



PREVIDÊNCIA SOCIAL

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

MANUAL DE PROCEDIMENTOS EM BENEFÍCIOS POR INCAPACIDADE

Volume II

**Diretrizes de Apoio à Decisão Médico-Pericial
em Psiquiatria**

DIRSAT

**Diretoria de Saúde do Trabalhador
Dezembro de 2010**

**MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL**

**DIRETRIZES DE APOIO
À DECISÃO MÉDICO-PERICIAL
EM TRANSTORNOS MENTAIS**

Brasília, dezembro de 2010

Créditos Institucionais

Valdir Moysés Simão

Presidente do INSS

Filomena Maria Bastos Gomes

Diretora de Saúde do Trabalhador

Benedito Adalberto Brunca

Diretor de Benefícios

Alexandre Coimbra

Coordenador Geral de Perícias Médicas

EQUIPE TÉCNICA

- Afonso Luís Hansel (Médico, Gerência Executiva de Novo Hamburgo/RS)
- Antônio Carlos Estima Marasciulo (Médico, Gerência Executiva de Florianópolis/SC – Coordenador do Projeto)
- Filomena Maria Bastos Gomes (Médica, **Diretora de Saúde do Trabalhador**, Brasília/DF)
- Neile Leite Soares (Médico, Gerência Executiva de Barbacena/MG)
- Osvaldo Sérgio Ortega (Médico, Gerência Executiva de Bauru/SP)
- Paulo Kelbert (Médico, Gerência Executiva de Pelotas/RS)

EQUIPE DE APOIO – DIRSAT/DF

- Deniz Helena Pereira Abreu
- Maria Dinaura Felix Aires Barreto
- Ivo Machado de Freitas
- Rosemere Alves da Silva
- Gabriel França Milhons
- Marina Caetano Ramires

AGRADECIMENTOS

- Às Dras. Teresa Maltez, Waldima Machado e Maria Lúcia Campos Mello Tavares, pelo apoio inicial ao desenvolvimento deste projeto.
- À Dra. Tereza Chedid, pela colaboração na elaboração das versões iniciais desta diretriz.

ÍNDICE

1	Glossário	6
2	Apresentação	9
3	Introdução	11
	Conceitos de Justiça, Proteção Social, Seguridade e Seguro Social e os Benefícios por Incapacidade.....	11
4	Metodologia.....	15
5	Aspectos gerais sobre a avaliação médico-pericial em psiquiatria	17
	Particularidades que devem ser observadas no exame médico-pericial psiquiátrico (16, 17).....	17
	Situação geral do exame	17
	Aspecto (aparência)	17
	Postura/atitudes	17
	Nível de consciência	17
	Avaliação das funções mentais.....	18
	Orientação.....	18
	Atenção	18
	Memória	18
	Inteligência	18
	Comportamento/Conduta	19
	Sensopercepção	19
	Pensamento	19
	Linguagem.....	20
	Afetividade e humor	20
	Juízo crítico	20
	Avaliação de funções psicofisiológicas	20
6	Aspectos sobre simulação em psiquiatria e a prática médica pericial.....	22
7	Transtornos mentais de maior relevância na prática médico-pericial da Previdência Social: Diretrizes de apoio à decisão médica.....	24
	Doença de Alzheimer (F00)	24
	Demência Vascular (F01)	25
	Demência em outras doenças classificadas em outra parte (F02)	25
	Outros transtornos mentais devidos à lesão e disfunção cerebral e à doença física (F06)	25
	Conduta médico-pericial.....	25
	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa (F10 a F19).....	25
	Transtornos mentais e comportamentais devido o uso de álcool (F10).....	27
	Conduta médico-pericial.....	28
	Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de opiáceos (F11)	28
	Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de sedativos e hipnóticos (F13)	28
	Conduta médico-pericial.....	28
	Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de cocaína (F14).....	29
	Conduta médico-pericial.....	29
	Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de outros estimulantes, inclusive a cafeína e o tabaco (F15, F17).....	29
	Conduta médico-pericial.....	30
	Transtornos mentais devido ao uso de canabinóides (F12).....	30

Condução médico-pericial.....	31
Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de alucinógenos (F16)	31
Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de solventes voláteis (F18)	31
Condução médico-pericial.....	31
Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas (F19).....	31
Esquizofrenia (F20).....	32
Esquizofrenia paranóide (F20.0).....	34
Esquizofrenia hebefrênica (F20.1)	34
Esquizofrenia catatônica (F20.2)	34
Esquizofrenia indiferenciada (F20.3).....	34
Depressão pós-esquizofrênica (F20.4)	34
Esquizofrenia residual (F20.5)	35
Esquizofrenia simples (F20.6).....	35
Condução médico-pericial.....	35
Transtorno Esquizotípico (F21).....	35
Transtorno delirante persistente (F22).....	35
Condução médico-pericial.....	36
Transtornos psicóticos agudos e transitórios (Psicose Reativa Breve) (F23 a F23.9)	36
Condução médico-pericial.....	36
Transtornos esquizoafetivos (F25 a F25.9).....	36
Condução médico-pericial.....	36
Episódio maníaco (F30)	37
Condução médico-pericial.....	38
Transtorno afetivo bipolar (F31).....	38
Condução médico-pericial.....	39
Episódios depressivos (F32).....	39
Episódio depressivo leve (F32.0).....	40
Episódio depressivo moderado (F32.1)	40
Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos (F32.2).....	40
Episódio depressivo grave com sintomas psicóticos (F32.3).....	40
Condução médico-pericial.....	40
Episódios depressivos recorrentes (F33).....	41
Condução médico-pericial.....	41
Transtornos persistentes do humor (F34).....	41
Condução médico-pericial.....	42
Transtornos neuróticos (F40 a F42).....	42
Transtornos fóbico-ansiosos (F40)	43
Condução médico-pericial.....	43
Outros transtornos de ansiedade (F41)	43
Transtorno de pânico (F41.0).....	43
Condução médico-pericial.....	44
Outros transtornos mistos de ansiedade (F41)	44
Transtorno de ansiedade generalizada (F41.1)	44
Transtornos mistos de ansiedade e depressão (F41.2)	44
Condução médico-pericial.....	45
Transtorno obsessivo-compulsivo (F42)	45
Condução médico-pericial.....	45
Reação ao estresse grave e transtornos de ajustamento (F43)	45
Reação aguda ao estresse (F43.0).....	46

Condução médico-pericial.....	46
Transtorno de estresse pós-traumático (F43.1).....	46
Condução médico-pericial.....	46
Transtornos de adaptação (F43.2).....	46
Condução médico-pericial.....	47
Transtornos dissociativos ou conversivos (F44).....	47
Condução médico-pericial.....	47
Transtornos somatoformes (F45).....	47
Condução médico-pericial.....	48
Neurastenia- F48.....	48
Condução médico-pericial.....	48
Síndrome do esgotamento profissional ou “Síndrome de Burnout” (Z73.0).....	48
Condução médico-pericial.....	49
Problemas relacionados ao ambiente social (Z60.0).....	49
Alvo de discriminação e perseguição percebidas: Assédio Moral/”Mobbing” (Z60.5).....	49
Condução Médico-Pericial.....	50
Transtornos específicos de personalidade (F60 a F60.9).....	50
Personalidade Paranóica (F60.0).....	51
Personalidade Esquizóide (F60.1).....	51
Personalidade Anti-Social (F60.2).....	51
Transtorno de personalidade com instabilidade emocional (F60.3).....	51
Personalidade Histriônica (F60.4).....	51
Personalidade Anancástica (F60.5).....	52
Personalidade Ansiosa (de Evitação) (F60.6).....	52
Personalidade Dependente (F60.7).....	52
Outros transtornos específicos da personalidade (F60.8).....	52
Condução médico-pericial.....	52
Retardo Mental (F70 a F79).....	52
Retardo Mental Leve (F70 a F70.9).....	53
Retardo Mental Moderado / Grave/ Profundo (F71 a F71.9).....	54
Condução médico-pericial.....	54
8 ANEXO I - Aspectos jurídicos e médico-legais da Curatela e da Alienação Mental e suas repercussões na prática médico-pericial da Previdência Social.....	55
Curatela.....	55
Alienação Mental.....	57
9 ANEXO II - Extrato do Anexo II, Lista B do Decreto nº 6.042, de 12 de fevereiro de 2007.....	60
10 ANEXO III - Psicofarmacologia e a prática médico-pericial.....	63
Antipsicóticos.....	63
Estabilizadores do Humor.....	64
Antidepressivos.....	64
Ansiolíticos, Sedativos e Hipnóticos.....	65
11 ANEXO IV - Considerações sobre aspectos psiquiátricos nas epilepsias.....	67
12 ANEXO V - Quadros-resumo de verificação de grau de incapacidade e apoio à decisão médico-pericial.....	70
13 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	90

