
- 6 - Informar onde o servidor está lotado
- 7 _ Consignar as limitações que se impõem ao servidor na sua volta à atividade laboral.
- 8 - Assinatura e matrícula SIAPE do médico responsável pela solicitação de readaptação.
- 9 - Informar ao serviço de saúde quais as atividades em função de seu cargo irão ser desenvolvidas em função de sua limitação labora!.
- 10 - Assinatura do dirigente de recursos humanos.
- 11 - Assinatura de profissional da Vigilância à Saúde tomando ciência do caso de readaptação.



Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão
Secretaria de Recursos Humanos
Departamento de Relações de Trabalho
Coordenação Geral de Seguridade Social e Benefícios do Servidor

PEDIDO DE RECONSIDERAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO

Matrícula SIAPE

2. Número do Laudo de Exame Médico Pericial:

3. Nome do Servidor

Tendo em vista o resultado da avaliação Médico-Pericial, que me considerou apto(a) para retornar ao trabalho, solicito seja reconsiderada a conclusão do Laudo Exame Médico Pericial, pelos fatos e argumentos que exponho (em anexo). E declaro que estou ciente de que a decisão do laudo está suspensa desde de o protocolamento deste pedido, até decisão final, o que não se caracteriza como justificativa dos dias em que permanecer afastado do trabalho, aguardando o resultado deste pedido, caso a conclusão médica seja contrária.

4. Local e data

Assinatura do servidor

Parecer de outra Junta de Perícia Médica

5. Após o reexame do caso, e de acordo com o laudo de exame médico pericial nº____, de ____/____/____:

() Mantivemos a decisão original da Junta Médica.

() Alteramos a decisão, passando a ter efeitos administrativos o Laudo de exame Médico-Pericial citado no caput do item 5.

Está ciente a nova Junta de Perícia Médica, que não pode participar profissional de saúde que compôs a Junta Médica que originou o pedido de reconsideração, com o risco de perder seu efeito administrativo.

7. Local e data

Assinatura e matrícula do presidente da Junta Médica

8. Decisão do Dirigente de Recursos Humanos

() Mantenho a decisão publicada no Boletim de Serviço nº _____, de ____/____/____, publique-se, e encaminhe-se a (o) _____ em grau de recurso administrativo.

() Reformo a decisão publicada no boletim de Serviço nº _____, de ____/____/____.

() providenciar lançamento de falta no período de ____/____/____ até ____/____/____.

() Publique-se em Boletim de Serviço

() Anote-se e archive-se.

9. Local e data

Assinatura e matrícula do Dirigente de Recursos Humanos

Publicado no Boletim de Serviço nº _____ de ____/____/____.

O servidor tomou ciência desta decisão em

____/____/____

Assinatura e matrícula do servidor

Assinatura e matrícula do responsável

ORIENTAÇÃO E LEGENDA

- 1- Informar se é estatutário, celetista ou cedido.
- 2- Informar o nome do LEMP que está sendo questionado.
- 3- Informar o nome completo do servidor sem reduções
- 4- Informar o número do LEMP que foi feito para reavaliar o caso em tela e a data que ele foi feito. consignando se mantém ou não a decisão do LEMP indicado no item 2.
- 5- O Dirigente de Recursos Humanos, indica qual o procedimento administrativo que deverá ser adotado.
- 6- Consignar em que boletim de serviço foi publicado o encaminhamento administrativo.
- 7- Assinatura do servidor.
- 8- Assinatura do setorial de recursos humanos que colher a assinatura do servidor

Orientação e Legenda:

Consignar a matrícula SIAPE do servidor.

Consignar o nome do servidor sem abreviação;

Consignar o nº do PIS ou PASEP do servidor;

Consignar o CPF do servidor;

Consignar a Categoria Funcional do Servidor: 1- servidor efetivo; 2- empregado público; 3- contrato temporário; 4- requisitado ou cedido, exceto da vinculado ao SIPEC;

Informar qual é o cargo, função ou emprego que exerce, conforme concurso público que realizou ou contrato de trabalho que assinou. No caso de função de confiança (DAS) informar tanto o cargo como a função.

Informar a data de admissão do servidor no serviço público;

Informar a lotação do servidor no momento da abertura desta ficha, atualizações e alterações devem ser consignadas no verso;

Informar qual é a correlação na Classificação Brasileira de Ocupação – CBO, na qual mais se aproxima a atividade desenvolvida pelo servidor, atualizações e alterações devem ser consignadas no verso;

Informar qual é o órgão de exercício de seu cargo.

Informar o CNAE do órgão de exercício, atualizações e alterações devem ser consignadas no verso;

Campo OCORRÊNCIA: Informar qual são as ocorrências registradas no decorrer da vida profissional do servidor: CÓD (código) da ocorrência – vide legenda abaixo; Data: data da ocorrência do evento; Enquadramento. Informar artigo e ato legal que permite esta concessão.

Campo PERÍODO: Informar o início e o fim de cada concessão? no caso de requerimento para a seguridade social não deve ser consignado nenhuma informação; no caso dos adicionais (códigos 22 a 25) consignar o início da caracterização do risco – data do laudo, e somente preencher o campo término quando ocorrer o cessamento do risco.

Campo LICENÇA DO SERVIDOR: informar se a mesma é inicial (I), prorrogação (P), recurso (R).

Campo PERÍCIA MÉDICA: informar se a mesma é análise de Atestado Médico (AM), Junta Singular (JS), Junta Médica (JM).

Campo DIAS CONCEDIDOS: Atual: número de dias totais que engloba a licença, a contar da data da avaliação; total número de dias acumulados de afastamento do trabalho, isto é, o somatório de todas as ocorrências que implicaram na ausência do servidor do serviço.

Campo REMP: informar o código do Resultado de exame Médico Pericial de 1 a 6.

Campo CID-10: informar o CID principal consignado na ocorrência.

Campo RISCO: informar qual o risco a que esta submetido o servidor, conforme legenda abaixo.

Campo Nº DO DOCUMENTO: informar qual é o número do documento e o tipo que está fundamentado a decisão.

Legenda de Código

01	Requerimento para a Seguridade Social	02	Atestado Médico reconhecido pela Chefia imediata	03	Atestado Médico homologado pela perícia médica
04	Acidente em serviço ou doença profissional	05	Licença para tratamento de Saúde	06	Licença Gestante
07	Remoção de servidor por motivo de saúde	08	Aposentadoria	09	Aposentadoria por invalidez
10	Licença por motivo de doença em pessoa da família	11	Readaptação Funcional	12	Reabilitação Funcional
13	Revisão de aposentadoria	14	Revisão de Aposentadoria por invalidez	15	Exame admissional
16	Exame periódico	17	Exame de mudança de função ou de local de trabalho	18	Exame demissional
19	Processo realizado em serviço fora da sede e homologado pela perícia médica	20	Atestado Médico superior a 09 dias a cada 180 dias	21	Adicional de insalubridade
22	Adicional de Periculosidade	23	Adicional de irradiação ionizante	24	Gratificação por atividades de raios-x
25	Presença de risco mas sem pagamento de adicional	26	Licença Nojo	27	Licença Gala

Legenda de Risco:

1.	Físico	1.1	Ruído contínuo	1.2.	Ruído de impacto	1.3	calor	1.4	Frio	1.	Radiação não ionizante
1.6	vibrações	1.7	umidade	2	Químico	2.1.	Aerodispersóides	2.2	Agentes químicos	3.	Biológico
3.1	Bactéria	3.2.	Fungo	3.3	Vírus	3.4	Resíduos Sólidos	4.	Ergonômico	4.	Iluminação
4.2	ventilação	4.3	Espaço físico	4.4	organização	4.5.	mobiliário	5.	Mecânico	6.	Periculosidade
6.1	inflamáveis	6.2	explosivos	6.3	Alta tensão	7.	Irradiação ionizante			8.	Gratificação Raios-X



Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão
Secretaria de Recursos Humanos
Departamento de Relações de Trabalho
Coordenação Geral de Seguridade Social e Benefícios do Servidor

CONVOCAÇÃO DE SERVIDOR

O serviço de saúde e perícia médica, convoca:

() 1º convocação / () 2º convocação / () 3º e última convocação

1. Nome do Servidor	2. Matrícula SIAPE
3. Cargo / função / emprego	4. Categoria Funcional
4. Órgão de Exercício	5. Lotação
6. A se apresentar no serviço de saúde e perícia médica, sito à:	7. No dia ____ / ____ / ____ as ____: ____ horas

8. profissional responsável	9. Telefone de contato do serviço:
-----------------------------	------------------------------------

10. E-mail do serviço

11. Com o objetivo de:
<input type="checkbox"/> Acompanhamento gestante; <input type="checkbox"/> Avaliação médica de retorno ao trabalho por afastamento superior a 30 dias;
<input type="checkbox"/> Acompanhamento do processo de readaptação; <input type="checkbox"/> Avaliação de licença concedida;
<input type="checkbox"/> Acompanhamento do processo de reabilitação; <input type="checkbox"/> Revisão de aposentadoria.
<input type="checkbox"/> Avaliação médica por apresentar mais de 9 dias de afastamento em um período de 180 dias; <input type="checkbox"/> Exames para operadores de Raios-X e Radiação Ionizante
<input type="checkbox"/> Avaliação médica de rotina, por solicitação do órgão ou entidade de origem; <input type="checkbox"/> Exame periódico;
<input type="checkbox"/> Outra (especificar): _____; <input type="checkbox"/> Investigação de acidente em serviço;

12. Por obséquio levar consigo os seguintes documentos / exames:

13. Observações

14. Local e Data	Assinatura e matrícula do profissional solicitante
------------------	----------------------------------------------------

15. Ciência da Chefia imediata Em ____ / ____ / ____ Assinatura e matrícula	16. Ciência do servidor Em ____ / ____ / ____ Assinatura e matrícula SIAPE do servidor

ORIENTAÇÃO E LEGENDA

- 1- Informar o nome completo do servidor sem reduções.
- 2- Informar o número da matrícula do SIAPE do servidor.
- 3- Informar qual é o cargo, função ou emprego que exerce, conforme concurso público que realizou ou Contrato de trabalho que assinou. No caso de função de confiança (DAS) informar tanto o cargo como a função.
- 4- Informar se é estatutário, celetista ou cedido.
- 5- Informar em que órgão ou entidade do SIPEC o servidor está em exercício .
- 6- Informar onde o servidor está lotado.
- 7- Indicar o endereço do serviço de saúde, onde será realizado a avaliação do servidor. 8- Informar data e hora da avaliação do servidor junto ao serviço de saúde.
- 9- Informar quem é o profissional responsável pela avaliação do servidor.
- 10- Informar o telefone de contato do serviço de saúde para sanar possíveis dúvidas do servidor.
- 11- Consignar o motivo de convocação.
- 12- Informar os documentos ou exames que o servidor deverá levar para a avaliação. A apresentação de exames não inclui exames que ainda deverão ser realizados.



MODELO PARA ELABORAÇÃO DE LAUDO DE AVALIAÇÃO AMBIENTAL COM VISTAS A CONCESSÃO DOS ADICIONAIS DE INSALUBRIDADE, PERICULOSIDADE, IRRADIAÇÃO IONIZANTE E GRATIFICAÇÃO DE RAIOS X.

1 – Identificação

Órgão da administração direta, autárquica ou fundacional da administração pública federal;
Endereço da unidade que está sendo avaliada.

1.2.1 telefone da administração do órgão.

Código SIAPE do órgão.

Autoridade competente: indicar qual autoridade competente está realizando a avaliação ambiental, ou se é por meio do sindicato ou associação de servidores.

Nome do responsável de Recursos Humanos da unidade, telefone e endereço eletrônico.

2- Identificação do local avaliado.

2.1. Neste item deve constar os elementos necessários à identificação do local onde a avaliação é realizada, tais como: Coordenação de...; seção..., do órgão..., localizado no 1º andar, térreo, subsolo...

2.2. CNAE ANALOGO DO AMBIENTE

2.3. Informar em que horário a avaliação ocorreu: começo do expediente, horário de pico, fim de expediente...

3. Aspectos sanitários:

3.1. Existem vasos sanitários disponíveis na proporção de 1:20? Sim ou não.

3.2. Existe disponibilidade de água potável num raio de 50m?

3.3. O local apresenta problemas de infiltração, mofo, outros?

3.4. Existe local adequado para as refeições dos servidores? Sim, não, não se aplica.

3.5. Verifica-se a presença de vetores mecânicos no ambiente tais como: ratos pombos, aranhas, escorpiões, formigas, outros? Se sim, indique qual (is) e em que condição.

4. Descrição do ambiente de trabalho.

4.1. Descrição física:

4.1.1. Altura do pé direito: indicar, caso a análise for subjetiva, se é mais alto que 2,10m;

4.1.2. Metragem média do ambiente;

4.1.3. Indicar o tipo de parede, forro do teto, portas, janelas e piso;

4.1.4. O ambiente conforme observado oferece risco de acidente ou à segurança física dos servidores que ali trabalham? Explique.

4.1.5. Apresenta sistema de condicionamento de ar? Se sim, responda:

4.1.5.1. Indicar se o sistema é central, de parede ou tipo SPLIT.

4.1.5.2. Existe filtro nas saídas do ar?

4.1.5.3. Próximo à saída do ar, é visível marcas de sujeira?

4.1.5.4. Caso o ar condicionado for central, os "FAIN COIL", estão limpos?

4.2. Postos de trabalho

Definimos como posto de trabalho o ambiente em que se encontra o servidor assim como as condições em que desenvolve suas funções /atividades.

Neste item identificar as funções /cargos presentes no ambiente e identificar, para cada uma, as características do processo: observar se exige esforços repetitivos, monotonia, nível de responsabilidade, treinamento /capacitação para o trabalho exercido, etc;

Identificar a média de anos trabalhados pelos servidores do posto de trabalho em avaliação, se possível.