1 GLOSSÁRIO

Abulipobulia: ausência/diminuição da vontade, da capacidade de agir, do poder volitivo.

Abstinência: ato de privação de utilizar determinadas substâncias, tais com alimentos ou drogas.

Abulia: incapacidade de tomar decisões

Acatisia: condição psicomotora caracterizada pela dificuldade em permanecer parado, sentado.

Adição: uso habitual de uma droga. A privação dá lugar a sintomas de mal-estar e impulso irresistível de voltar a usar droga.

Afasia: incapacidade de expressar-se verbalmente.

Agitação: estado de ansiedade associado à inquietação motora grave.

Agnosia: transtorno da percepção caracterizado pela incapacidade de identificar ou de interpretar o significado de suas recordações. Observa-se em pacientes com enfermidades cerebrais orgânicas e em alguns esquizofrênicos, histéricos e pacientes deprimidos.

Agressão: conduta violenta, dirigida a um fim, que pode ser verbal ou física. É a exteriorização motora dos efeitos da raiva, enfado e hostilidade.

Alucinação: percepção sensorial falsa sem um estímulo externo concreto. Pode ser induzida por fatores emocionais ou fatores orgânicos, tais como drogas e álcool.

Alucinação auditiva: percepção sensorial auditiva sem objeto.

Alucinação cinestésica: percepção falsa de movimento muscular (membro fantasma).

Alucinação hipnagógica: alucinação que se produz antes de dormir

Alucinação hipnopômica: alucinação que se produz antes do despertar pleno.

Alucinose: alucinações que surgem com plena consciência.

Anedonia: incapacidade de sentir prazer.

Ataxia: falta de coordenação física ou mental. Em neurologia significa perda de coordenação muscular. Em psiquiatria, o termo "*ataxia intrapísquica*" alude à falta de coordenação entre sentimentos e pensamentos. Este transtorno se verifica na esquizofrenia.

Catatonía: inibição da iniciativa motora. Pode vir acompanhada de mutismo.

Cognição: é o conhecer e o reconhecer; realização de associação dos conhecimentos adquiridos. Percepção com coerência.

Compulsão: impulso incontrolável para realizar repetitivamente uma ação. É utilizada como uma forma de evitar idéias e desejos inaceitáveis. A não realização da ação provoca ansiedade.

Confusão: transtorno da consciência que atinge a orientação temporal, espacial ou em relação às pessoas.

Conversão: mecanismo de defesa inconsciente. Surge de um conflito intra-psíquico e se expressa em um sintoma somático simbólico. Observa-se em vários transtornos mentais, particularmente nas neuroses histéricas. Somatização de transtornos psíquicos como paralisção, cegueiras, mudez e outras.

Culpabilidade: afeto associado à auto-recriminação e necessidade de castigo. A culpa tem função psicológica e social normal. A intensidade especial ou ausência, indicam depressão ou personalidade anti-social.

Delírio: transtorno do estado de consciência. Caracteriza-se por inquietação motora, confusão, desorientação, podendo surgir alucinações e ilusões.

Delirium Tremens: estado psicótico agudo que se produz por ingestão prolongada de álcool.

Demência Epiléptica: forma da Epilepsia que se acompanha de deterioração mental e intelectual progressiva. Resulta de degeneração cerebral decorrente de transtornos circulatórios dos

ataques epiléticos.

Disartria: transtorno da linguagem devido a um transtorno orgânico dos órgãos da fonação ou do sistema nervoso.

Disfemia: gagueira, tartamudez.

Discinesia: atividade muscular involuntária estereotipada, rítmica, tal como um tique ou um espasmo. Alteração dos movimentos voluntários; manifestação colateral de uso continuado de neurolépticos fenotiazínicos

Discinesia tardia: movimentos involuntários dos lábios, da mandíbula, da língua ou outros movimentos distônicos.

Dislexia: transtorno da leitura no qual o indivíduo é incapaz de compreender a palavra escrita. Não guarda relação com a inteligência.

Dissociação: mecanismo de defesa inconsciente que separa uma idéia de seu afeto correspondente.

Distímia/Disforia: mudança repentina e transitória do estado de humor.

Dissociação: perda parcial ou completa das funções normais de integração das lembranças, da consciência, da identidade. Termo ligado aos transtornos histéricos.

Ecolalia: repetição em eco da fala do outro.

Ecopraxia: limitação dos movimentos de outra pessoa.

Elação: exacerbação do humor compatível com o estado maníaco.

Embotamento afetivo: transtorno da tonalidade sentimental exteriorizada. Observado na esquizofrenia.

Flexibilidade cética: entidade na qual uma pessoa mantém a postura na posição que se a coloca. Observa-se em casos graves da esquizofrenia catatônica. Catalepsia.

Fobia: temor patológico associado a algum tipo específico de estímulo ou situação.

Frustração: impulso contrariado. A capacidade de tolerar a frustração e postergar a frustração se considera um sinal de maturidade e fortaleza do Ego.

Fuga de Idéias: sucessão rápida de pensamentos sem uma conexão lógica.

Hedonismo: busca de prazer.

Hipermnésia: grau exagerado de retenção e evocação. É observada na esquizofrenia e na fase maníaca de enfermidade maníaco depressiva ou síndromes orgânicos cerebrais, intoxicação por anfetaminas ou alucinógenos, ou delírio febril.

Histrionismo: teatralidade, exuberância na manifestação sintomática.

Isolamento: se observa na esquizofrenia e na depressão e se caracteriza por isolamento patológico dos contatos interpessoais e a implicação social que conduz à auto-preocupação.

Idéia delirante: fixação de uma crença errônea que está em desacordo com a inteligência do indivíduo e seu entorno cultural. Há vários tipos de idéias delirantes, por exemplo:

- a. **idéia delirante de controle:** falsa crença que a pessoa está sendo manejada por outros.
- b. **idéia delirante de grandeza:** conceito exagerado da própria importância.
- c. **idéia delirante de infidelidade:** crença errônea de que o(a) parceiro(a) da pessoa é infiel deriva do ciúme patológico.
- d. **idéia delirante de perseguição:** crença falsa de que a pessoa está sendo perseguida.
- e. **idéia delirante de referência:** crença errônea de que a conduta dos demais se refere à pessoa; uma derivação da idéia de referência é que um paciente sente de modo falso ou equivocado que os demais estão falando dele.
- f. **idéia delirante de auto-acusação:** sentimento errôneo de recriminação.
- g. **idéia delirante paranóide:** suspeita excessiva que dá lugar a idéias e crenças persecutórias falsas.

Identificação: mecanismo de defesa inconsciente no qual uma pessoa incorpora nela mesma a imagem mental de um objeto e depois se configura a si mesma a semelhança desse objeto; se vê a si mesma parecida com a pessoa utilizada como modelo da imitação que é um processo consciente.

Ilusão: percepção falsa em interpretação errônea de um estímulo sensorial real.

Inteligência: capacidade de compreender, evocar, mobilizar e integrar construtivamente o aprendizado e utilizar no enfrentamento de situações novas.

Introversão: ato de voltar-se para si próprio acompanhado de falta de interesse pelo mundo externo.

Juízo: se diz que o juízo está intacto quando a ação escolhida concorda com a realidade.

Logorréia (verborragia/taquilalia): falar muito e acelerado.

Monomania: estado mental patológico caracterizado por preocupação por um tema. Conhecida como “loucura parcial”.

Neurastenia: estado de fraqueza física e psíquica.

Obnubilação: rebaixamento no estado da consciência com prejuízo do funcionamento psíquico em geral.

Oligofrenia: retardo mental.

Obsessão: idéia, pensamento ou impulso persistente que não é possível eliminar da consciência por meio de um esforço lógico.

Orientação: consciência por parte do indivíduo de suas relações e do que o rodeia em relação ao tempo, lugar e pessoas.

Paranóia: característica de psicose crônica com delírio sistematizado, duradouro e intenso, sendo as características mais frequentes as de perseguição.

Personalidade: configuração habitual da conduta de uma pessoa, que reflete suas atividades físicas e mentais, suas atitudes e interesses e corresponde a soma total de sua adaptação na vida.

Psicose: transtorno mental que atinge a capacidade mental de uma pessoa, sua resposta afetiva, capacidade de reconhecer a realidade, comunicar-se e se relacionar com os demais, que interfere nas exigências habituais da vida. Dividem-se em psicoses orgânicas e psicoses funcionais.

Pragmatismo: e a lógica, coerência, senso de realidade, objetividade, praticidade.

Realidade: totalidade das coisas objetivas e acontecimentos fáticos. A realidade inclui tudo o que é percebido pelos sentidos especiais de uma pessoa e é validado por outras pessoas.

Temperamento: predisposição inata, constitucional nas reações de modo específico. O temperamento é diferente de um a outro indivíduo.

Tique: movimento motor involuntário, espasmódico e repetitivo de um pequeno segmento do corpo. É psicogênico na maioria dos casos. É possível encontrar na encefalite crônica.

Tenacidade: persistência numa ação ou idéia coerente.

Verbigeração: repetição sem significado de palavras ou frases. É um sintoma patológico observado na esquizofrenia catatônica

Volição: função de escolha e decisão. É o arbítrio e a vontade. Constrói a coerência.

Zoofobia: temor aos animais.

2 APRESENTAÇÃO

Esta tão esperada publicação das Diretrizes de Psiquiatria é o primeiro fruto de um longo processo de trabalho, inicialmente desencadeado pela Secretaria de Políticas da Previdência Social/Ministério (SPPS/MPS) em 2006, cujo desenvolvimento foi delegado à Coordenação-Geral de Benefícios por Incapacidade/Diretoria de Benefícios/Instituto Nacional do Seguro Social (CGBENIN/DIRBEN/INSS).

Várias etapas se passaram desde então, partindo do processo de seleção interna de profissionais médicos do quadro do Instituto Nacional do Seguro Social para comporem o Grupo de Trabalho (GT) conforme Portaria nº 20 INSS/DIRBEN de 15 de dezembro de 2006, com o encargo da cuidadosa produção de um “novo conhecimento”, caracterizado pela identificação de diagnósticos psiquiátricos e proposta de conduta médico-pericial à luz da incapacidade para o trabalho de acordo com a legislação previdenciária vigente e incorporando novos conceitos ao longo deste processo, como, por exemplo, o Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário. Duas importantes etapas de validação do documento foram realizadas: uma consulta interna dirigida aos profissionais médicos da instituição, e uma consulta externa, aberta a todos os setores da sociedade, experiência inédita que será relatada a seguir.

Foi um processo de produção de conhecimento e de aprendizado. Tínhamos claramente o destino, mas desconhecíamos o caminho. Este foi explorado e trilhado, facilitando que as demais diretrizes passassem a ser elaboradas. Pretendemos, ao longo deste ano, publicar demais etapas deste processo que se encontram em diversas fases de elaboração: as diretrizes de ortopedia e traumatologia, clínica médica, doenças ocupacionais, neoplasias, oftalmopatias, enfim, um processo contínuo, devendo, ao final da edição da última diretriz, desencadear o processo de revisão da primeira e assim sucessivamente. Trata-se de um processo contínuo de capacitação, qualificação e educação continuada de nosso corpo médico-pericial.

Este documento é composto por 12 partes. Inicialmente apresentamos conceitos seminais e que formam os pilares da Seguridade Social e de nosso sistema previdenciário. O GT considerou importante que, frente à nova realidade de uma carreira própria de Peritos Médicos da Previdência Social, a noção de princípios que sustentam a política social na qual se insere o grupo dos benefícios por incapacidade seja de amplo conhecimento pelos profissionais que nela atuam. Lembrando porém, que não é objetivo do documento discutir temas conjunturais, como reforma da previdência, entre outros.

A segunda parte da Diretriz traz uma breve descrição da metodologia empregada para o desenvolvimento do trabalho. A seguir, a terceira parte apresenta uma revisão das peculiaridades da avaliação médico-pericial em segurados/requerentes com provável diagnóstico e queixas de transtornos mentais, seguidos de aspectos sobre a polêmica questão da simulação ao exame psiquiátrico. Temos na quarta parte do documento a revisão dos transtornos mentais de maior relevância na prática médico-pericial da Previdência Social. Trata-se da diretriz propriamente dita, composta por revisão das manifestações mais relevantes em cada transtorno mental, cujas magnitude e transcendência os tornam prioritários, seguida pela sugestão de conduta médico-pericial de acordo com a legislação vigente, caso a caso. Apresentamos um glossário de terminologia psiquiátrica e, no Anexo I uma revisão dos aspectos jurídicos e médicos legais da curatela e alienação mental. Também propondo oferecer maior embasamento jurídico à prática médico-pericial, o Anexo II traz um extrato da lista B do Anexo II do Decreto nº 6.042, de 2007, que lista os transtornos mentais com prováveis etiologias ocupacionais para o estabelecimento de Nexo Técnico Epidemiológico. Atendendo a

comentários e solicitações da consulta interna, os Anexos III e IV apresentam, respectivamente, uma revisão dos psicofármacos mais frequentemente utilizados em transtornos mentais e considerações sobre aspectos psiquiátricos nas epilepsias. Finalmente, o Anexo V apresenta quadros-resumo do conteúdo da diretriz com o objetivo de prover ao usuário um guia de consulta rápida do documento.

Esperamos poder contemplar os nossos profissionais Peritos Médicos com um conteúdo teórico e prático atualizado nas áreas de Seguro Social e de Transtornos Mentais para que possam desenvolver cada vez mais um trabalho qualificado e com bases sólidas nos princípios da justiça social.

Agradecemos o apoio institucional recebido ao longo do desenvolvimento deste trabalho, em especial aos profissionais que atuaram e que atuam na Coordenação-Geral de Benefícios por Incapacidade e na Diretoria de Benefícios do INSS. Agradecemos também aos colegas, cidadãos e demais setores representativos da sociedade que atenderam as chamadas de consulta interna e externa e dispuseram de tempo para ler, revisar e enviar críticas, sugestões e reclamações. Aprendemos muito com os comentários.

Boa leitura e bom emprego da Diretriz!

GT Psiquiatria, Brasília, dezembro de 2010.