5.0. Análise Ambiental.

Na análise ambiental deverá ser identificado, para cada risco, se a análise foi quantitativa ou subjetiva, a metodologia utilizada para realizar a avaliação e indicar a marca e o modelo do aparelho usado na medição.

5.1. Risco Físico:

5.1.1 Ruído contínuo: apoio legal anexo 01 NRIS e norma NHO 01 da Fundacentro.

Identificar nível de pressão sonora, Concluir pela insalubridade ou não;

5.1.2. Ruído de impacto: apoio legal anexo 02 da NR 15 e norma NHO 01 da Fundacentro. Identificar o nível de pressão sonora de impacto. Concluir pela insalubridade ou não.

5.1.3. Exposição ao calor: esta avaliação poderá ser feita por uma das medidas: temperatura efetiva (TE), temperatura, umidade e velocidade do ar, temperatura efetiva corrigida (TEC): temperatura, umidade, velocidade do ar, calor radiante, índice de sobrecarga térmica (IST): temperatura, umidade, velocidade do ar, calor radiante e metabolismo da atividade; e o índice de bulbo úmido e termômetro de globo (IBUTG) idêntico ao IST: temperatura, umidade, velocidade do ar, calor radiante, e metabolismo de atividade e o índice de bulbo úmido e termômetro de globo (IBUTG). Idêntico ao IST.

Deverão ser considerados os limites de tolerância do quadro 01 do anexo 03 da NR. 15, portanto deverá ser indicado se o trabalho é leve, moderado ou pesado.

Deve ressaltar que para fins metodológicos, os períodos de descanso serão considerados tempo de serviço para todos os efeitos legais, assim deverá ser consignado para cada atividade e / ou processo de trabalho o tempo de execução das tarefas e o tempo de descanso.

Apoio legal o anexo 03 da NR 15 e a norma NHT 01 C/E Fundacentro.

5.1.4. Radiação Ionizante: a Lei 8.270/91 não recepciona a insalubridade por radiação ionizante, e sim a transforma num outro adicional: irradiação ionizante que tem seus critérios definidos pela CNEN.

5.1.5. Radiação não ionizante somente deverá ser considerada se os servidores que manipulam estão expostos à microondas, infravermelho (fornos, solda oxiacetilênica), ultravioleta, (solda elétrica), laser.

Apoio legal: anexo 07 da NR 15.

5.1.6. Vibrações: identificar se o ambiente é passível de sofrer vibrações e se isso acontece.

Deverá constar do laudo: o critério adotado para medir; o instrumental utilizado; a metodologia de avaliação; a descrição das condições de trabalho e o tempo de exposição às vibrações, resultado da avaliação quantitativa.

A insalubridade de quando constatada será de grau médio (10%).

Apoio legal anexo 08 da NR 15, Norma ISO 2631 e ISO/DIS 5349 e suas substitutas.

5.1.7. Frio: identificar conforme a região climática o que for inferior do mapa oficial do MTb: 15°C para as 1º, 2º e 3º zonas; 12°C na 4º zona e de 10°C nas 5º, 6º e 7º zonas.

A sua caracterização é determinada por avaliação qualitativa através de simples inspeção do local de trabalho e verificação da proteção adequada ao trabalhador.

A insalubridade quando constatada será de grau médio (10%).

Para uma análise quantitativa deverá ser usada a NR 29, item 29. 3. 15. 2 (tabela 1).

5.1.8. Umidade: identificar se as atividades são executadas em locais alagados ou encharcados. A caracterização da insalubridade será determinada por avaliação qualitativa, através de simples inspeção do local de trabalho.

A insalubridade se devida será de grau médio (10%).

5.2. Químico: trata-se de avaliação mais complexa com relação à insalubridade, devendo-se considerar não apenas as substâncias constantes no anexo II da NR 15.

Sugere-se, antes de se realizar a avaliação específica por agente químico, uma pesquisa bibliográfica, para saber quais agentes procurar.

Poder-se-á utilizar o método de avaliação das concentrações dos agentes químicos: a amostragem instantânea, de leitura direta ou não, deverá ser feita pelo menos em 10 (dez) amostragens, para cada ponto ao nível respiratório do trabalhador. Entre cada uma das amostragens deverá haver um intervalo de no mínimo 20 (vinte) minutos.

Apoio legal anexo II da NR 15, normas NHT 02, 03, 04, 08, 13 e 14 da Fundacentro, das normas da NIOSH.

5.2.1. Aerodispersóides: deve ser considerado para análise o tamanho, se é danosa ao sistema respiratório (< 10µm) ou visível (maior que 40µm), se a partícula é ou não fibrosa, se é de origem orgânica ou inorgânica; e se o efeito é pneumocônio, tóxico, cancerígeno ou insolúvel não classificado (incômodo).

Para avaliação dos aerodispersóides deverá constar o tempo em minutos que durou a coleta, e em laboratório indicar o peso de amostra (p) e a sílica livre cristalizada detectado por difração de raios X (se o ambiente possuir sílica).

A insalubridade, quando devida, é de grau máximo (20%).

Apoio Legal: Normas da ACGIH, NR 06, convenção 162 de OIT, anexo 12 da NR 15,

5.2.2. Agentes Químicos: trata-se de uma avaliação qualitativa envolvendo a relação de atividades e operações envolvendo agentes químicos: arsênico, carvão, chumbo, cromo, fósforo, hidrocarbonetos, mercúrio, silicatos, p-xenilamina, produção de benzidina, beta naftilamina, 4- nitrodifenil, cádmio, tálio, alumínio, benzeno.

Deverá haver a correlação entre a atividade e/ ou operação para indicar o nível de insalubridade.

5.3 Biológico: Trata-se de uma avaliação qualitativa envolvendo a relação de atividades e operações envolvendo risco biológico: pacientes em isolamento por doenças infecto-contagiosas; unidades de saúde; laboratórios de análise clínica e histopatológica; gabinetes de autópsias; vísceras de animais; estábulos e cavalariças; esgoto; lixo urbano incluindo as veterinárias; cemitérios e resíduos de animais deteriorados.

5.4 Ergonômico:

5.4.1 Taxa de iluminamento: Deverá informar a taxa de iluminamento do local e correlacionar com a taxa adequada. Informar ainda se as superfícies de trabalho apresentam alta ou baixa refletância.

5.4.2 Ventilação: Indicar a velocidade do ar ou a taxa de renovação do ar. Se a renovação ocorre de forma forçada (ar condicionado ou ventiladores, ou se é natural).

5.4.3 Mobiliário. Descrever de forma sucinta se o mobiliário e a disposição dos computadores estão de acordo com as atividades desenvolvidas.

5.4.4 É reservado um espaço de no mínimo 04 m²/ servidor.

5.4.5 O servidor levanta peso?

5.5 Mecânico:

5.5.1 Os problemas de manutenção podem ser a causa de algum risco anteriormente descrito? Explique.

6. Adicional de Periculosidade

Não se deve confundir atividades perigosas com atividades periculosas.

As atividades periculosas são aquelas que expõem o servidor (independente do tempo de exposição) à: explosivos (anexo 01 da NR16); inflamável-líquidos com ponto de fulgor igual ou superior a 70°C e inferior a 93.3°C(anexo 02 do NR16); eletricidade de alta tensão, acima de 380Kva (NR10).

O perito deverá avaliar se durante a jornada de trabalho do servidor, o mesmo adentra a área de risco; em entrando, o adicional de periculosidade é justo e deve ser concedido.

Obs.: a Lei 8.270/91 não reconhece a periculosidade por radiação ionizante, tratando-a como um adicional específico.

7. Adicional por irradiação ionizante

Deverá atender às normas da CNEN, expostas no anexo do Decreto 877 de 21 de 07 de 1993.

8. Metodologia aplicada em toda a avaliação

8.1 Indicar a fundamentação legal

9. Propostas técnicas para correção

Este item pode ser colocado após cada problema identificado ou em anexo à parte.

10. Data, e assinatura do profissional responsável com o número de registro no Conselho de Classe e/ou matrícula se for servidor público.

IX. REFERÊNCIAS LEGAIS:

I. LEI 8.112/90:

Art. 14. A posse em cargo público dependerá de prévia inspeção médica oficial.

Parágrafo único. Só poderá ser empossado aquele que for julgado apto física e mentalmente para o exercício do cargo.

Art. 25. Reversão é o retorno à atividade de servidor aposentado por invalidez, quando, por junta médica oficial, forem declarados insubsistentes os motivos da aposentadoria. (Vide Medida Provisória nº 2.225-45, de 4.9.2001)

Art. 36. Remoção é o deslocamento do servidor, a pedido ou de ofício, no âmbito do mesmo quadro, com ou sem mudança de sede.

Parágrafo único. Para fins do disposto neste artigo, entende-se por modalidades de remoção: (Redação dada pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

b) por motivo de saúde do servidor, cônjuge, companheiro ou dependente que viva às suas expensas e conste do seu assentamento funcional, condicionada à comprovação por junta médica oficial; (Incluído pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

Art. 61. Além do vencimento e das vantagens previstas nesta Lei, serão deferidos aos servidores as seguintes retribuições, gratificações e adicionais: (Redação dada pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

IV - adicional pelo exercício de atividades insalubres, perigosas ou penosas;

VIII - outros, relativos ao local ou à natureza do trabalho.

Art. 68. Os servidores que trabalhem com habitualidade em locais insalubres ou em contato permanente com substâncias tóxicas, radioativas ou com risco de vida, fazem jus a um adicional sobre o vencimento do cargo efetivo.

§ 1º O servidor que fizer jus aos adicionais de insalubridade e de periculosidade deverá optar por um deles.

§ 2º O direito ao adicional de insalubridade ou periculosidade cessa com a eliminação das condições ou dos riscos que deram causa a sua concessão.

Art. 69. Haverá permanente controle da atividade de servidores em operações ou locais considerados penosos, insalubres ou perigosos.

Parágrafo único. A servidora gestante ou lactante será afastada, enquanto durar a gestação e a lactação, das operações e locais previstos neste artigo, exercendo suas atividades em local salubre e em serviço não penoso e não perigoso.

Art. 70. Na concessão dos adicionais de atividades penosas, de insalubridade e de periculosidade, serão observadas as situações estabelecidas em legislação específica.

Art. 71. O adicional de atividade penosa será devido aos servidores em exercício em zonas de fronteira ou em localidades cujas condições de vida o justifiquem, nos termos, condições e limites fixados em regulamento.

Art. 72. Os locais de trabalho e os servidores que operam com Raios X ou substâncias radioativas serão mantidos sob controle permanente, de modo que as doses de radiação ionizante não ultrapassem o nível máximo previsto na legislação própria.

Parágrafo único. Os servidores a que se refere este artigo serão submetidos a exames médicos a cada 6 (seis) meses.

Art. 81. Conceder-se-á ao servidor licença:

I - por motivo de doença em pessoa da família;

§ 1º A licença prevista no inciso I será precedida de exame por médico ou junta médica oficial.

§ 3º É vedado o exercício de atividade remunerada durante o período da licença prevista no inciso I deste artigo.

Art. 82. A licença concedida dentro de 60 (sessenta) dias do término de outra da mesma espécie será considerada como prorrogação.

Art. 83. Poderá ser concedida licença ao servidor por motivo de doença do cônjuge ou companheiro, dos pais, dos filhos, do padrasto ou madrasta e enteado, ou dependente que viva às suas expensas e conste do seu assentamento funcional, mediante comprovação por junta médica oficial. (Redação dada pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

§ 1º A licença somente será deferida se a assistência direta do servidor for indispensável e não puder ser prestada simultaneamente com o exercício do cargo ou mediante compensação de horário, na forma do disposto no inciso II do art. 44. (Redação dada pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

§ 2º A licença será concedida sem prejuízo da remuneração do cargo efetivo, até trinta dias, podendo ser prorrogada por até trinta dias, mediante parecer de junta médica oficial e, excedendo estes prazos, sem remuneração, por até noventa dias. (Redação dada pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

Art. 97. Sem qualquer prejuízo, poderá o servidor ausentar-se do serviço:

§ 2º Também será concedido horário especial ao servidor portador de deficiência, quando comprovada a necessidade por junta médica oficial, independentemente de compensação de horário. (Incluído pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

§ 3º As disposições do parágrafo anterior são extensivas ao servidor que tenha cônjuge, filho ou dependente portador de deficiência física, exigindo-se, porém, neste caso, compensação de horário na forma do inciso II do art. 44. (Incluído pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

§ 4º (Vide Medida Provisória nº 283, de 2006)

Art. 102. Além das ausências ao serviço previstas no art. 97, são considerados como de efetivo exercício os afastamentos em virtude de:

VIII - licença:

a) à gestante, à adotante e à paternidade;

b) para tratamento da própria saúde, até o limite de vinte e quatro meses, cumulativo ao longo do tempo de serviço público prestado à União, em cargo de provimento efetivo; (Redação dada pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

d) por motivo de acidente em serviço ou doença profissional;

Art. 103. Contar-se-á apenas para efeito de aposentadoria e disponibilidade:

II - a licença para tratamento de saúde de pessoa da família do servidor, com remuneração;

VII - o tempo de licença para tratamento da própria saúde que exceder o prazo a que se refere a alínea "b" do inciso VIII do art. 102. (Incluído pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

Art. 185. Os benefícios do Plano de Seguridade Social do servidor compreendem:

I - quanto ao servidor:

d) licença para tratamento de saúde;

e) licença à gestante, à adotante e licença-paternidade;

f) licença por acidente em serviço;

assistência à saúde;

Art. 186. O servidor será aposentado: (Vide art. 40 da Constituição)

I - por invalidez permanente, sendo os proventos integrais quando decorrente de acidente em serviço, moléstia profissional ou doença grave, contagiosa ou incurável, especificada em lei, e proporcionais nos demais casos;

§ 1º Consideram-se doenças graves, contagiosas ou incuráveis, a que se refere o inciso I deste artigo, tuberculose ativa, alienação mental, esclerose múltipla, neoplasia maligna, cegueira posterior ao ingresso no serviço público, hanseníase, cardiopatia grave, doença de Parkinson, paralisia irreversível e incapacitante, espondiloartrose anquilosante, nefropatia grave, estados avançados do mal de Paget (osteíte deformante), Síndrome de Imunodeficiência Adquirida - AIDS, e outras que a lei indicar, com base na medicina especializada.