3 INTRODUÇÃO

Não é novidade para o Perito Médico atuante que o afastamento do trabalho por motivo de doença é um fenômeno complexo, fortemente influenciado por fatores outros do que a saúde/doença ou a “má-saúde” [1,2]. Fatores organizacionais, sociais ou individuais podem ser citados, como desemprego, condição do trabalho ou estilos de vida, entre outros [1]. Pretendemos com este texto introdutório às diretrizes, contribuir para que o Perito Médico situe-se dentro deste importante papel social no qual está inserida sua atividade. Para isto apresentamos uma breve revisão sobre os princípios que formam os pilares dos sistemas de proteção social nas sociedades ocidentais contemporâneas, a citar, justiça, necessidade e equidade, seguida por uma caracterização do nosso sistema de Seguridade Social.

Conceitos de Justiça, Proteção Social, Seguridade e Seguro Social e os Benefícios por Incapacidade

Embora o julgamento de fatores extra-saúde não seja uma atribuição direta da atividade médico-pericial, buscamos contribuir com uma breve reflexão sobre justiça e justiça social, uma vez que estes princípios estão embutidos na própria natureza da atividade. O ponto de partida para qualquer reflexão sobre justiça ainda é o “princípio formal da justiça” concebido por Aristóteles [3]. A definição aristotélica de justiça como “tratar casos semelhantes de forma semelhante e casos diferentes de forma diferente” ainda hoje sustenta todas as formas específicas de justiça - a justiça *distributiva* (como, em situações de escassez, coisas são parceladas entre as partes), justiça *retributiva* (como aqueles que sofreram danos respondem, ou são indenizados por aqueles que causaram tais danos), justiça *compensatória* (como reparar os danos causados a uma parte) e assim por diante. Embora outras esferas da justiça tenham papéis importantes, a *justiça distributiva* é central na discussão dos sistemas de seguro social porque esses sistemas virtualmente sempre operam em condições de escassez [3].

Já o termo “*justiça social*” refere-se às relações entre a sociedade e os grupos e indivíduos que a compõem. A justiça social aponta para o que a sociedade deve para seus membros e o que os indivíduos devem para o todo. Justiça social nem sempre coincide com a concepção individual de justiça, a qual explica o que um indivíduo deve para outro (p.exemplo, o médico para o paciente, o pai para o filho, os vizinhos entre si) [3,4]. A “*justiça social*” incorpora vários sentidos da justiça, com ênfase particular na justiça distributiva à luz das relações imensamente complexas dentro da sociedade, envolvendo direitos, oportunidades, acesso a serviços, privações passadas, relações econômicas, preconceitos e muitos outros fatores que criam obrigações na sociedade como um todo. Justiça social é, portanto, o objetivo final de várias formas específicas de justiça [3,4]. As teorias de justiça social são, em grande parte, desenvolvimentos dos modelos de contratos sociais de legitimação de poder e cidadania dentro da autoridade do Estado capitalista moderno. Os modelos de contratos sociais tiveram seus primórdios com o crescimento do capitalismo e do poder econômico e político dos estados centralizadores, nas teorias de Hobbes, Locke e Rousseau. No final do século XX o filósofo norte-americano John Rawls retoma os modelos de contratos sociais e reconstrói idéias de justiça social e justiça distributiva [4]. Embora criticado pelo teor liberal de suas idéias, suas concepções permeiam os debates atuais sobre as reformas dos modelos e dos sistemas de seguro social. A concepção de um seguro para compensar os perigos e as consequências dos problemas advindos de agravos à saúde enquanto parte de uma política social baseia-se, em última análise, nos

princípios de justiça social e de justiça distributiva.

Abordados os princípios justiça social e justiça distributiva, fundamentais para a organização da sociedade, e que como tal regem a atividade do Perito Médico da Previdência Social, passamos para o segundo pilar de sustentação do sistema previdenciário: a necessidade. Entende-se necessidade como alguma coisa gerada por situações naturais e/ou ambientais: fases do ciclo da vida que geram dependência – infância, maternidade, velhice e doença – ou outros fatores de impacto coletivo como epidemias e demais situações cujo resultado final leva à carestia [5]. Em resposta à necessidade emerge a proteção. Não mais pela família, primeira fonte de proteção do indivíduo, e sim pela sociedade, onde se expressam formalmente os conceitos de justiça social e proteção social.

Sistemas de proteção social são formas, mais ou menos institucionalizadas, que as sociedades constituem para proteger parte ou o conjunto de seus membros [6]. Tais sistemas decorrem daquelas vicissitudes que geram necessidade. Também incluem as formas seletivas de distribuição e redistribuição de bens materiais culturais, que permitirão a sobrevivência e a integração na vida social. Além disso, se abarcam as normas e princípios reguladores que, com o intuito de proteção, fazem parte da vida das coletividades. Assim, temos como “núcleo duro” da proteção social o emprego, a renda, a educação, a saúde, a previdência e assistência social.

Por fim, considerando a impossibilidade de alcançar uma definição satisfatória para igualdade, busca-se sua aproximação através do princípio da equidade, entendida como a superação de desigualdades que são evitáveis e consideradas injustas, significando que necessidades diferenciadas da população sejam atendidas por ações governamentais também diferenciadas [5].

Portanto, os sistemas de proteção social têm suas origens na necessidade de neutralização ou redução do impacto de determinados riscos sobre o indivíduo e a sociedade. A formação destes sistemas resulta da ação pública que busca resguardar a sociedade dos efeitos dos riscos de doença, velhice, invalidez, desemprego e de outras formas de exclusão social, como renda, raça, gênero, etnia, cultura, religião, etc.

Os conceitos de *Previdência*, *Seguro* e *Seguridade Social*, embora muitas vezes sejam utilizados como sinônimos ou substitutos de proteção social são, ao mesmo tempo, etapas da evolução da proteção social e partes dela, a qual se constitui num todo maior, que funciona como instrumento de realização da justiça social e que se submete à política social do Estado [6].

As ações constituintes da proteção social (ou modalidades de intervenção do Estado na área social) podem ser agrupadas segundo 3 modalidades básicas de ação: a Assistência Social, o Seguro Social e a Seguridade Social, elementos fundamentais do Estado Social, e que compreendem as seguintes atividades [7]:

- a **Assistência Social** – distribuição de bens e recursos para camadas específicas da população, de acordo com necessidades típicas, sendo ações de tipo focalizado, residuais e seletivas;
- o **Seguro Social** – distribuição de benefícios a categorias ocupacionais específicas mediante contribuição prévia;
- a **Seguridade Social** – assistência através de benefícios, ações e serviços a todos os cidadãos de uma determinada unidade territorial.

O modelo do Seguro Social caracteriza-se em dar cobertura a grupos ocupacionais por meio de uma relação contratual, em que os benefícios dependem das contribuições previamente realizadas pelos trabalhadores segurados. Baseia-se no princípio da solidariedade, juntamente

com princípios meritocráticos, pelos quais os indivíduos deveriam receber compensações, com base e na proporção de suas contribuições, e o objetivo central visa à manutenção do *status* sócio-econômico, em situações de infortúnio e perda da capacidade do trabalho, assegurando ao trabalhador condições semelhantes às existentes quando se encontrava em atividade [7,8].

O modelo de proteção social que caracteriza a Seguridade Social tem como base o conjunto de políticas públicas que, mediante uma ação governamental centralizadora e unificada, procura garantir à totalidade de seus cidadãos um mínimo vital em termos de renda, bens e serviços, voltada para um ideal de justiça social. Os benefícios são concedidos como direitos universalizados de acordo com as necessidades, com base em piso mínimo, o que asseguraria um eficiente mecanismo de redistribuição de renda e de correção das desigualdades do mercado [7,8].