§ 2º Nos casos de exercício de atividades consideradas insalubres ou perigosas, bem como nas hipóteses previstas no art. 71, a aposentadoria de que trata o inciso III, "a" e "c", observará o disposto em lei específica.

§ 3º Na hipótese do inciso I o servidor será submetido à junta médica oficial, que atestará a invalidez quando caracterizada a incapacidade para o desempenho das atribuições do cargo ou a impossibilidade de se aplicar o disposto no art. 24. (Incluído pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

Art. 188. A aposentadoria voluntária ou por invalidez vigorará a partir da data da publicação do respectivo ato.

§ 1º A aposentadoria por invalidez será precedida de licença para tratamento de saúde, por período não excedente a 24 (vinte e quatro) meses.

§ 2º Expirado o período de licença e não estando em condições de reassumir o cargo ou de ser readaptado, o servidor será aposentado.

§ 3º O lapso de tempo compreendido entre o término da licença e a publicação do ato da aposentadoria será considerado como de prorrogação da licença.

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

Art. 202. Será concedida ao servidor licença para tratamento de saúde, a pedido ou de ofício, com base em perícia médica, sem prejuízo da remuneração a que fizer jus.

Art. 203. Para licença até 30 (trinta) dias, a inspeção será feita por médico do setor de assistência do órgão de pessoal e, se por prazo superior, por junta médica oficial.

§ 1º Sempre que necessário, a inspeção médica será realizada na residência do servidor ou no estabelecimento hospitalar onde se encontrar internado.

§ 2º Inexistindo médico no órgão ou entidade no local onde se encontra ou tenha exercício em caráter permanente o servidor, e não se configurando as hipóteses previstas nos parágrafos do art. 230, será aceito atestado passado por médico particular. (Redação dada pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

§ 3º No caso do parágrafo anterior, o atestado somente produzirá efeitos depois de homologado pelo setor médico do respectivo órgão ou entidade, ou pelas autoridades ou pessoas de que tratam os parágrafos do art. 230. (Redação dada pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

§ 4º O servidor que durante o mesmo exercício atingir o limite de trinta dias de licença para tratamento de saúde, consecutivos ou não, para a concessão de nova licença, independentemente do prazo de sua duração, será submetido a inspeção por junta médica oficial. (Incluído pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

Art. 204. Findo o prazo da licença, o servidor será submetido a nova inspeção médica, que concluirá pela volta ao serviço, pela prorrogação da licença ou pela aposentadoria.

Art. 205. O atestado e o laudo da junta médica não se referirão ao nome ou natureza da doença, salvo quando se tratar de lesões produzidas por acidente em serviço, doença profissional ou qualquer das doenças especificadas no art. 186, § 1º.

Art. 206. O servidor que apresentar indícios de lesões orgânicas ou funcionais será submetido a inspeção médica.

Art. 207. Será concedida licença à servidora gestante por 120 (cento e vinte) dias consecutivos, sem prejuízo da remuneração.

§ 1º A licença poderá ter início no primeiro dia do nono mês de gestação, salvo antecipação por prescrição médica.

§ 2º No caso de nascimento prematuro, a licença terá início a partir do parto.

§ 3º No caso de natimorto, decorridos 30 (trinta) dias do evento, a servidora será submetida a exame médico, e se julgada apta, reassumirá o exercício.

§ 4º No caso de aborto atestado por médico oficial, a servidora terá direito a 30 (trinta) dias de repouso remunerado.

Art. 208. Pelo nascimento ou adoção de filhos, o servidor terá direito à licença-paternidade de 5 (cinco) dias consecutivos.

Art. 209. Para amamentar o próprio filho, até a idade de seis meses, a servidora lactante terá direito, durante a jornada de trabalho, a uma hora de descanso, que poderá ser parcelada em dois períodos de meia hora.

Art. 210. À servidora que adotar ou obtiver guarda judicial de criança até 1 (um) ano de idade, serão concedidos 90 (noventa) dias de licença remunerada.

Parágrafo único. No caso de adoção ou guarda judicial de criança com mais de 1 (um) ano de idade, o prazo de que trata este artigo será de 30 (trinta) dias.

Art. 211. Será licenciado, com remuneração integral, o servidor acidentado em serviço.

Art. 212. Configura acidente em serviço o dano físico ou mental sofrido pelo servidor, que se relacione, mediata ou imediatamente, com as atribuições do cargo exercido.

Parágrafo único. Equipara-se ao acidente em serviço o dano:

I - decorrente de agressão sofrida e não provocada pelo servidor no exercício do cargo;

II - sofrido no percurso da residência para o trabalho e vice-versa.

Art. 213. O servidor acidentado em serviço que necessite de tratamento especializado poderá ser tratado em instituição privada, à conta de recursos públicos.

Parágrafo único. O tratamento recomendado por junta médica oficial constitui medida de exceção e somente será admissível quando inexistirem meios e recursos adequados em instituição pública.

Art. 214. A prova do acidente será feita no prazo de 10 (dez) dias, prorrogável quando as circunstâncias o exigirem.

Art. 230. A assistência à saúde do servidor, ativo ou inativo, e de sua família, compreende assistência médica, hospitalar, odontológica, psicológica e farmacêutica, prestada pelo Sistema Único de Saúde - SUS ou diretamente pelo órgão ou entidade ao qual estiver vinculado o servidor, ou, ainda, mediante convênio ou contrato, na forma estabelecida em regulamento. (Redação dada pela Lei nº 9.527, de 10.12.97) (Regulamento)

§1º Nas hipóteses previstas nesta Lei em que seja exigida perícia, avaliação ou inspeção médica, na ausência de médico ou junta médica oficial, para a sua realização o órgão ou entidade celebrará, preferencialmente, convênio com unidades de atendimento do sistema público de saúde, entidades sem fins lucrativos declaradas de utilidade pública, ou com o Instituto Nacional do Seguro Social - INSS. (Incluído pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

§ 2º Na impossibilidade, devidamente justificada, da aplicação do disposto no parágrafo anterior, o órgão ou entidade promoverá a contratação da prestação de serviços por pessoa jurídica, que constituirá junta médica especificamente para esses fins, indicando os nomes e especialidades dos seus integrantes, com a comprovação de suas habilitações e de que não estejam respondendo a processo disciplinar junto à entidade fiscalizadora da profissão. (Incluído pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

II. PORTARIA Nº 3.120 DE 1º DE JULHO DE 1998:

O Ministro de Estado da Saúde, no uso da atribuição que lhe confere o art. 87, inciso II, da Constituição Federal, tendo em vista o disposto em seu art. 200, inciso II, combinado com os preceitos da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e

considerando que as determinações contidas na NOB-SUS 01/96 incluem a Saúde do Trabalhador como campo de atuação da atenção à saúde;

considerando as determinações contidas na Resolução nº 220, de 6 de março de 1997, do Conselho Nacional de Saúde, e na Instrução Normativa nº 01/97, de 15 de maio de 1997, do Ministério da Saúde, resolve:

Art. 1º Aprovar a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS, na forma do Anexo a esta Portaria, com a finalidade de definir procedimentos básicos para o desenvolvimento das ações correspondentes.

Art. 2º Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

ANEXO

INSTRUÇÃO NORMATIVA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR NO SUS :

1 - Apresentação

O avanço gradual, quantitativo e qualitativo da institucionalização das práticas de Saúde do Trabalhador, no setor saúde em todo o Brasil, reflete a consolidação da área como objeto indiscutível da saúde pública. E, por assim dizer, objeto, também, das políticas públicas direcionadas, em todos os níveis do Sistema Único de Saúde (SUS), para a prevenção dos agravos à saúde da população trabalhadora.

O conjunto de elementos deflagradores do avanço institucional, em relação à questão da Saúde do Trabalhador no SUS, compõe-se do aspecto legislativo, calcado na Lei n_ 8.080, de 19 de setembro de 1990, e em diversas Constituições Estaduais e Municipais, na luta pela saúde desenvolvida pelos trabalhadores e suas organizações sindicais, passando pelo crescente comprometimento dos técnicos, ao nível dos serviços e universidades.

A presente Instrução Normativas pretende, de uma forma sucinta, fornecer subsídios básicos para o desenvolvimento de ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Parte do pressuposto que o sistema de saúde, embora deva ser preservado nas suas peculiaridades regionais que impliquem um respeito às diversas culturas e características populacionais, por ser único, também deve manter linhas mestras de atuação, especialmente pela necessidade de se compatibilizarem instrumentos, bancos de informações e intercâmbio de experiências.

As recomendações aqui apresentadas são fruto de alguns anos de discussão acumulada e extraída de diversas experiências de vigilância em saúde do trabalhador, em vários estados e municípios de todo o País.

Trata-se de uma primeira aproximação normativa não só com os Programas Estaduais e Municipais de Saúde do Trabalhador, já instalados e em fase de instalação, mas, também com as estruturas de atenção à saúde das Secretarias Estaduais e Municipais, especialmente nas áreas de Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária e Fiscalização Sanitária.

A possibilidade de traduzir a capilaridade institucional do setor saúde em instâncias efetoras de mudança dos perfis de morbidade e mortalidade, resultantes da relação trabalho-ambiente-consumo e saúde, pressupõe um comprometimento das estruturas de atenção à saúde, em especial as de vigilância e fiscalização em saúde.

O objetivo da Instrução Normativa é, em suma, o de poder instrumentalizar minimamente os setores responsáveis pela vigilância e defesa da saúde, nas Secretarias de Estados e Municípios, de forma a incorporarem em suas práticas mecanismos de análise e intervenção sobre os processos e os ambientes de trabalho.

A abordagem de vigilância em saúde do trabalhador, considerada na Instrução Normativa, implica a superação dos limites conceituais e institucionais, tradicionalmente estruturados nos serviços de saúde, das ações dissociadas de vigilância epidemiológica e sanitária.

Além disso, nas ações de vigilância e fiscalização sanitária, propriamente ditas, implica-se transpor o objeto usual - o produto/consumidor - de forma a considerar, igualmente, como objeto, o processo/trabalhador/ambiente.

Dessa forma, a vigilância em saúde do trabalhador calca-se no modelo epidemiológico de pesquisa dos agravos, nos diversos níveis da relação entre o trabalho e a saúde, agregando ao universo da avaliação e análise a capacidade imediata da intervenção sobre os fatores determinantes dos danos à saúde.

Devido à sua concepção mais abrangente de saúde, relacionada ao processo de produção, capaz de lidar com a diversidade, a complexidade e o surgimento de novas formas de adoecer, a vigilância em saúde do trabalhador ultrapassa o aspecto normativo tratado pela fiscalização tradicional.

Em razão dessas implicações, a vigilância em saúde do trabalhador pressupõe uma rede de articulações que passa, fundamentalmente, pelos trabalhadores e suas organizações, pela área de pesquisa e formação de recursos humanos e pelas áreas de assistência e reabilitação.

Finalmente, levando-se em consideração o fato de ser uma área ainda em construção dentro do SUS, pretende-se que esta Instrução Normativa possa ser aprimorada, com a maior brevidade, uma vez utilizado pela rede de serviços, assim como se constitui na primeira de uma série de publicações normativas e orientadoras, relacionadas a temas específicos em saúde do trabalhador.

2 - Conceituação básica

A Vigilância em Saúde do Trabalhador compreende uma atuação contínua e sistemática, ao longo do tempo, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos tecnológico, social, organizacional e epidemiológico, com a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções sobre esses aspectos, de forma a eliminá-los ou controlá-los.

A Vigilância em Saúde do Trabalhador compõe um conjunto de práticas sanitárias, articuladas supra-setorialmente, cuja especificidade está centrada na relação da saúde com o ambiente e os processos de trabalho e nesta com a assistência, calcado nos princípios da vigilância em saúde, para a melhoria das condições de vida e saúde da população.

A Vigilância em Saúde do Trabalhador não constitui uma área desvinculada e independente da vigilância em saúde como um todo mas, ao contrário, pretende acrescentar ao conjunto de ações da vigilância em saúde estratégias de produção de conhecimentos e mecanismos de intervenção sobre os processos de produção, aproximando os diversos objetos comuns das práticas sanitárias àqueles oriundos da relação entre o trabalho e a saúde.

3 - Princípios

A Vigilância em Saúde do Trabalhador pauta-se nos princípios do Sistema Único de Saúde, em consonância com os Sistemas Nacionais de Vigilância Sanitária e de Vigilância Epidemiológica, articulada com a área assistencial.

Além disso, tendo em vista a complexidade e a abrangência do objeto da vigilância, guarda peculiaridades que transpõem os limites setoriais da saúde, implicando a ampliação de sua abordagem.

Como princípios, esquematicamente, pode-se considerar:

3.1 - Universalidade: todos os trabalhadores, independentemente de sua localização, urbana ou rural, de sua forma de inserção no mercado de trabalho, formal ou informal, de seus vínculos empregatícios, públicos ou privados, autônomos, doméstico, aposentado ou demitido são objeto e sujeitos da Vigilância em Saúde do Trabalhador.

3.2 - Integralidade das ações: o entendimento de atenção integral à saúde do trabalhador, compreendendo a assistência e recuperação dos agravos, os aspectos preventivos implicando intervenção sobre seus fatores determinantes em nível dos processos de trabalho e a promoção da saúde que implicam ações articuladas com os próprios trabalhadores e suas representações. A ênfase deve ser dirigida ao fato de que as ações individuais/curativas articulam-se com as ações coletivas, no âmbito da vigilância, considerando que os agravos à saúde do trabalhador são absolutamente passíveis de serem evitados.

3.3 - Pluriinstitucionalidade: articulação, com formação de redes e sistemas, entre as instâncias de vigilância em saúde do trabalhador e os centros de assistência e reabilitação, as universidades e centros de pesquisa e as instituições públicas com responsabilidade na área de saúde do trabalhador, consumo e ambiente.

3.4 - Controle social: incorporação dos trabalhadores e das suas organizações, principalmente as sindicais, em todas as etapas da vigilância em saúde do trabalhador, compreendendo sua participação na identificação das demandas, no planejamento, no estabelecimento de prioridades e adoção de estratégias, na execução das ações, no seu acompanhamento e avaliação e no controle da aplicação de recursos.

3.5 - Hierarquização e descentralização: consolidação do papel do município e dos distritos sanitários como instância efetiva de desenvolvimento das ações de vigilância em saúde do trabalhador, integrando os níveis estadual e nacional do Sistema Único de Saúde, no espectro da ação, em função de sua complexidade.

3.6 - Interdisciplinaridade: a abordagem multiprofissional sobre o objeto da vigilância em saúde do trabalhador deve contemplar os saberes técnicos, com a concorrência de diferentes áreas do conhecimento e, mais importante ainda, o “saber operário”, necessário para o desenvolvimento da ação.

3.7 - Pesquisa-intervenção: o entendimento de que a intervenção, no âmbito da vigilância em saúde do trabalhador, é o deflagrador de um processo contínuo, ao longo do tempo, em que a pesquisa é sua parte indissolúvel, subsidiando e aprimorando a própria intervenção.

3.8 - O caráter transformador: a intervenção sobre os fatores determinantes e condicionantes dos problemas de saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho com o entendimento de que a vigilância em saúde do trabalhador, sob a lógica do controle social e da transparência das ações, pode ter na intervenção um caráter proponente de mudanças dos processos de trabalho, a partir das análises tecnológica, ergonômica, organizacional e ambiental efetuadas pelo coletivo de instituições, sindicatos, trabalhadores e empresas, inclusive, superando a própria legislação.

4 - Objetivos

De forma esquemática pode-se dizer que a vigilância em saúde do trabalhador tem como objetivos:

a - conhecer a realidade de saúde da população trabalhadora, independentemente da forma de inserção no mercado de trabalho e do vínculo trabalhista estabelecido, considerando:

a1 - a caracterização de sua forma de adoecer e morrer em função da sua relação com o processo de trabalho;

a2 - o levantamento histórico dos perfis de morbidade e mortalidade em função da sua relação com o processo de trabalho;

a3 - a avaliação do processo, do ambiente e das condições em que o trabalho se realiza, identificando os riscos e cargas de trabalho a que está sujeita, nos seus aspectos tecnológicos, ergonômicos e organizacionais já conhecidos;

a4 - a pesquisa e a análise de novas e ainda desconhecidas formas de adoecer e morrer em decorrência do trabalho;

b - intervir nos fatores determinantes de agravos à saúde da população trabalhadora, visando eliminá-los ou, na sua impossibilidade, atenuá-los e controlá-los, considerando:

b1 - a fiscalização do processo, do ambiente e das condições em que o trabalho se realiza, fazendo cumprir, com rigor, as normas e legislações existentes, nacionais ou mesmo internacionais, quando relacionadas à promoção da saúde do trabalhador;

b2 - a negociação coletiva em saúde do trabalhador, além dos preceitos legais estabelecidos, quando se impuser a transformação do processo, do ambiente e das condições em que o trabalho se realiza, não prevista normativamente;

c - avaliar o impacto das medidas adotadas para a eliminação, atenuação e controle dos fatores determinantes de agravos à saúde, considerando:

c1 - a possibilidade de transformar os perfis de morbidade e mortalidade;

c2 - o aprimoramento contínuo da qualidade de vida no trabalho;

d - subsidiar a tomada de decisões dos órgãos competentes, nas três esferas de governo, considerando:

d1 - o estabelecimento de políticas públicas, contemplando a relação entre o trabalho e a saúde no campo de abrangência da vigilância em saúde;

d2 - a interveniência, junto às instâncias do Estado e da sociedade, para o aprimoramento das normas legais existentes e para a criação de novas normas legais em defesa da saúde dos trabalhadores;

d3 - o planejamento das ações e o estabelecimento de suas estratégias;

d4 - a participação na estruturação de serviços de atenção à saúde dos trabalhadores;

d5 - a participação na formação, capacitação e treinamento de recursos humanos com interesse na área;

e - estabelecer sistemas de informação em saúde do trabalhador, junto às estruturas existentes no setor saúde, considerando:

e1 - a criação de bases de dados comportando todas as informações oriundas do processo de vigilância e incorporando as informações tradicionais já existentes;

e2 - a divulgação sistemática das informações analisadas e consolidadas.

5 - Estratégias

A vigilância em saúde do trabalhador, como um conjunto de práticas sanitárias contínuas, calcada, entre outros princípios, na interdisciplinaridade, na pluriinstitucionalidade, no controle social, balizada na configuração do Sistema Único de Saúde, e tendo como imagem-objetivo a melhoria da qualidade de vida no trabalho, pressupõe o estabelecimento de estratégias operacionais para alcançá-la.

Embora cada Estado, Região ou Município, guardadas suas características, deva buscar a melhor forma de estabelecer suas próprias estratégias de vigilância, alguns pressupostos podem ser considerados como aplicáveis ao conjunto do SUS. Dentre os passos que podem ser estabelecidos na estratégia de operacionalização das ações, buscando manter uma lógica seqüencial de consolidação da vigilância, pode-se destacar:

5.1 - Onde já existam estruturas, estaduais e municipais, de saúde do trabalhador - Programas, Coordenações, Divisões, Gerências, Centros, Núcleos - promover e/ou aprofundar a relação institucional com as estruturas de Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária e Fiscalização Sanitária, buscando a superação da dicotomia existente em suas práticas, em que o objeto de ação da vigilância, em geral, não contempla o processo de produção e sua relação com a saúde dos trabalhadores. Com este intuito, recomenda-se a constituição de equipes multiprofissionais para a execução de ações interdisciplinares e pluriinstitucionais.

5.2 - Recomenda-se a criação de comissão, na forma colegiada, com a participação de trabalhadores, suas organizações sindicais e instituições públicas com responsabilidades em saúde do trabalhador, vinculada organicamente ao SUS e subordinada aos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, com a finalidade de assessorá-lo na definição de políticas, no estabelecimento de diretrizes e prioridades, e no acompanhamento e avaliação da execução das ações de saúde do trabalhador.

5.3 - Dada a abrangência e as dificuldades operacionais de se implementarem, simultaneamente, ações de vigilância em todos os ambientes de trabalho, em um dado município ou região, faz-se necessário o planejamento dessas ações com o estabelecimento de prioridades, visando a intervenções de impacto, com efeitos educativos e disciplinadores sobre o setor. Para tanto, recomenda-se a adoção de alguns critérios como:

- **Base Sindical:** Uma vez que um determinado sindicato de trabalhadores, com alguma tradição de luta pela saúde identifique e encaminhe situações-problema, junto à estrutura de vigilância, desencadeia-se uma ação integrada que visa atuar não apenas na empresa denunciada, mas nas principais empresas abrangidas por aquela categoria de trabalhadores. O investimento da ação nesta base deve considerar a capacidade de reprodutibilidade, a partir do sindicato em questão e para o movimento sindical como um todo, numa dada região.

- **Ramo Produtivo:** Consiste na atuação em todas as empresas com o mesmo perfil produtivo, capaz de se constituir em fonte de risco para a saúde, preponderantes numa dada região, independente da capacidade de mobilização dos sindicatos envolvidos. A utilização deste critério pode se dar por avaliação epidemiológica dos casos notificados, denúncias sucessivas ou análise dos processos produtivos. O investimento da ação, neste caso, visa à mudança dos processos de forma integrada, sem a punição de uma empresa em particular, mas intervindo em todas as empresas daquele setor e, em especial, nas que apresentam grande concentração de trabalhadores, sempre buscando a atuação conjunta com os sindicatos das categorias expostas.

- **Território:** Consiste na intervenção por varredura, em pequena área geográfica previamente delimitada (setor censitário, distrito de saúde, bairro, distrito industrial etc.), de todos os processos produtivos capazes de gerar dano à saúde. O investimento da ação, neste caso, visa abranger todos os trabalhadores, ao longo do tempo, a despeito de sua forma de inserção no mercado de trabalho e seu vínculo de emprego, a partir da elaboração de mapas dos processos produtivos, de modo a estabelecer um perfil de risco à saúde dos trabalhadores.

- **Epidemiológico (evento-sentinel):** Consiste na intervenção nas empresas, a partir de agravos à saúde dos trabalhadores que podem representar um problema coletivo, ainda não detectado, e mesmo um problema epidemiológico relevante, mas submerso. A intervenção dirige-se à maior ou às maiores empresas considerando os aspectos potenciais de frequência e/ou gravidade dos eventos-sentinel.

É importante salientar que os critérios acima não obedecem à ordem de hierarquia e tampouco são excludentes, podendo ser utilizados de forma combinada.

5.4 - Como estratégia de consolidação das ações de vigilância em saúde do trabalhador é fundamental que os Estados e os Municípios contemplem o tema na revisão de seus códigos de saúde.

6 - Metodologia

Considerando os objetivos da vigilância em saúde do trabalhador - conhecer a realidade para transformá-la, buscando um aprimoramento da qualidade de vida no trabalho - é necessário que se adotem metodologias capazes de estabelecer um diagnóstico situacional, dentro do princípio da pesquisa-

intervenção, e capazes, ainda, de avaliar de modo permanente os seus resultados no sentido das mudanças pretendidas.

Nesta linha, podem-se observar alguns pressupostos de caráter metodológico, compreendendo:

6.1 - Fase preparatória

Uma vez identificada a demanda, com base nas estratégias relacionadas, o planejamento da ação pressupõe uma fase preparatória, em que a equipe busca conhecer, com o maior aprofundamento possível, o(s) processo(s), o ambiente e as condições de trabalho do local onde será realizada a ação.

A preparação deve ser efetuada por meio de análise conjunta com os trabalhadores da(s) empresa(s) - objeto da vigilância e dos representantes sindicais daquela(s) categoria(s), tendo por objetivo não só aprofundar o conhecimento sobre o objeto da vigilância, através de seu saber operário mas, principalmente, traçar estratégias de desenvolvimento da ação.

Deve-se lançar mão, ainda nesta fase, de consulta bibliográfica especializada e das informações locais disponíveis acerca do caso em questão.

6.2 - A intervenção (inspeção/fiscalização sanitária)

A intervenção, realizada em conjunto com os representantes dos trabalhadores, de outras instituições, e sob a responsabilidade administrativa da equipe da Secretaria Estadual e/ou Municipal de Saúde, deverá considerar, na inspeção sanitária em saúde do trabalhador, a observância das normas e legislações que regulamentam a relação entre o trabalho e a saúde, de qualquer origem, especialmente na esfera da saúde, do trabalho, da previdência, do meio ambiente e das internacionais ratificadas pelo Brasil.

Além disso, é preciso considerar os aspectos passíveis de causar dano à saúde, mesmo que não estejam previstos nas legislações, considerando-se não só a observação direta por parte da equipe de situações de risco à saúde como, também, as questões subjetivas referidas pelos trabalhadores na relação de sua saúde com o trabalho realizado.

Os instrumentos administrativos de registro da ação, de exigências e outras medidas são os mesmos utilizados pelas áreas de Vigilância/Fiscalização Sanitária, tais como os Termos de Visita, Notificação, Intimação, Auto de Infração etc.

6.3 - Análise dos processos

Uma forma importante de considerar a capacidade potencial de adoecer no processo, no ambiente ou em decorrência das condições em que o trabalho se realiza é utilizar instrumentos que inventariem o processo produtivo e a sua forma de organização. Os instrumentos metodológicos, a ser estabelecidos no âmbito do SUS, devem ser entregues no ato da inspeção, para serem preenchidos pela empresa, e o **Roteiro de Vigilância**, construído e aplicado pela equipe, no momento da ação, é outra forma de conhecer os processos.

6.4 - Inquéritos

Como proposta metodológica de investigação, no mesmo tempo da intervenção, podem-se organizar inquéritos, por meio da equipe interdisciplinar e de representantes sindicais e/ou dos trabalhadores, aplicando questionários ao conjunto dos trabalhadores, contemplando a sua percepção da relação entre trabalho e saúde, a morbidade referida (sinais e sintomas objetivos e subjetivos), a vivência com o acidente e o quase acidente de trabalho (incidente crítico), consigo e com os companheiros, e suas sugestões para a transformação do processo, do ambiente e das condições em que o trabalho se realiza.

6.5 - Mapeamento de riscos

Podem-se utilizar algumas técnicas de mapeamento de riscos dos processos produtivos, de forma gradualmente mais complexa, à medida que a intervenção se consolida e as mudanças vão ocorrendo, sempre com a participação dos trabalhadores na sua elaboração.

Uma das técnicas que deve ser utilizada, especialmente em casos de acidentes graves e fatais, é a metodologia de árvore de causas para a investigação dos fatores determinantes do evento, que será objeto de publicação posterior.

Com a concorrência interdisciplinar, na equipe, de profissionais de áreas diversas e à medida que os trabalhadores se apropriem de novos conhecimentos acerca do tema, aprofunda-se a investigação, por intermédio da utilização de técnicas mais sofisticadas.

É importante mapear, além dos riscos tradicionalmente reconhecidos, as chamadas cargas de trabalho e as formas de desgaste do trabalhador.

6.6 - Estudos epidemiológicos

Os estudos epidemiológicos clássicos, tais como os seccionais, de coorte e caso controle, podem ser aplicados sempre que se identificar sua necessidade, igualmente com a concorrência, na equipe interdisciplinar de técnicos das universidades e centros de pesquisa, como assessores da equipe.