No Brasil, a Constituição de 1988 adotou o conceito de Seguridade Social em que *“a Seguridade Social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à Saúde, à Previdência e à Assistência Social.”* [9]. A Seção III, que trata da Previdência Social, define que esta será organizada sob a forma de regime geral, de caráter contributivo e de filiação obrigatória, observados critérios que preservem o equilíbrio financeiro e atuarial, e atenderá, nos termos da lei, a cobertura dos eventos de doença, invalidez, morte e idade avançada [9,10]. Esta definição de Previdência Social segue a concepção original do sistema previdenciário brasileiro baseado em seus primórdios no modelo alemão de Seguro Social (ou “bismarckiano”, em referência ao seu idealizador o Chanceler Otto Von Bismarck). Diverge da concepção de Seguridade Social, de fortes influências dos modelos das sociais-democracias européias, cuja concepção original deve a William Beveridge (os chamados modelos “beveridgianos”). Talvez se devam a essas diferenças nas concepções originais, as frequentes confusões no emprego dos termos “seguro social” e “seguridade social”, vez ou outra erroneamente tratados como sinônimos.

O Art. 1º da Lei no. 8.213, de 24 de julho de 1991, aponta que a Previdência Social ocorrerá mediante contribuição e tem por fim assegurar aos seus beneficiários meios indispensáveis de manutenção, por motivo de incapacidade, desemprego involuntário, idade avançada, tempo de serviço, encargos familiares, prisão ou morte daqueles de quem dependiam economicamente.

O INSS é uma autarquia federal vinculada ao Ministério da Previdência Social-MPS, que tem *“a finalidade de promover o reconhecimento, pela Previdência Social, de direito ao recebimento de benefícios por ela administrados, assegurando agilidade, comodidade aos seus usuários e ampliação do controle social.”* [10] Compete ao INSS a operacionalização do reconhecimento dos direitos da clientela do Regime Geral de Previdência Social-RGPS, que, conforme o Boletim Estatístico da Previdência Social, abrange aproximadamente 33,6 milhões de contribuintes [11].

Observamos no passado recente um aumento da concessão de benefícios por incapacidade. Muitas causas são atribuídas a este fenômeno, passando desde liberalização nas regras de acesso, à utilização deste benefício como mecanismo de acomodação e manutenção de renda por parte dos beneficiários. Não se observou, neste passado recente, evidências de que o crescimento dos benefícios por incapacidade fosse consequência ao aumento na incidência de deficiência ou das taxas de morbidade da população. Também tem sido observado que o tempo médio de permanência em benefício por incapacidade, atingindo 219 dias em algumas regiões do país, é extremamente prolongado e reduz as chances de retorno ao trabalho. Por outro lado, a intensificação de processos de trabalho pelo efeito da tecnologia gera pressão sobre o trabalhador. Consequentemente, observam-se mudanças nos perfis de morbidade da população como o crescimento do número de casos de transtornos mentais.

Sabemos que os transtornos mentais formam parte de um grupo de doenças de abordagem

complexa e que exige preparo técnico e experiência profissional do Perito Médico. Este é o ponto central que justifica a iniciativa do INSS de desenvolver as diretrizes de apoio à decisão médico-pericial e tomar como ponto de partida este grupo especial de doenças.

4 METODOLOGIA

Haja vista a necessidade de normatizar os procedimentos médico-periciais para imprimir critérios mais objetivos na avaliação médico-pericial dos segurados da Previdência Social requerentes a benefícios por incapacidade para o trabalho, a CGBENIN constituiu um GT com o objetivo de elaborar diretrizes médicas na área de psiquiatria. Este GT foi criado a partir de um processo de seleção interna entre os peritos médicos do INSS, e cujos critérios basearam-se em avaliação curricular, experiência profissional na especialidade médica e em perícia médica previdenciária. O GT foi formado por 7 peritos médicos e supervisores médico-periciais, procedentes de diferentes regiões do país, sendo 4 especialistas em psiquiatria, 1 profissional graduado em medicina e em psicologia e também com especialização em medicina do trabalho e 2 clínicos, um pós-graduado em administração e outro em Saúde Pública/Medicina Preventiva. Inicialmente, seguindo a distribuição estabelecida pela Classificação Internacional de Doenças, Décima Edição (CID-10) [12], procedeu-se à seleção dos diagnósticos que figuram na CID-10 e que são potencialmente geradores de benefícios por incapacidade. Coube a cada um dos especialistas psiquiatras desenvolverem um texto inicial, enquanto coube aos clínicos o papel de moderadores do grupo.

Em uma segunda etapa, o GT reuniu-se para revisar os textos iniciais desenvolvidos, bem como para conduzir critérios de objetividade com base nos princípios e etapas descritas a seguir.

De acordo com a literatura, a abordagem qualitativa das incapacidades mentais e comportamentais depende da avaliação do grau de desempenho em 4 esferas [13,14]:

- Atividades da Vida Diária (AVDs: autocuidado, comunicação, atividade física, função sensorial, atividade manual não-especializada, deslocamentos/viagens, função sexual, sono, trabalho, atividades recreacionais);

- o funcionamento social;
- a concentração; e
- a adaptação.

Em relação ao grau de incapacidade, são descritas as seguintes categorias ordinárias [14]:

- nenhuma (incapacidade);
- (incapacidade) leve;
- (incapacidade) marcada; e
- extrema (incapacidade).

Considera-se que incapacidade extrema em uma ou mais esferas, ou incapacidade marcada em duas ou mais esferas, provavelmente impede o desempenho de tarefas mais complexas, como o trabalho. Por sua vez, efeitos de medicação podem aumentar o grau de incapacidade se os medicamentos são necessários e impactam nas AVDs. Finalmente, a natureza crônica de alguns transtornos mentais ou comportamentais indica que possa haver remissões ao invés de cura. Assim, indivíduos podem ainda ter incapacidade permanente, mesmo se sua condição estiver em remissão [14].

Com base nos princípios acima, foi desenvolvido um “painel de *experts*” com o objetivo de identificar “graus de incapacidade”. Estes graus de incapacidade conjuntamente com a experiência profissional e referenciais da literatura especializada, passaram a dirigir discussões

de sugestões de tempo de incapacidade para o trabalho, considerando fatores sociais, ocupacionais e co-morbidades que agravam ou atenuam as incapacidades laborativas consequentes aos transtornos mentais. O “painel de *experts*” possibilitou a criação das tabelas do Anexo V desta Diretriz.

Passo seguinte, o GT optou por submeter a versão inicial do documento a uma revisão por parte dos demais profissionais peritos médicos da Instituição, como aproximação de um processo de “revisão pelos pares”. Esta etapa, chamada de “consulta interna” expôs o documento durante 3 semanas em rede interna (intranet) para críticas e sugestões, as quais, em nova reunião do GT, foram revisadas e acatadas quando pertinentes.

Em decorrência do papel social da Previdência Social e da relevância do tema em questão, a direção do INSS optou em realizar uma nova rodada de consulta, agora pública, disponibilizando a versão revisada do documento no *site* do Ministério da Previdência Social (www.mps.gov.br). Esta etapa de consulta pública foi extremamente produtiva em termos de qualificação do documento final. Além de inúmeras manifestações pessoais, várias entidades representativas da sociedade organizada apresentaram suas considerações, reclamações, críticas e sugestões. Novamente o GT, em reunião conjunta, revisou cada correspondência ou documento enviado e quando pertinentes foram acatadas no documento final. E mais, para finalizar o processo, foi realizado um estudo piloto da implantação do documento durante 3 semanas em 5 Agências da Previdência Social de diferentes regiões do país, cuja avaliação qualitativa mostrou alto grau de aceitabilidade.