6.7 - Acompanhamento do processo

A intervenção implica a confecção de um relatório detalhado, incorporando o conjunto de informações coletadas, elaborado pela equipe, com a participação dos trabalhadores, servindo como parâmetro de avaliações futuras.

Em razão do ritmo de implementação das medidas, avalia-se a necessidade do envolvimento de outras instâncias como, por exemplo, o Ministério Público, com o objetivo de garantir as mudanças requeridas. Cabe ressaltar que o entendimento da intervenção deve ser o de um processo de acompanhamento e avaliação, ao longo do tempo, em que se deve buscar a negociação com as diversas instâncias, objetivando o aprimoramento da qualidade de vida no trabalho.

7 - Informações básicas

As informações de interesse para as ações em saúde do trabalhador, atualmente disponíveis, limitam-se à avaliação do perfil de morbi-mortalidade da população em geral, sem lograr o conhecimento sistemático dos riscos e o dimensionamento da população trabalhadora a eles exposta, que permitam a análise e a intervenção sobre seus determinantes.

É pensando na necessidade de se avançar nesse conhecimento para fins de intervenção e prevenção efetivas dos agravos relacionados ao trabalho, que foi definido o elenco de informações aqui apresentadas, sem perder a perspectiva de ser acrescidas outras de interesse local, regional ou mesmo nacional, à medida que o sistema de informações em saúde do trabalhador se estruture e se consolide.

7.1 - Informações acerca da mortalidade

As informações de mortalidade serão coletadas principalmente a partir da Declaração de Óbito, por intermédio do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Cada Município deverá investir na melhoria da qualidade dos dados da Declaração de Óbito e, sempre que possível, cruzar com outras informações disponíveis, principalmente a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), da Previdência Social.

7.2 - Informações acerca da morbidade

As informações de morbidade podem ser obtidas de diversas fontes, tais como a **Ficha Individual de Notificação de Agravos**, referente às doenças incluídas no Sistema de Notificação de Agravos Notificáveis (SINAN); a **Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT)**, normalmente utilizada para os trabalhadores do mercado formal de trabalho, regido pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT); as **fichas, prontuários e outros documentos** oriundos dos atendimentos ambulatoriais (SIA/SUS) e de internações (SIH/SUS) na rede de serviços de saúde

Os Estados e os Municípios poderão definir **eventos-sentinela** a ser notificados, incluindo-os no SINAN. Essa definição deverá ter por referência a análise do parque produtivo local ou a suspeita da existência de um agravo não diagnosticado como relacionado ao trabalho. A análise dos **eventos-sentinela** constituir-se-á em atividade complementar ao sistema de informações, particularmente neste momento em que o diagnóstico de doenças é muito reduzido. Observar, por exemplo, excessos de mortes ou morbidade por alguns tipos de cânceres ou de achados laboratoriais (leucopenias, anemias) que possam estar ocorrendo em grupos específicos de trabalhadores.

7.3 - Informações relativas às atividades e aos processos produtivos

Essas informações deverão ser obtidas à medida que os Estados e os Municípios executem e implantem as ações de vigilância.

Consideram-se, neste caso, **Cadastros de Estabelecimentos, Relatórios de Inspeção, Termos de Notificação e Fichas de Vigilância**.

Outras informações, utilizando os bancos de dados da RAIS e do IBGE, também poderão ser incorporadas, devendo ser desagregadas, por Município, para que possam ser adequadas aos níveis locais. Outras fontes de informação que deverão ser utilizadas, à medida que o sistema se capacite para tal, são as dos serviços médicos e de segurança e higiene industrial de empresas, do Anexo 1 da CIPA (Norma Regulamentadora nº 5, Portaria nº 3.214/78, MTb), dos sindicatos, das associações patronais, dos serviços/institutos de medicina legal, de associações e entidades civis (associações de moradores, grupos ecológicos, culturais), de outros órgãos da administração pública (DETRAN, secretarias de proteção ambiental, de indústria e comércio, do trabalho etc). Devem ser considerados ainda estudos epidemiológicos e resultados de pesquisas de interesse da área de saúde do trabalhador, como fonte de informações.

Um maior detalhamento acerca da criação de bancos de dados e adequação das informações em saúde do trabalhador aos Sistemas de Informação existentes, considerando, entre outros, a coleta, o fluxo, o processamento, a análise e a divulgação das informações, será efetuado em publicação posterior.

Os Estados e os Municípios poderão acrescentar outras informações e metodologias que julgarem pertinentes, inclusive sugerindo sua incorporação em âmbito nacional nas publicações subseqüentes.

8 - Considerações finais

A construção do Sistema Único de Saúde pressupõe um esforço permanente na afirmação de seus princípios e na ampliação das redes solidárias institucionais com a sociedade organizada.

Dentro do SUS, a área de saúde do trabalhador emerge como um desafio a mais, no sentido de se proverem os meios necessários para atender com primazia o que, a partir de 1988, com a Constituição Federal, passou a ser atribuição precípua das Secretarias de Saúde de Estados e Municípios: a Vigilância em Saúde do Trabalhador.

É preciso considerar, contudo, as dificuldades inerentes ao sistema de saúde, cujas práticas tradicionais, de há muito enraizadas, não dispõem de mecanismos ágeis de adequação às novas necessidades, determinadas pela lei e, mesmo, ansiadas pela sociedade.

Com este intuito, a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador pretende ser um instrumento capaz de ser um móvel de sensibilização e de ampliação das redes solidárias de construção da área específica e do próprio Sistema Único de Saúde.

Nesta perspectiva, pretende-se, ainda, com esta Instrução Normativa, iniciar uma série de publicações temáticas afins, entre as quais se destacam as questões dos **Agrotóxicos**, dos **Sistemas de Informações**, da **Investigação de Acidentes de Trabalho**, das **Intoxicações por Metais Pesados**, dos **Agravos de Caráter Ergonômico**, das **Pneumopatias de Origem Ocupacional**.

III. PORTARIA Nº 3.198 DE 30 DE OUTUBRO DE 1998 - NORMA OPERACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR (NOST – SUS/98):

Estabelece procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações e serviços de saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS).

O Ministro de Estado da Saúde, Interino, no uso da atribuição que lhe confere o art. 87, inciso II, da Constituição Federal, tendo em vista o disposto em seu art. 198, inciso II, combinado com os preceitos da Lei Orgânica da Saúde, nº 8.080, de 19 de setembro, e da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro, ambas de 1990, e

Considerando que a construção do Sistema Único de Saúde é um processo de responsabilidade do poder público, orientado pelas diretrizes e princípios da descentralização das ações e serviços de saúde, da universalidade, equidade e integralidade da ação, da participação e controle social e que pressupõe a efetiva implantação das ações de saúde do trabalhador neste processo;

Considerando que cabe ao Ministério da Saúde a coordenação nacional da política de saúde do trabalhador, assim como é de competência do SUS a execução de ações pertinentes a esta área, conforme determinam a Constituição Federal e a Lei Orgânica da Saúde;

Considerando que as determinações contidas na NOB-SUS 01/96 incluem a saúde do trabalhador como campo de atuação da atenção à saúde, necessitando de detalhamento para produzirem efeito de instrumento operacional;

Considerando as determinações contidas na Resolução nº 220, de 6 de março de 1997, do Conselho Nacional de Saúde, e na Instrução Normativa nº 1/97, de 15 de maio de 1997, do Ministério da Saúde, que recomendam a publicação desta Norma, resolve:

Art. 1º Aprovar a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador, na forma do anexo a esta Portaria, que tem por objetivo definir as atribuições e responsabilidades para orientar e instrumentalizar as ações de saúde do trabalhador urbano e do rural, consideradas as diferenças entre homens e mulheres, a ser desenvolvidas pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

Art.2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

BARJAS NEGRI

NORMA OPERACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR

NOST-SUS

Art. 1º A presente Norma, complementar à NOB-SUS 01/96, tem por objetivo orientar e instrumentalizar a realização das ações de saúde do trabalhador e da trabalhadora, urbano e rural, pelos Estados, o Distrito Federal e os Municípios, as quais devem nortear-se pelos seguintes pressupostos básicos:

I - universalidade e equidade, onde todos os trabalhadores, urbanos e rurais, com carteira assinada ou não, empregados, desempregados ou aposentados, trabalhadores em empresas públicas ou privadas, devem ter acesso garantido a todos os níveis de atenção à saúde;

II - integralidade das ações, tanto em termos do planejamento quanto da execução, com um movimento constante em direção à mudança do modelo assistencial para a atenção integral, articulando ações individuais e curativas com ações coletivas de vigilância da saúde, uma vez que os agravos à saúde, advindos do trabalho, são essencialmente preveníveis;

III - direito à informação sobre a saúde, por meio da rede de serviços do SUS, adotando como prática cotidiana o acesso e o repasse de informações aos trabalhadores, sobretudo os riscos, os resultados de

pesquisas que são realizadas e que dizem respeito diretamente à prevenção e à promoção da qualidade de vida;

IV - controle social, reconhecendo o direito de participação dos trabalhadores e suas entidades representativas em todas as etapas do processo de atenção à saúde, desde o planejamento e estabelecimento de prioridades, o controle permanente da aplicação dos recursos, a participação nas atividades de vigilância em saúde, até a avaliação das ações realizadas;

V - regionalização e hierarquização das ações de saúde do trabalhador, que deverão ser executadas por todos os níveis da rede de serviços, segundo o grau de complexidade, desde as básicas até as especializadas, organizadas em um sistema de referência e contra-referência, local e regional;

VI - utilização do critério epidemiológico e de avaliação de riscos no planejamento e na avaliação das ações, no estabelecimento de prioridades e na alocação de recursos;

VII - configuração da saúde do trabalhador como um conjunto de ações de vigilância e assistência, visando à promoção, à proteção, à recuperação e à reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos a riscos e agravos advindos do processo de trabalho.

Art. 2º Cabe aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios a execução de ações na área de saúde do trabalhador, considerando as diferenças de gênero.

Art. 3º Aos Municípios, por intermédio de suas Secretarias de Saúde, caberá realizar as ações discriminadas, conforme a condição de gestão em que estejam habilitados, como seguem:

I- Na Gestão Plena da Atenção Básica, assumirá as seguintes ações de saúde do trabalhador:

a) garantia do atendimento ao acidentado do trabalho e ao suspeito ou portador de doença profissional ou do trabalho, por meio da rede própria ou contratada, dentro de seu nível de responsabilidade da atenção, assegurando todas as condições necessárias para o acesso aos serviços de referência, sempre que a situação exigir;

b) realização de ações de vigilância nos ambientes e processos de trabalho, compreendendo a identificação das situações de risco e a tomada de medidas pertinentes para a resolução da situação e a investigação epidemiológica;

c) notificação dos agravos à saúde e os riscos relacionados com o trabalho, alimentando regularmente o sistema de informações dos órgãos e serviços de vigilância, assim como a base de dados de interesse nacional;

d) estabelecimento de rotina de sistematização e análise dos dados gerados no atendimento aos agravos à saúde relacionados ao trabalho, de modo a orientar as intervenções de vigilância, a organização dos serviços e das demais ações em saúde do trabalhador;

e) utilização dos dados gerados nas atividades de atenção à saúde do trabalhador, com vistas a subsidiar a programação e avaliação das ações de saúde neste campo, e alimentar os bancos de dados de interesse nacional.

II - Na Gestão Plena do Sistema Municipal, assumirá, além das já previstas pela condição de Gestão Plena da Atenção Básica, as seguintes ações de saúde do trabalhador:

a) emissão de laudos e relatórios circunstanciados sobre os agravos relacionados com o trabalho ou limitações (seqüelas) deles resultantes, por meio de recursos próprios ou do apoio de outros serviços de referência;

b) instituição e operacionalização de um sistema de referência para o atendimento ao acidentado do trabalho e ao suspeito ou portador de doença profissional ou do trabalho, capaz de dar suporte técnico especializado para o estabelecimento da relação do agravo com o trabalho, a confirmação diagnóstica, o tratamento, a recuperação e a reabilitação da saúde, assim como para a realização dos encaminhamentos necessários que a situação exigir;

c) realização sistemática de ações de vigilância nos ambientes e processos de trabalho, compreendendo o levantamento e análise de informações, a inspeção sanitária nos locais de trabalho, a identificação e avaliação das situações de risco, a elaboração de relatórios, a aplicação de procedimentos administrativos e a investigação epidemiológica ;

d) instituição e manutenção de cadastro atualizado das empresas classificadas nas atividades econômicas desenvolvidas no Município, com indicação dos fatores de risco que possam ser gerados para o contingente populacional, direta ou indiretamente a eles expostos;

Parágrafo único. O Município deverá manter unidade especializada de referência em Saúde do Trabalhador, para facilitar a execução das ações previstas neste artigo.

Art. 4º Os Estados, nas condições de gestão avançada e plena do sistema estadual, por intermédio de suas Secretarias de Saúde, respeitadas as responsabilidades e prerrogativas dos Municípios habilitados nas condições de gestão previstas no artigo anterior, assumirão as seguintes ações de saúde do trabalhador:

I - controle da qualidade das ações de saúde do trabalhador desenvolvidas pelos Municípios, preconizadas nesta Norma, conforme mecanismos de avaliação definidos em conjunto com as Secretarias Municipais de Saúde;

II - definição, juntamente com os Municípios, de mecanismos de referência e contra-referência, bem como outras medidas necessárias para assegurar o pleno desenvolvimento das ações de assistência e vigilância em saúde do trabalhador;

III - capacitação de recursos humanos para a realização das ações de saúde do trabalhador, no seu âmbito de atuação;

IV - estabelecimento de rotina de sistematização, processamento e análise dos dados sobre saúde do trabalhador, gerados nos Municípios e no seu próprio campo de atuação, e de alimentação regular das bases de dados, estaduais e municipais;

V - elaboração do perfil epidemiológico da saúde dos trabalhadores no Estado, a partir de fontes de informação existentes e, se necessário, por intermédio de estudos específicos, com vistas a subsidiar a programação e avaliação das ações de atenção à saúde do trabalhador;

VI - prestação de cooperação técnica aos Municípios, para o desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador;

VII - instituição e manutenção de cadastro atualizado das empresas, classificadas nas atividades econômicas desenvolvidas no Estado, com indicação dos fatores de risco que possam ser gerados para o contingente populacional, direta ou indiretamente a eles expostos.

§ 1º Recomenda-se a criação de unidades especializadas em Saúde do Trabalhador para facilitar as ações previstas neste artigo.

§ 2º A organização de unidades especializadas de referência em Saúde do Trabalhador, o estímulo à implementação de unidades no Município, na região ou em forma de consórcio, e o registro de 100% dos casos atendidos de acidentes de trabalho e agravos decorrentes do processo de trabalho, comporão o Índice de Valorização de Resultados (IVR), de acordo com os critérios a serem definidos pela Comissão Intergestores Tripartite, e a ser estabelecido em portaria do Ministério da Saúde.

Art. 5º Esta Norma trata de um conjunto de atividades essenciais para a incorporação das ações de saúde do trabalhador no contexto das ações de atenção à saúde, devendo os Estados, o Distrito Federal e os Municípios que já têm serviços e ações organizados, ou pelas características de seu parque produtivo e perfil epidemiológico, ampliar seu espectro de ação para além do que estabelece esta Norma.

Art. 6º A implementação do financiamento das ações de saúde do trabalhador consiste na garantia do recebimento dos recursos por meio das fontes de transferências, já constituídas legalmente em cada esfera de governo e na definição de mecanismos que garantam que os recursos provenientes destas fontes sejam aplicados no desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador estabelecidas nos planos de saúde.

Art. 7º Recomenda-se ao Estado e ao Município a revisão dos Códigos de Saúde, para contemplar as ações de saúde do trabalhador.

Art. 8º Compete ao Estado, ao Distrito Federal e ao Município estabelecer normas complementares, no seu âmbito de atuação, com o objetivo de assegurar a proteção à saúde dos trabalhadores.

Art. 9º A presente Norma deverá ser avaliada permanentemente, a partir dos resultados de sua implementação, consolidados pelo órgão competente do Ministério da Saúde e amplamente divulgados às instâncias do SUS.

Art. 10º Recomenda-se a instituição de Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador, com a participação de entidades que tenham interfaces com a área de saúde do trabalhador, subordinada aos Conselhos Estadual e Municipal de Saúde, com a finalidade de assessorá-lo na definição das políticas, no estabelecimento de prioridades e no acompanhamento e avaliação das ações de saúde do trabalhador.

IV. RELAÇÃO DAS NORMAS REGULAMENTADORAS DE SEGURANÇA E SAÚDE DO TRABALHADOR DO MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO.

NR 7 - PROGRAMA DE CONTROLE MÉDICO DE SAÚDE OCUPACIONAL (107.000-2) da Portaria 3.214/78

7.1. Do objeto.

7.1.1. Esta Norma Regulamentadora - NR estabelece a obrigatoriedade de elaboração e implementação, por parte de todos os empregadores e instituições que admitam trabalhadores como empregados, do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional - PCMSO, com o objetivo de promoção e preservação da saúde do conjunto dos seus trabalhadores.

7.1.2. Esta NR estabelece os parâmetros mínimos e diretrizes gerais a serem observados na execução do PCMSO, podendo os mesmos ser ampliados mediante negociação coletiva de trabalho.

7.1.3. Caberá à empresa contratante de mão-de-obra prestadora de serviços informar a empresa contratada dos riscos existentes e auxiliar na elaboração e implementação do PCMSO nos locais de trabalho onde os serviços estão sendo prestados.

7.2. Das diretrizes.

7.2.1. O PCMSO é parte integrante do conjunto mais amplo de iniciativas da empresa no campo da saúde dos trabalhadores, devendo estar articulado com o disposto nas demais NR.

7.2.2. O PCMSO deverá considerar as questões incidentes sobre o indivíduo e a coletividade de trabalhadores, privilegiando o instrumental clínico-epidemiológico na abordagem da relação entre sua saúde e o trabalho.

7.2.3. O PCMSO deverá ter caráter de prevenção, rastreamento e diagnóstico precoce dos agravos à saúde relacionados ao trabalho, inclusive de natureza subclínica, além da constatação da existência de casos de doenças profissionais ou danos irreversíveis à saúde dos trabalhadores.

7.2.4. O PCMSO deverá ser planejado e implantado com base nos riscos à saúde dos trabalhadores, especialmente os identificados nas avaliações previstas nas demais NR.

7.3. Das responsabilidades.

7.3.1. Compete ao empregador:

a) garantir a elaboração e efetiva implementação do PCMSO, bem como zelar pela sua eficácia; (107.001-0 / I2)

b) custear sem ônus para o empregado todos os procedimentos relacionados ao PCMSO; (107.046-0)

c) indicar, dentre os médicos dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho – SESOMT, da empresa, um coordenador responsável pela execução do PCMSO; (107.003-7 / I1)

d) no caso de a empresa estar desobrigada de manter médico do trabalho, de acordo com a NR 4, deverá o empregador indicar médico do trabalho, empregado ou não da empresa, para coordenar o PCMSO; (107.004-5 / I1)

e) inexistindo médico do trabalho na localidade, o empregador poderá contratar médico de outra especialidade para coordenar o PCMSO. (107.005-3 / I1)

7.3.1.1. Ficam desobrigadas de indicar médico coordenador as empresas de grau de risco 1 e 2, segundo o Quadro 1 da NR 4, com até 25 (vinte e cinco) empregados e aquelas de grau de risco 3 e 4, segundo o Quadro 1 da NR 4, com até 10 (dez) empregados.

7.3.1.1.1. As empresas com mais de 25 (vinte e cinco) empregados e até 50 (cinquenta) empregados, enquadradas no grau de risco 1 ou 2, segundo o Quadro 1 da NR 4, poderão estar desobrigadas de indicar médico coordenador em decorrência de negociação coletiva.

7.3.1.1.2. As empresas com mais de 10 (dez) empregados e com até 20 (vinte) empregados, enquadradas no grau de risco 3 ou 4, segundo o Quadro 1 da NR 4, poderão estar desobrigadas de indicar médico do trabalho coordenador em decorrência de negociação coletiva, assistida por profissional do órgão regional competente em segurança e saúde no trabalho.

7.3.1.1.3. Por determinação do Delegado Regional do Trabalho, com base no parecer técnico conclusivo da autoridade regional competente em matéria de segurança e saúde do trabalhador, ou em decorrência de negociação coletiva, as empresas previstas no item

7.3.1.1 e subitens anteriores poderão ter a obrigatoriedade de indicação de médico coordenador, quando suas condições representarem potencial de risco grave aos trabalhadores.

7.3.2. Compete ao médico coordenador:

a) realizar os exames médicos previstos no item 7.4.1 ou encarregar os mesmos a profissional médico familiarizado com os princípios da patologia ocupacional e suas causas, bem como com o ambiente, as condições de trabalho e os riscos a que está ou será exposto cada trabalhador da empresa a ser examinado; (107.006-1 / I1)

b) encarregar dos exames complementares previstos nos itens, quadros e anexos desta NR profissionais e/ou entidades devidamente capacitados, equipados e qualificados. (107.007-0 / I1)

7.4. Do desenvolvimento do PCMSO.

7.4.1. O PCMSO deve incluir, entre outros, a realização obrigatória dos exames médicos:

a) admissional; (107.008-8 / I3)

b) periódico; (107.009-6 / I3)

c) de retorno ao trabalho; (107.010-0 / I3)

d) de mudança de função; (107.011-8 / I3)

e) demissional. (107.012-6 / I3)

7.4.2. Os exames de que trata o item 7.4.1 compreendem:

a) avaliação clínica, abrangendo anamnese ocupacional e exame físico e mental; (107.013-4 / I1)

b) exames complementares, realizados de acordo com os termos específicos nesta NR e seus anexos. (107.014-2 / I1)

7.4.2.1. Para os trabalhadores cujas atividades envolvem os riscos discriminados nos Quadros I e II desta NR, os exames médicos complementares deverão ser executados e interpretados com base nos critérios constantes dos referidos quadros e seus anexos. A periodicidade de avaliação dos indicadores biológicos do Quadro I deverá ser, no mínimo, semestral, podendo ser reduzida a critério do médico coordenador, ou por notificação do médico agente da inspeção do trabalho, ou mediante negociação coletiva de trabalho. (107.015-0 / I2)

7.4.2.2. Para os trabalhadores expostos a agentes químicos não-constantes dos Quadros I e II, outros indicadores biológicos poderão ser monitorizados, dependendo de estudo prévio dos aspectos de validade toxicológica, analítica e de interpretação desses indicadores. (107.016-9 / I1)

7.4.2.3. Outros exames complementares usados normalmente em patologia clínica para avaliar o funcionamento de órgãos e sistemas orgânicos podem ser realizados, a critério do médico coordenador ou encarregado, ou por notificação do médico agente da inspeção do trabalho, ou ainda decorrente de negociação coletiva de trabalho. (107.017-7 / I1)

7.4.3. A avaliação clínica referida no item 7.4.2, alínea "a", com parte integrante dos exames médicos constantes no item 7.4.1, deverá obedecer aos prazos e à periodicidade conforme previstos nos subitens abaixo relacionados:

7.4.3.1. no exame médico admissional, deverá ser realizada antes que o trabalhador assumira suas atividades; (107.018-5 / I1)

7.4.3.2. no exame médico periódico, de acordo com os intervalos mínimos de tempo abaixo discriminados:

a) para trabalhadores expostos a riscos ou a situações de trabalho que impliquem o desencadeamento ou agravamento de doença ocupacional, ou, ainda, para aqueles que sejam portadores de doenças crônicas, os exames deverão ser repetidos:

a.1) a cada ano ou a intervalos menores, a critério do médico encarregado, ou se notificado pelo médico agente da inspeção do trabalho, ou, ainda, como resultado de negociação coletiva de trabalho; (107.019-3 / I3)

a.2) de acordo com a periodicidade especificada no Anexo n.º 6 da NR 15, para os trabalhadores expostos a condições hiperbáricas; (107.020-7 / I4)

b) para os demais trabalhadores:

b.1) anual, quando menores de 18 (dezoito) anos e maiores de 45 (quarenta e cinco) anos de idade; (107.021-5 / I2)

b.2) a cada dois anos, para os trabalhadores entre 18 (dezoito) anos e 45 (quarenta e cinco) anos de idade. (107.022-3 / I1)

7.4.3.3. No exame médico de retorno ao trabalho, deverá ser realizada obrigatoriamente no primeiro dia da volta ao trabalho de trabalhador ausente por período igual ou superior a 30 (trinta) dias por motivo de doença ou acidente, de natureza ocupacional ou não, ou parto. (107.023-1 / I1)

7.4.3.4. No exame médico de mudança de função, será obrigatoriamente realizada antes da data da mudança.
(107.024-0 / I1)

7.4.3.4.1. Para fins desta NR, entende-se por mudança de função toda e qualquer alteração de atividade, posto de trabalho ou de setor que implique a exposição do trabalhador à risco diferente daquele a que estava exposto antes da mudança.

7.4.3.5. No exame médico demissional, será obrigatoriamente realizada até a data da homologação, desde que o último exame médico ocupacional tenha sido realizado há mais de: (107.047-9)
135 (cento e trinta e cinco) dias para as empresas de grau de risco 1 e 2, segundo o Quadro I da NR 4;
90 (noventa) dias para as empresas de grau de risco 3 e 4, segundo o Quadro I da NR 4.

7.4.3.5.1. As empresas enquadradas no grau de risco 1 ou 2, segundo o Quadro I da NR 4, poderão ampliar o prazo de dispensa da realização do exame demissional em até mais 135 (cento e trinta e cinco) dias, em decorrência de negociação coletiva, assistida por profissional indicado de comum acordo entre as partes ou por profissional do órgão regional competente em segurança e saúde no trabalho.

7.4.3.5.2. As empresas enquadradas no grau de risco 3 ou 4, segundo o Quadro I da NR 4, poderão ampliar o prazo de dispensa da realização do exame demissional em até mais 90 (noventa) dias, em decorrência de negociação coletiva assistida por profissional indicado de comum acordo entre as partes ou por profissional do órgão regional competente em segurança e saúde no trabalho.

7.4.3.5.3. Por determinação do Delegado Regional do Trabalho, com base em parecer técnico conclusivo da autoridade regional competente em matéria de segurança e saúde do trabalhador, ou em decorrência de negociação coletiva, as empresas poderão ser obrigadas a realizar o exame médico demissional independentemente da época de realização de qualquer outro exame, quando suas condições representarem potencial de risco grave aos trabalhadores.

7.4.4. Para cada exame médico realizado, previsto no item 7.4.1, o médico emitirá o Atestado de Saúde Ocupacional - ASO, em 2 (duas) vias.