Ao longo deste trabalho também houve mudanças estruturais no processo de concessão e de qualificação das espécies de benefícios, em especial a publicação do Decreto nº 6.042, de 2007, que criou o Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário [15]. Com exceção à última etapa da concepção da Diretriz, as demais etapas foram realizadas anteriormente à publicação do referido Decreto. Coube, então, na etapa de revisão da consulta pública, rever os conceitos e condutas à luz desta nova realidade. Como o reconhecimento da existência de Nexo Técnico Epidemiológico já é um procedimento automatizado dentro do sistema de informações de benefícios por incapacidade (SABI), permanecendo ao Perito Médico a prerrogativa de acatá-lo ou refutá-lo quando houver inconsistências, acrescentamos, em anexo a esta versão da Diretriz (veja Anexo II), a parte referente aos transtornos mentais citadas na lista B do Anexo II do Decreto nº 6.042, de 2007.

5 ASPECTOS GERAIS SOBRE A AVALIAÇÃO MÉDICO-PERICIAL EM PSIQUIATRIA

Particularidades que devem ser observadas no exame médico-pericial psiquiátrico [16,17]

Para a avaliação de transtornos mentais, deve-se sempre considerar sua gênese biopsicossocial.

- Há que se considerar 2 eixos de observação: o longitudinal (que corresponde à linha da vida, com início desde o período pré-natal até o momento presente) e o transversal (que corresponde ao exame do estado mental na ocasião da avaliação).
- Existe o predomínio de elementos abstratos para a análise das funções psíquicas.
- Há ausência de exames complementares comprobatórios na maioria dos casos.
- Pode haver, na avaliação, a presença de julgamento de valores e preconceitos com relação a um possível portador de transtorno mental.
- Há dificuldades na entrevista, quanto à colaboração para o fornecimento de informações e na credibilidade da descrição sintomática.
- Há maior rejeição por parte da população em questão, por ser mais sujeita às dificuldades do mercado de trabalho, o que leva a risco de desemprego e danos sócio-econômicos.
- Há dificuldade na validação dos informes técnicos fornecidos por profissionais diversos, trazidos para a perícia.
- A avaliação, visto as características já citadas, exige atenção diferenciada por parte do perito.

Situação geral do exame

Em regra, o perito médico deve estar atento a:

Aspecto (aparência)

O aspecto tem relação com a apresentação da pessoa para o momento, o dia e a hora, com a harmonia estética. Deve-se observar o modo de andar, a postura, vestimenta, os adornos e a maquiagem utilizados, sua higiene pessoal, cabelos alinhados ou em desalinho. O ideal é que seja feita uma descrição precisa, de maneira que quem lê possa visualizar a aparência física da pessoa no momento do exame. A comparação das características de aparência do examinado com os indivíduos de mesma idade, profissão e condição socioeconômica é útil, assim como a obtenção de informações com familiares a respeito de mudanças em relação à aparência anterior da pessoa (personalidade prévia);

Postura/atitudes

É a relação e a atitude do examinado perante o entrevistador. Por exemplo: cooperante, indiferente, passivo, fóbico, agressivo, petulante, cabisbaixo, dissimulado, inseguro, histriônico, sedutor, dentre outros. Deve existir fundamentação sobre o que levou à conclusão sobre aquele conceito, com anotação no laudo pericial;

Nível de consciência

É o estado de lucidez em que a pessoa se encontra, variando da vigília até o coma. É o

reconhecimento da realidade externa ou de si mesmo em determinado momento, e a capacidade de responder a estímulos. Para a sua avaliação deve-se observar a reação do examinado frente aos estímulos, se rápida/lenta;

Atenção! É desaconselhada a realização de exame médico-pericial em segurado que se apresente com nível de consciência alterado, como em estado alcoolizado, impregnado por medicamentos ou substâncias psicoativas. Nestes casos, o exame deve ser postergado (reagendar nova avaliação médico-pericial).

Avaliação das funções mentais

Orientação

A orientação comporta 2 pontos de análise: a autopsíquica (reconhecimento de dados pessoais, nome de familiares, endereço de moradia, etc.) e a alopsíquica (capacidade de informar aspectos de sua enfermidade, noção do motivo do exame, data do dia, local onde está, etc.).

Atenção

É uma dimensão da consciência que designa a capacidade para centrar-se em uma atividade. O seu exame envolve observar: a *vigilância*, a *tenacidade* e a *concentração*.

Vigilância compreende a manutenção de um foco de atenção para estímulos externos. Esta capacidade pode estar aumentada (hipervigilante - estados maníacos e paranóides) e diminuída (hipovigilante - estados depressivos, retardo mental, catatonia).

Tenacidade é a capacidade de manter-se em uma tarefa específica. A possibilidade de manter diálogo, responder a perguntas de modo adequado, já é um indício de tenacidade.

Concentração é a capacidade de manter a atenção voluntária, em processos internos de pensamento ou em alguma atividade mental. Para a sua observação, pode-se pedir que se subtraia, consecutivamente, o número 7, a partir do 100 ("MiniMental State Examination – MMSE").

Memória

É a capacidade de registrar, fixar ou reter, evocar e reconhecer objetos, pessoas e experiências passadas ou estímulos sensoriais. A sua análise engloba a avaliação das memórias *sensorial*, *imediate*, *recente* e *remota*, em relação temporal.

Memória sensorial é responder a estímulos externos em um período muito curto (menos de 0,5 segundo).

Memória imediata é responder a estímulos externos em um período entre 15 a 20 segundos.

A memória recente divide-se em “de curto prazo” (período entre 5 a 10 minutos) e “de longo prazo” (mais de 30 minutos).

Memória remota é a retenção permanente de uma informação selecionada.

Para a avaliação da memória recomenda-se pedir a repetição de números, mencionar objetos não relacionados (casa, azul e cabelo), o que se fez ou comeu pela manhã e relato de situações vividas na infância.

Inteligência

É a condição de assimilar conhecimentos factuais, compreender as relações entre eles e

integrá-los aos conhecimentos adquiridos. Raciocinar logicamente e de forma abstrata manipulando conceitos, números ou palavras. É a capacidade de resolver situações novas com rapidez e êxito mediante a realização de tarefas que envolvam a apreensão de fatos, eventos, antecedentes e consequências. Não se pode esquecer de que a análise da inteligência implica comparar alguém com uma média esperada para o grupo sócio-cultural e para a faixa etária;

Comportamento/Conduta

O funcionamento psicológico tem relação com os comportamentos manifestos, tanto do ponto de vista quantitativo, como qualitativo. A atividade psicomotora pode ser normal, retardada ou acelerada, assim como podem ocorrer sintomas catatônicos ou de agitação. Conduta é o conjunto de comportamentos observáveis no indivíduo, quer seja: motor, de atitudes, existência de gestos, tiques e verbalizações. A avaliação da conduta se divide em 2 tempos: durante a entrevista e ao longo do curso da vida, obtida através da anamnese.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE! Deve-se descrever o tipo de atividade que o segurado apresentou durante a entrevista, ao invés de apenas classificá-lo. Por exemplo: evitar "o paciente apresenta retardo psicomotor", para descrever "o paciente permaneceu imóvel durante toda a sessão". Observar e descrever detalhes como: rígido, fletido em posição anômala, agitado com tiques nervosos, etc.

Sensopercepção

Designa a capacidade de perceber e interpretar os estímulos que se apresentam aos órgãos dos 5 sentidos.

Quando alterada pode manifestar-se através de:

- **Ilusões**

Ocorrem quando os estímulos sensoriais reais são confundidos ou interpretados erroneamente. Podem aparecer quando há redução de estímulos ou do nível de consciência (*delirium*). Exemplo: enxergar uma pessoa com o rosto de outra, enxergar um vulto;

- **Alucinações**

Ocorrem quando há percepção sensorial na ausência de estímulo externo (percepção sem objeto). Exemplo: ouvir vozes de comando;

Pensamento

É o conjunto de funções integrativas capazes de associar conhecimentos novos e antigos, integrar estímulos externos e internos, analisar, abstrair, julgar, concluir, sintetizar e criar. O pensamento é avaliado em 3 aspectos: *produção* (ou forma), *curso* e *conteúdo*.