7.4.4.1. A primeira via do ASO ficará arquivada no local de trabalho do trabalhador, inclusive frente de trabalho ou canteiro de obras, à disposição da fiscalização do trabalho. (107.026-6 / I2)

7.4.4.2. A segunda via do ASO será obrigatoriamente entregue ao trabalhador, mediante recibo na primeira via. (107.027-4 / I2)

7.4.4.3. O ASO deverá conter no mínimo:

- a) nome completo do trabalhador, o número de registro de sua identidade e sua função; (107.048-7 / I1)
- b) os riscos ocupacionais específicos existentes, ou a ausência deles, na atividade do empregado, conforme instruções técnicas expedidas pela Secretaria de Segurança e Saúde no Trabalho-SSST; (107.049-5 / I1)
- c) indicação dos procedimentos médicos a que foi submetido o trabalhador, incluindo os exames complementares e a data em que foram realizados; (107.050-9 / I1)
- d) o nome do médico coordenador, quando houver, com respectivo CRM; (107.051-7 / I2)
- e) definição de apto ou inapto para a função específica que o trabalhador vai exercer, exerce ou exerceu; (107.052-5 / I2)
- f) nome do médico encarregado do exame e endereço ou forma de contato; (107.053-3 / I2)
- g) data e assinatura do médico encarregado do exame e carimbo contendo seu número de inscrição no Conselho Regional de Medicina. (107.054-1 / I2)

7.4.5. Os dados obtidos nos exames médicos, incluindo avaliação clínica e exames complementares, as conclusões e as medidas aplicadas deverão ser registrados em prontuário clínico individual, que ficará sob a responsabilidade do médico-coordenador do PCMSO. (107.033-9 / I3)

7.4.5.1. Os registros a que se refere o item 7.4.5 deverão ser mantidos por período mínimo de 20 (vinte) anos após o desligamento do trabalhador. (107.034-7 / I4)

7.4.5.2. Havendo substituição do médico a que se refere o item 7.4.5, os arquivos deverão ser transferidos para seu sucessor. (107.035-5 / I4)

7.4.6. O PCMSO deverá obedecer a um planejamento em que estejam previstas as ações de saúde a serem executadas durante o ano, devendo estas ser objeto de relatório anual. (107.036-3 / I2)

7.4.6.1. O relatório anual deverá discriminar, por setores da empresa, o número e a natureza dos exames médicos, incluindo avaliações clínicas e exames complementares, estatísticas de resultados considerados anormais, assim como o planejamento para o próximo ano, tomando como base o modelo proposto no Quadro III desta NR. (107.037-1 / I1)

7.4.6.2. O relatório anual deverá ser apresentado e discutido na CIPA, quando existente na empresa, de acordo com a NR 5, sendo sua cópia anexada ao livro de atas daquela comissão. (107.038-0 / I1)

7.4.6.3. O relatório anual do PCMSO poderá ser armazenado na forma de arquivo informatizado, desde que este seja mantido de modo a proporcionar o imediato acesso por parte do agente da inspeção do trabalho. (107.039-8 / I1)

7.4.6.4. As empresas desobrigadas de indicarem médico coordenador ficam dispensadas de elaborar o relatório anual.

7.4.7. Sendo verificada, através da avaliação clínica do trabalhador e/ou dos exames constantes do Quadro I da presente NR, apenas exposição excessiva (EE ou SC+) ao risco, mesmo sem qualquer sintomatologia ou sinal clínico, deverá o trabalhador ser afastado do local de trabalho, ou do risco, até que esteja normalizado o indicador biológico de exposição e as medidas de controle nos ambientes de trabalho tenham sido adotadas. (107.040-1 / I1)

7.4.8. Sendo constatada a ocorrência ou agravamento de doenças profissionais, através de exames médicos que incluam os definidos nesta NR; ou sendo verificadas alterações que revelem qualquer tipo de disfunção de órgão ou sistema biológico, através dos exames constantes dos Quadros I (apenas aqueles com interpretação SC) e II, e do item 7.4.2.3 da presente NR, mesmo sem sintomatologia, caberá ao médico-coordenador ou encarregado:

- a) solicitar à empresa a emissão da Comunicação de Acidente do Trabalho - CAT; (107.041-0 / I1)
- b) indicar, quando necessário, o afastamento do trabalhador da exposição ao risco, ou do trabalho; (107.042-8 / I2)
- c) encaminhar o trabalhador à Previdência Social para estabelecimento de nexos causal, avaliação de incapacidade e definição da conduta previdenciária em relação ao trabalho; (107.043-6 / I1)
- d) orientar o empregador quanto à necessidade de adoção de medidas de controle no ambiente de trabalho. (107.044-4 / I1)

7.5. Dos primeiros socorros.

7.5.1. Todo estabelecimento deverá estar equipado com material necessário à prestação dos primeiros socorros, considerando-se as características da atividade desenvolvida; manter esse material guardado em local adequado e aos cuidados de pessoa treinada para esse fim. (107.045-2 / I1)

NR 9 - PROGRAMA DE PREVENÇÃO DE RISCOS AMBIENTAIS (109.000-3)

9.1. Do objeto e campo de aplicação.

9.1.1. Esta Norma Regulamentadora - NR estabelece a obrigatoriedade da elaboração e implementação, por parte de todos os empregadores e instituições que admitam trabalhadores como empregados, do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais - PPRA, visando à preservação da saúde e da integridade

dos trabalhadores, através da antecipação, reconhecimento, avaliação e conseqüente controle da ocorrência de riscos ambientais existentes ou que venham a existir no ambiente de trabalho, tendo em consideração a proteção do meio ambiente e dos recursos naturais. (109.001-1 / 12)

9.1.2. As ações do PPRA devem ser desenvolvidas no âmbito de cada estabelecimento da empresa, sob a responsabilidade do empregador, com a participação dos trabalhadores, sendo sua abrangência e profundidade dependentes das características dos riscos e das necessidades de controle. (109.002-0 / 12)

9.1.2.1. Quando não forem identificados riscos ambientais nas fases de antecipação ou reconhecimento, descritas no itens

9.3.2 e 9.3.3, o PPRA poderá resumir-se às etapas previstas nas alíneas "a" e "i" do subitem 9.3.1.

9.1.3. O PPRA é parte integrante do conjunto mais amplo das iniciativas da empresa no campo da preservação da saúde e da integridade dos trabalhadores, devendo estar articulado com o disposto nas demais NR, em especial com o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional - PCMSO previsto na NR 7.

9.1.4. Esta NR estabelece os parâmetros mínimos e diretrizes gerais a serem observados na execução do PPRA, podendo os mesmos ser ampliados mediante negociação coletiva de trabalho.

9.1.5. Para efeito desta NR, consideram-se riscos ambientais os agentes físicos, químicos e biológicos existentes nos ambientes de trabalho que, em função de sua natureza, concentração ou intensidade e tempo de exposição, são capazes de causar danos à saúde do trabalhador.

9.1.5.1. Consideram-se agentes físicos as diversas formas de energia a que possam estar expostos os trabalhadores, tais como: ruído, vibrações, pressões anormais, temperaturas extremas, radiações ionizantes, radiações ionizantes, bem como o infra-som e o ultra-som.

9.1.5.2. Consideram-se agentes químicos as substâncias, compostos ou produtos que possam penetrar no organismo pela via respiratória, nas formas de poeiras, fumos, névoas, neblinas, gases ou vapores, ou que, pela natureza da atividade de exposição, possam ter contato ou ser absorvido pelo organismo através da pele ou por ingestão.

9.1.5.3. Consideram-se agentes biológicos as bactérias, fungos, bacilos, parasitas, protozoários, vírus, entre outros.

9.2. Da estrutura do PPRA.

9.2.1. O Programa de Prevenção de Riscos Ambientais deverá conter, no mínimo, a seguinte estrutura:

a) planejamento anual com estabelecimento de metas, prioridades e cronograma; (109.003-8 / 11)

b) estratégia e metodologia de ação; (109.004-6 / 11)

c) forma do registro, manutenção e divulgação dos dados; (109.005-4 / 11)

d) periodicidade e forma de avaliação do desenvolvimento do PPRA. (109.006-2 / 11)

9.2.1.1. Deverá ser efetuada, sempre que necessário e pelo menos uma vez ao ano, uma análise global do PPRA para avaliação do seu desenvolvimento e realização dos ajustes necessários e estabelecimento de novas metas e prioridades. (109.007-0 / 12)

9.2.2. O PPRA deverá estar descrito num documento-base contendo todos os aspectos estruturais constantes do item 9.2.1.

9.2.2.1. O documento-base e suas alterações e complementações deverão ser apresentados e discutidos na CIPA, quando existente na empresa, de acordo com a NR 5, sendo sua cópia anexada ao livro de atas desta Comissão. (109.008-9 / 12)

9.2.2.2. O documento-base e suas alterações deverão estar disponíveis de modo a proporcionar o imediato acesso às autoridades competentes. (109.009-7 / 12)

9.2.3. O cronograma previsto no item 9.2.1 deverá indicar claramente os prazos para o desenvolvimento das etapas e cumprimento das metas do PPRA.

9.3. Do desenvolvimento do PPRA.

9.3.1. O Programa de Prevenção de Riscos Ambientais deverá incluir as seguintes etapas:

- a) antecipação e reconhecimento dos riscos; (109.010-0 / I1)
- b) estabelecimento de prioridades e metas de avaliação e controle; (109.011-9 / I1)
- c) avaliação dos riscos e da exposição dos trabalhadores; (109.012-7 / I1)
- d) implantação de medidas de controle e avaliação de sua eficácia; (109.013-5 / I1)
- e) monitoramento da exposição aos riscos; (109.014-3 / I1)
- f) registro e divulgação dos dados. (109.015-1 / I1)

9.3.1.1. A elaboração, implementação, acompanhamento e avaliação do PPRA poderão ser feitas pelo Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho - SESMT ou por pessoa ou equipe de pessoas que, a critério do empregador, sejam capazes de desenvolver o disposto nesta NR.

9.3.2. A antecipação deverá envolver a análise de projetos de novas instalações, métodos ou processos de trabalho, ou de modificação dos já existentes, visando a identificar os riscos potenciais e introduzir medidas de proteção para sua redução ou eliminação. (109.016-0 / I1)

9.3.3. O reconhecimento dos riscos ambientais deverá conter os seguintes itens, quando aplicáveis:

- a) a sua identificação; (109.017-8 / I3)
- b) a determinação e localização das possíveis fontes geradoras; (109.018-6 / I3)
- c) a identificação das possíveis trajetórias e dos meios de propagação dos agentes no ambiente de trabalho; (109.019-4 / I3)
- d) a identificação das funções e determinação do número de trabalhadores expostos; (109.020-8 / I3)
- e) a caracterização das atividades e do tipo da exposição; (109.021-6 / I3)
- f) a obtenção de dados existentes na empresa, indicativos de possível comprometimento da saúde decorrente do trabalho; (109.022-4 / I3)
- g) os possíveis danos à saúde relacionados aos riscos identificados, disponíveis na literatura técnica; (109.023-2 / I3)
- h) a descrição das medidas de controle já existentes. (109.024-0 / I3)

9.3.4. A avaliação quantitativa deverá ser realizada sempre que necessária para:

- a) comprovar o controle da exposição ou a inexistência de riscos identificados na etapa de reconhecimento; (109.025-9 / I1)
- b) dimensionar a exposição dos trabalhadores; (109.026-7 / I1)
- c) subsidiar o equacionamento das medidas de controle. (109.027-5 / I1)

9.3.5. Das medidas de controle.

9.3.5.1. Deverão ser adotadas as medidas necessárias suficientes para a eliminação, a minimização ou o controle dos riscos ambientais sempre que forem verificadas uma ou mais das seguintes situações:

- a) identificação, na fase de antecipação, de risco potencial à saúde; (109.028-3 / I3)
- b) constatação, na fase de reconhecimento de risco evidente à saúde; (109.029-1 / I1)
- c) quando os resultados das avaliações quantitativas da exposição dos trabalhadores excederem os valores dos limites previstos na NR 15 ou, na ausência destes os valores limites de exposição ocupacional adotados pela American Conference of Governmental Industrial Hygienists-ACGIH, ou aqueles que venham a ser estabelecidos em negociação coletiva de trabalho, desde que mais rigorosos do que os critérios técnico-legais estabelecidos; (109.030-5 / I1)
- d) quando, através do controle médico da saúde, ficar caracterizado o nexo causal entre danos observados na saúde dos trabalhadores e a situação de trabalho a que eles ficam expostos. (109.031-3 / I1).

9.3.5.2. O estudo desenvolvimento e implantação de medidas de proteção coletiva deverão obedecer à seguinte hierarquia:

- a) medidas que eliminam ou reduzam a utilização ou a formação de agentes prejudiciais à saúde;
- b) medidas que previnam a liberação ou disseminação desses agentes prejudiciais à saúde; trabalho;
- c) medidas que reduzam os níveis ou a concentração desses agentes no ambiente de trabalho.

9.3.5.3. A implantação de medidas de caráter coletivo deverá ser acompanhada de treinamento dos trabalhadores quanto os procedimentos que assegurem a sua eficiência e de informação sobre as eventuais limitações de proteção que ofereçam; 9.032-1 / I1)

9.3.5.4. Quando comprovado pelo empregador ou instituição, a inviabilidade técnica da adoção de medidas de proteção coletiva ou quando estas não forem suficientes ou encontrarem-se em fase de estudo, planejamento ou implantação ou ainda em caráter complementar ou emergencial, deverão ser adotadas outras medidas obedecendo-se à seguinte hierarquia:

- a) medidas de caráter administrativo ou de organização do trabalho;
- b) utilização de Equipamento de Proteção Individual - EPI.

9.3.5.5. A utilização de EPI no âmbito do programa deverá considerar as Normas Legais e Administrativas em vigor e envolver no mínimo:

- a) seleção do EPI adequado tecnicamente ao risco a que o trabalhador está exposto e à atividade exercida, considerando-se a eficiência necessária para o controle da exposição ao risco e o conforto oferecido segundo avaliação do trabalhador usuário;
- b) programa de treinamento dos trabalhadores quanto à sua correta utilização e orientação sobre as limitações de proteção que o EPI oferece;
- c) estabelecimento de normas ou procedimento para promover o fornecimento, o uso, a guarda, a higienização, a conservação, a manutenção e a reposição do EPI, visando a garantir a condições de proteção originalmente estabelecidas;
- d) caracterização das funções ou atividades dos trabalhadores, com a respectiva identificação dos EPI utilizado para os riscos ambientais.