A produção é como as idéias são concatenadas e seguem uma sequência lógica, de acordo com as leis da sintaxe. O normal é que a produção do pensamento seja coerente, isto é, clara e fácil de seguir e entender. Pensamento mágico é quando não se obedece às leis da realidade, tempo e espaço, envolvendo sorte, misticismo, poder a distância, força do pensamento para provocar ações etc..

O curso caracteriza-se pela quantidade de idéias que vêm ao pensamento, podendo variar de abundantes a escassas; e pela velocidade com que as idéias passam pelo pensamento (rápido, lentificado ou bloqueado).

O conteúdo do pensamento é a observação da conexão do mundo externo com o interno.

Seu exame serve para identificar situações de risco para si ou para terceiros. Pode expressar as preocupações, manifestas como idéias supervalorizadas, delirantes, com a própria doença, sobre os problemas alheios, as obsessões e fobias etc.;

Linguagem

É o modo de se comunicar, verbalmente ou não, envolvendo gestos, olhar, expressão facial ou escrita. A linguagem falada é o principal ponto de observação e o estudo da fala envolve a *quantidade*, a *velocidade* e a *qualidade*.

A quantidade pode demonstrar um indivíduo loquaz, prolixo, taciturno, não espontâneo, etc.

A velocidade pode ser rápida, lenta, hesitante ou monótona.

A qualidade pode ser a apresentação de tartamudez (gagueira), dislalia, etc.

Finalmente, deve-se também observar se o volume é alto ou baixo; se há boa gramática e sintaxe, além do vocabulário ou escolha das palavras serem corretos;

Afetividade e humor

Afetividade é a experiência imediata e subjetiva das emoções sentidas em relação ao que o cerca, abrangendo desde sentimentos em relação a pessoas e ambientes até lembranças de fatos, situações, ou pessoas do passado, bem como expectativas sobre o futuro.

O humor é a tonalidade de sentimento predominante, que pode influenciar a percepção de si mesmo, e do mundo ao seu redor.

Resumindo, o afeto é o sentimento exteriorizado, porém não necessariamente real, enquanto que o humor é o sentimento verdadeiro, o seu mundo interno.

Na avaliação da afetividade e do humor é importante observar que as suas variações são corroboradas por modificações na expressão facial, no tom de voz e nos gestos, demonstrando um espectro de intensidade na emoção expressada (de superficial a profundo). Por outro lado, variações no humor podem ser normais.

A análise da afetividade e do humor pode apresentar uma pessoa como: eutímica (normal), distímica/disfórica (depressivo ou eufórico). Observar a predominância da qualidade afetiva.

Juízo crítico

É uma das funções mais importantes a ser analisada, do ponto de vista médico-pericial, uma vez que ela é a capacidade de perceber e avaliar adequadamente a realidade externa e separá-la dos aspectos do mundo interno ou subjetivo. Implica discernir sentimentos, impulsos e fantasias como próprios ou não.

Também tem relação com a possibilidade de auto-avaliação adequada e ter uma visão realista de si mesmo, suas dificuldades e suas qualidades. A capacidade de julgamento é necessária para todas as decisões diárias, para estabelecer prioridades e prever consequências.

O termo conhecido como *insight* nada mais é do que a consciência sobre si mesmo, seu estado emocional e sobre a vida em geral. A qualidade do *insight* evidencia a existência de saúde mental adequada.

Avaliação de funções psicofisiológicas

Nesta fase do exame psiquiátrico se procura observar, particularmente, o *sono*, o *apetite*

e a *sexualidade*.

Quanto ao sono, deve-se atentar para a existência de insônia (inicial, terminal ou no meio da noite), hipersonia, sonambulismo, terror noturno, apnéia do sono e alterações do ciclo sono-vigília.

Quanto ao apetite, cumpre analisar o aumento ou diminuição no peso, dentre vários outros aspectos.

Quanto à sexualidade, há necessidade de obter informações sobre diminuição ou perda do desejo sexual; incapacidade de experimentar o prazer; ejaculação precoce ou retardada, etc.

6 ASPECTOS SOBRE SIMULAÇÃO EM PSIQUIATRIA E A PRÁTICA MÉDICA PERICIAL

Na avaliação psiquiátrica, um dos elementos a serem considerados pelo médico perito é a possibilidade da simulação de sintomas e sinais clínicos de transtornos mentais ou de outra ordem. Conforme define o Dicionário Aurélio¹, simulação é "*fingir o que não é*". Simulação é conceituada pela Organização Mundial de Saúde como "*a produção intencional ou invenção de sintomas ou incapacidades tanto físicas quanto psicológicas, motivadas por estresse ou incentivos externos*". Ou seja, há uma motivação consciente assim como uma produção consciente de sintomas: uma tentativa de subverter o exame a uma situação não condizente com a realidade. Na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde da OMS a simulação tem seu código próprio: Z76.5 (*pessoa fingindo ser doente; simulação consciente; simulador com motivação óbvia*), além do código F68.1 (*produção deliberada ou simulação de sintomas ou de incapacidades, físicas ou psicológicas*).

Conforme Menezes [18], a simulação subdivide-se em:

- a) pura: a falsificação de uma doença ou incapacidade quando ela não existe;
- b) parcial: o exagero consciente de sintomas que não existem;
- c) falsa imputação: a atribuição de sintomas reais a uma causa conscientemente entendida como não tendo relação com os sintomas.

Na simulação, 2 conceitos se tornam particularmente importantes: o ganho secundário e o reforço ambiental. Estes conceitos expressam vantagens indevidas que se podem alcançar usando uma situação para manipular e/ou influenciar outras pessoas. O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR) [19], indica situações onde há suspeita de simulação. Há que existir qualquer das combinações a seguir:

- a) contexto médico legal de apresentação;
- b) acentuada discrepância entre o sofrimento e/ou a deficiência apontados pelo paciente e os achados objetivos;
- c) falta de cooperação durante a avaliação diagnóstica e de aderência ao regime de tratamento prescrito;
- d) presença de um transtorno da personalidade anti-social.

Outro aspecto que pode ser observado na simulação é a impaciência, a necessidade de ver tudo resolvido rapidamente, como se não pudesse permanecer naquela situação por muito tempo. O perito médico deve estar atento ao olhar, à fisionomia, aos gestos, à mímica. Tudo aquilo que se convencionou chamar de linguagem não verbal.

Podem ainda sugerir simulação:

- diagnóstico firmado pelo médico assistente divergente da clínica observada ao exame. Diagnóstico firmado pelo médico assistente incompatível com o tempo estimado de recuperação. Exemplo: CID F33.3 (transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave, com sintomas psicóticos) com estimativa de afastamento para o trabalho para 30 dias;

¹ Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa. Curitiba: Positivo – Livros, 2010.

- diagnósticos incompatíveis. Exemplo: CID F20 (esquizofrenia) e F32(episódio depressivo);
- diversidade de diagnósticos em exames consequentes. Exemplo: CID F32 para F20, para F40;
- somatizações;
- transtorno informado incompatível com a função laborativa. Exemplo: F72 (retardo mental grave) e atividade referida de empregada doméstica;
- persistente ineficácia da medicação e piora contínua das queixas, sem melhora visível por parte da pessoa, mesmo que corretamente medicada por longo tempo. Exemplo: uso correto de antidepressivo há mais de 6 meses, sem qualquer relato de melhora;
- relação do examinado com o acompanhante. Exemplo: diagnóstico de F32 que não responde a qualquer pergunta formulada, esperando o acompanhante responder; e
- quadro clínico existente pela ação medicamentosa, iatrogênica e/ou por uso auto-provocado, e possibilidade de desintoxicação em curto tempo. Exemplo: Impregnação por haldol. Uso excessivo de tranquilizantes.