9.3.5.6. O PPRA deve estabelecer critérios e mecanismos de avaliação da eficácia das medidas de proteção implantadas considerando os dados obtidos nas avaliações realizadas e no controle médico da saúde previsto na NR 7.

9.3.6. Do nível de ação.

9.3.6.1. Para os fins desta NR, considera-se nível de ação o valor acima do qual devem ser iniciadas ações preventivas de forma a minimizar a probabilidade de que as exposições a agentes ambientais ultrapassem os limites de exposição. As ações devem incluir o monitoramento periódico da exposição, a informação aos trabalhadores e o controle médico.

9.3.6.2. Deverão ser objeto de controle sistemático as situações que apresentem exposição ocupacional acima dos níveis de ação, conforme indicado nas alíneas que seguem:

- a) para agentes químicos, a metade dos limites de exposição ocupacional considerados de acordo com a alínea "c" do subitem 9.3.5.1; (109.033-0 / 12)
- b) para o ruído, a dose de 0,5 (dose superior a 50%), conforme critério estabelecido na NR 15, Anexo I, item 6. (109.034-8 / 12)

9.3.7. Do monitoramento.

9.3.7.1. Para o monitoramento da exposição dos trabalhadores e das medidas de controle deve ser realizada uma avaliação sistemática e repetitiva da exposição a um dado risco, visando à introdução ou modificação das medidas de controle, sempre que necessário.

9.3.8. Do registro de dados.

9.3.8.1. Deverá ser mantido pelo empregador ou instituição um registro de dados, estruturado de forma a constituir um histórico técnico e administrativo do desenvolvimento do PPRA. (109.035-6 / 11)

9.3.8.2. Os dados deverão ser mantidos por um período mínimo de 20 (vinte) anos. (109.036-4 / 11)

9.3.8.3. O registro de dados deverá estar sempre disponível aos trabalhadores interessados ou seus representantes e para as autoridades competentes. (109.037-2 / 11)

9.4. Das responsabilidades.

9.4.1. Do empregador:

I - estabelecer, implementar e assegurar o cumprimento do PPRA como atividade permanente da empresa ou instituição.

9.4.2. Dos trabalhadores:

I - colaborar e participar na implantação e execução do PPRA;

II - seguir as orientações recebidas nos treinamentos oferecidos dentro do PPRA;

III - informar ao seu superior hierárquico direto ocorrências que, a seu julgamento, possam implicar risco à saúde dos trabalhadores.

9.5. Da informação.

9.5.1. Os trabalhadores interessados terão o direito de apresentar propostas e receber informações e orientações a fim de assegurar a proteção aos riscos ambientais identificados na execução do PPRA. (109.038-0 / 12)

9.5.2. Os empregadores deverão informar os trabalhadores de maneira apropriada e suficiente sobre os riscos ambientais que possam originar-se nos locais de trabalho e sobre os meios disponíveis para prevenir ou limitar tais riscos e para proteger-se dos mesmos.

9.6. Das disposições finais.

9.6.1. Sempre que vários empregadores realizem, simultaneamente, atividades no mesmo local de trabalho terão o dever de executar ações integradas para aplicar as medidas previstas no PPRA visando à proteção de todos os trabalhadores expostos aos riscos ambientais gerados. (109.039-9 / 12)

9.6.2. O conhecimento e a percepção que os trabalhadores têm do processo de trabalho e dos riscos ambientais presentes, incluindo os dados consignados no Mapa de Riscos, previsto na NR 5, deverão ser considerados para fins de planejamento e execução do PPRA em todas as suas fases. (109.040-2 / 12)

9.6.3. O empregador deverá garantir que, na ocorrência de riscos ambientais nos locais de trabalho que coloquem em situação de grave e iminente risco um ou mais trabalhadores, os mesmos possam interromper de imediato as suas atividades, comunicando o fato ao superior hierárquico direto para as devidas providências. (109.041-0 / 12)

ORIENTAÇÃO NORMATIVA Nº 04, DE 13 DE JULHO DE 2005.

Estabelece orientação a respeito da concessão dos adicionais de insalubridade, periculosidade, radiação ionizante e gratificação por trabalhos com Raios-X ou Substâncias Radioativas, alcançados pela Lei nº 8.112 de 11 de dezembro de 1990 e determinados pela Lei nº 8.270 de 19 de dezembro de 1991.

O SECRETÁRIO DE RECURSOS HUMANOS DO MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO, no uso das atribuições que lhe confere o artigo 43 e 32 do anexo I do disposto no Decreto 5.433, de 25 de abril de 2005, resolve:

Art. 1º Esta Orientação Normativa objetiva estabelecer orientação uniforme a respeito da concessão de adicionais estabelecidos pelo artigo 12 da Lei nº 8.270 de 19 de dezembro de 1991.

Art. 2º A caracterização da insalubridade e ou periculosidade, nos locais de trabalho, respeitará as normas estabelecidas para os trabalhadores que tenham sua relação de trabalho estabelecida pela CLT, in verbis:

Lei

8.270

“Art. 12 – os servidores civis da união, das autarquias e das fundações públicas federais perceberão adicionais de insalubridade e de periculosidade, nos termos das normas legais e regulamentares pertinentes aos trabalhadores em geral, (grifo nosso) e calculados com base nos seguintes percentuais”.

Art. 3º A caracterização do adicional de irradiação ionizante e de gratificação por trabalhos com Raios-X ou Substâncias Radioativas, obedecerá às regras estabelecidas nesta orientação, não devendo se confundir em nenhuma hipótese com os adicionais de insalubridade e de periculosidade, amparados no artigo 2º desta Orientação Normativa,

Art. 4º A concessão do adicional de Irradiação Ionizante, visa compensar a doença, lesão ou a morte ocasionada pela exposição a irradiações ionizantes.

Art. 5º. A concessão da gratificação por trabalhos com Raios-X ou substâncias radioativas visa compensar a possibilidade do dano, tendo característica temporal e transitória.

Art. 6º Considerando os fatos geradores diferentes será permitido, quando couber, o pagamento cumulativo do adicional de Irradiação Ionizante e da gratificação por trabalhos com Raios-X ou Substâncias Radioativas.

Art. 7º A caracterização da insalubridade e periculosidade será efetivada por meio de avaliação ambiental do local de trabalho, com expedição de laudo de avaliação ambiental.

Art 8º. O pagamento dos adicionais e da gratificação por trabalhos com Raios-X ou Substâncias Radioativas é suspenso quando:

I – cessado o risco;

II – o servidor é removido do ambiente que originou a concessão do adicional;

III – estejam distantes do local ou deixem de exercer o tipo de trabalho que deu origem ao pagamento do adicional.

Parágrafo Único. A suspensão do pagamento será feito, por ofício, comunicando ao servidor interessado.

Art. 9º Os adicionais de que trata esta Orientação Normativa deverão ser concedidos à vista de portaria de localização do servidor no ambiente periciado ou portaria de designação para executar atividade já objeto de perícia.

Parágrafo único. Às portarias da localização ou de designação, bem assim de concessão, redução ou cancelamento serão publicadas em boletim de pessoal ou de serviço, para fins de pagamento do adicional concedido.

Art. 10º A execução dos pagamentos das vantagens pecuniárias presentes nesta Orientação Normativa será feita pelo órgão de recursos humanos, com base no laudo de avaliação ambiental expedida por autoridade competente.

Parágrafo 1º. Cabe à área de recursos humanos realizar a atualização permanente dos servidores que fazem jus aos adicionais, conforme movimentação de pessoal;

Parágrafo 2º. Será permitida a unidade de recursos humanos num prazo máximo de duzentos e quarenta dias a manutenção dos pagamentos aos servidores que a concessão não se enquadra nesta Orientação Normativa, até que se realize a avaliação ambiental para a concessão das vantagens pecuniárias amparadas por esta Orientação Normativa.

Art 11º. Entende-se por autoridade competente: as Delegacias Regionais do Trabalho; os serviços especializados de segurança e medicina do trabalho dos órgãos e entidades públicas; os centros de referência em saúde do trabalhador, devidamente habilitados pelo Ministério da Saúde; as universidades; outras instituições públicas conveniadas com a Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão – SRH/MP, ou administrativamente pela Coordenação de Seguridade Social e Benefícios do Servidor da SRH.

Parágrafo Único O laudo ambiental deverá ser assinado por no mínimo dois profissionais, dentre engenheiro de segurança, médico do trabalho, técnico de segurança do trabalho, enfermeira do trabalho, inspetor ou fiscal da vigilância sanitária, sendo que a assinatura do médico do trabalho ou do engenheiro de segurança é obrigatória.

Art. 12. O laudo de avaliação ambiental não tem prazo de validade, devendo ser refeito sempre que houver alteração da organização do trabalho e dos riscos presentes.

Parágrafo 1º. É responsabilidade do gestor da unidade administrativa informar a área de recursos humanos sobre a alteração, e ao Setorial local responsável pelos recursos humanos compete viabilizar outra avaliação ambiental.

Parágrafo 2º. Uma cópia do laudo de avaliação ambiental deverá ser encaminhada ao serviço de perícia e de biometria do órgão, e outra cópia, em meio eletrônico, à Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão, para supervisão e acompanhamento.

Art 13. Os dirigentes dos órgãos da administração federal direta, das autarquias e das fundações públicas promoverão as medidas necessárias à redução ou eliminação dos riscos, bem como promover a proteção contra os respectivos efeitos.

Art 14. As vantagens pecuniárias de que trata esta Orientação Normativa será concedida aos servidores que se encontrarem nos afastamentos de sua função / cargo em decorrência de:

Férias;

Casamento;

Falecimento;

Licenças para tratamento da própria saúde, a gestante ou em decorrência de acidente em serviço.

Art. 15. Os casos omissos a esta Orientação Normativa serão tratados administrativamente pela Coordenação Geral de Seguridade Social e Benefícios do Servidor.

Art. 16. Esta Orientação Normativa entra em vigor na data de sua publicação.

SÉRGIO EDUARDO ARBULU MENDONÇA

Secretário de Recursos Humanos

Ofício-Circular nº 25 /COGSS/ DERT/ SRH/ MP
Brasília, 14 de dezembro de 2005.

Senhor Dirigente de Recursos Humanos dos Órgãos e Entidades da Administração Pública Federal direta, autárquica e fundacional,

Em face das dificuldades apresentadas por diversos órgãos, quanto da execução da O.N 04, de 13 de julho de 2005 da SRH, da diversidade de abordagens metodológicas dos laudos que temos recebido, e considerando o art. 15 da mesma ON, somos por orientar com relação aos adicionais:

Recolhimento de PSS:

Só deverá haver o recolhimento da contribuição para o PSS sobre a gratificação de Raios-X, não sendo devido o recolhimento sobre os outros adicionais, conforme preconiza o inciso VII §1º do art. 4º da Lei nº 10.887, de 18 de junho de 2004.

Pagamento cumulativo do adicional de irradiação ionizante com adicional de periculosidade ou insalubridade.

Considerando que a Lei nº 8.270/91 em seu artigo 12º, criou a figura do adicional de irradiação ionizante, depreendendo dos adicionais de insalubridade e periculosidade. Posição esta reforçada pela O.N nº 04/2005, temos a esclarecer que só cabe o pagamento cumulativo do adicional de irradiação ionizante com a insalubridade ou periculosidade se o agente que originou a insalubridade ou periculosidade for diverso da radiação ionizante. Ex: se o servidor fizer jus ao adicional de irradiação ionizante, e também trabalhar em local com ruído acima do permitido pela legislação fará jus aos dois adicionais.

Não pode haver o pagamento de dois adicionais sobre o mesmo agente causador.

3- Autoridade competente para elaboração do laudo:

As convenções nºs 155 e 161 da Organização Internacional do Trabalho - O.I.T, garantem que as representações dos trabalhadores, possam avaliar as condições de trabalho de seus trabalhadores, desde que comuniquem ao órgão / entidade. O laudo ambiental elaborado desta forma deverá ser encaminhado a COGSS para averbação/reconhecimento administrativo.

As avaliações ambientais realizadas por médicos do trabalho, engenheiros de segurança do próprio órgão / entidade, não poderão atingir o seu próprio ambiente de trabalho, isto é, ele não pode ser um possível

favorecido pela sua própria avaliação (artigo 18 da Lei nº 9.784 de 29 de janeiro de 1999). Assim o seu ambiente de trabalho deverá ser avaliado por outro profissional.

Em locais em que não haja nenhuma das autoridades competentes mencionadas, é permitido ao órgão / entidade contratar serviço de avaliação ambiental conforme a Lei nº 8.666/93, devendo o mesmo, após elaborado, ser encaminhado a COGSS para averbação/reconhecimento administrativo.

4- Modelo de Laudo

Considerando o lançamento do SISOSP, e a diversidade de laudos que temos recebido, solicitamos que os laudos elaborados após este ofício circular, obedeçam ao modelo anexo. O presente modelo foi validado em inspeção nas instalações do MECIR no Banco Central.

Os Laudos de avaliação ambiental em que só foi avaliada parte dos adicionais constantes na Lei nº 8.270/91, poderá ser complementados por outros laudos específicos, até o prazo de 240 dias expedidos na Orientação Normativa nº 04, após este prazo solicitamos que seja feito um novo laudo ambiental contendo todos os adicionais amparados pelo artigo 12 da Lei nº 8.270/91.

5 – Pagamento dos Adicionais em Licença Prêmio.

Aos servidores que ainda fazem jus a gozo da licença prêmio, só podem receber neste período os adicionais para os quais houve recolhimento da contribuição previdenciária.

LUIZ ROBERTO PIRES DOMINGUES JÚNIOR

Coordenador-Geral de Seguridade Social e Benefícios do Servidor

Maria da penha barbosa da cruz

Diretora de Relações do Trabalho Substituta

SÉRGIO EDUARDO ARBULU MENDONÇA

Secretario de Recursos Humanos