7 TRANSTORNOS MENTAIS DE MAIOR RELEVÂNCIA NA PRÁTICA MÉDICO-PERICIAL DA PREVIDÊNCIA SOCIAL: DIRETRIZES DE APOIO À DECISÃO MÉDICA

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

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

Este agrupamento contém as seguintes categorias:

- demência na doença de Alzheimer (F00);
- demência vascular (F01);
- demência em outras doenças classificadas em outra parte (F02);
- demência não especificada (F03);
- síndrome amnésica orgânica não induzida pelo álcool ou por outras substâncias psicoativas (F04);
- *delírium* não induzido pelo álcool ou por outras substâncias psicoativas (F05);
- outros transtornos mentais devidos à lesão e disfunção cerebral e à doença física (F06);
- transtornos de personalidade e do comportamento devidos à doença, à lesão e à disfunção cerebral (F07); e
- transtorno mental orgânico ou sintomático não especificado (F09).

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

Doença de Alzheimer (F00)

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

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

Demência Vascular (F01)

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

Demência em outras doenças classificadas em outra parte (F02)

As principais são: doença de Pick, doença de Creutzfeldt-Jakob, doença de Huntington, doença de Parkinson e como complicação na doença do vírus da imunodeficiência humana [HIV].

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

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

Conduta médico-pericial

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

O perito médico deve estar atento na fixação da DID e DII.

Quando passíveis de avaliação médico-pericial, pela pouca reversibilidade, são, geralmente, de encaminhamento para limite indefinido. Além disto, faz jus a isenção de Imposto de Renda quando houver alienação mental e há possibilidade de solicitação de majoração de 25% na aposentadoria por invalidez, por enquadramento no art. 45 do anexo I do Decreto nº 3.048/99.

Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa (F10 a F19)

Os transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa compreendem numerosos transtornos que diferem entre si pela gravidade variável e pela sintomatologia diversa, mas que têm, em comum, o fato de serem todos atribuídos ao uso de uma ou de várias substâncias, prescritas ou não por um médico. A dependência química é considerada um problema de saúde pública, por atingir todas as classes sociais. Os agentes psicoativos atuam sobre o sistema nervoso central, provocando sintomas psíquicos e estimulando o consumo repetido. Quanto mais grave a dependência, mais os pensamentos e as atividades são direcionados para a obtenção da droga.

A OMS distingue 2 tipos de padrão de uso [21]:

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

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

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

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

- tolerância: necessidade de aumento progressivo da dose para se obter o mesmo efeito;
- crises de abstinência: ansiedade, irritabilidade, agressividade, insônia, tremores quando a dosagem é reduzida ou o consumo é suspenso;
- fissura ou "*craving*": necessidade imperiosa de utilizar a droga, buscando experimentar os efeitos prazerosos previamente conhecidos ou aliviar os sintomas indesejáveis da abstinência;
- tentativas fracassadas de diminuir ou controlar o uso de droga;
- perda de boa parte do tempo com atividades para obtenção e consumo da substância ou recuperação de seus efeitos; e
- negligência com relação a atividades sociais, ocupacionais e recreativas em benefício da droga.

Do ponto de vista pericial, importa conhecer que a Classificação internacional das Doenças – CID-10 traz informações importantes sobre a situação a ser analisada. No Capítulo referente aos transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa, o terceiro caractere do Código identifica sempre a substância implicada e o quarto caractere especifica o quadro clínico, que é o mais valoroso na avaliação, conforme o QUADRO 1 , adiante.

QUADRO 1: IDENTIFICAÇÃO DE QUADROS CLÍNICOS DE USO E/OU DEPENDÊNCIA QUÍMICA, CONFORME A CID10 [12]

0	Intoxicação aguda
1	Uso nocivo
2	Síndrome de dependência
3	Estado de abstinência
4	Estado de abstinência com delirium
5	Transtorno psicótico
6	Síndrome amnésica
7	Transtorno psicótico residual e de início tardio
8	Outros transtornos mentais e de comportamento
9	Transtorno mental e de comportamento não especificado

As substâncias psicoativas são classificadas de acordo com a sua ação sobre o organismo em:

- depressores do sistema nervoso central;
- estimulantes do sistema nervoso central; e
- perturbadores do sistema nervoso central.

a) Depressores do Sistema Nervoso Central

Neste grupo, tem-se:

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

Transtornos mentais e comportamentais devido o uso de álcool (F10)

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

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

- estreitamento do repertório de beber (“eu só bebo cerveja”);
- evidência de conduta de busca ao álcool;
- aumento da tolerância;
- sintomas repetidos de abstinência (tremores matutinos, sudorese noturna);
- alívio ou evitação da abstinência através da ingestão etílica;
- consciência subjetiva da compulsão para beber; e
- possibilidade de reinstalação da síndrome após abstinência.

Conduta médico-pericial

A simples presença do uso de álcool, por si só, não significa a existência de incapacidade laborativa, uma vez que o importante é a sua repercussão no desempenho das atividades.

Como o uso continuado de álcool tem repercussão em várias esferas orgânicas, a eventual incapacidade laborativa está condicionada à existência de co-morbidades, tais como: hepatopatias, polineuropatias, diabetes, cardiopatias, distúrbios nutricionais, epilepsia, depressão e transtornos da personalidade, devendo o perito analisar a repercussão para a condição de trabalho, conforme as características destes transtornos.

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

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

Pode haver incapacidade laborativa temporária para funções que exponham a riscos pessoais e/ou de terceiros (ver Quadro 12.2, Anexo V).

Nem sempre a história recente de internação é indicativo de incapacidade laborativa. Em muitos casos a cessação do benefício pode seguir a alta da internação.

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

Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de opiáceos (F11)

Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de sedativos e hipnóticos (F13)

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

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

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

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

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

Conduta médico-pericial

A prevalência destes transtornos entre os benefícios por incapacidade é baixa, mas deve-se atentar para profissionais da área da saúde pela facilidade de acesso, uma vez que muitas

destas substâncias são de uso médico exclusivo. Nestes casos, a possibilidade de exposição ocupacional é concreta e a realização denexo técnico recomendada.

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

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

b) Estimulantes do Sistema Nervoso Central

Neste grupo, tem-se:

- transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de cocaína (F14); e
- transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de outros estimulantes, inclusive a cafeína (F15)

Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de cocaína (F14)

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

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

O uso de cocaína pode produzir psicoses análogas às da esquizofrenia paranóide, como alucinações e mania mórbida de perseguição.

Na esfera sexual, há aumento do desejo, porém com dificuldade para o orgasmo, o que pode levar à violência contra o parceiro e à perda natural do pudor.

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

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

Conduta médico-pericial

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

Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de outros estimulantes, inclusive a cafeína e o tabaco (F15, F17)

Neste grupo de substâncias, há importância para o consumo existente de anfetaminas,

especialmente em fórmulas pretensamente dietéticas, com repercussões mentais graves, pelo uso imoderado.

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

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

A síndrome de abstinência leva ao risco de suicídio.

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

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

Conduta médico-pericial

As eventuais incapacidades laborativas estão condicionadas à existência de síndrome de abstinência e psicose, que podem durar de 30 a 60 dias.

c) Perturbadores do sistema nervoso central

Neste grupo, tem-se:

- transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de canabinóides (F12);
- transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de alucinógenos (F16); e
- transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de solventes voláteis (F18).

Transtornos mentais devido ao uso de canabinóides (F12)

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

Como efeitos imediatos pelo uso da droga podemos citar midríase, congestão das conjuntivas, taquicardia, taquisfigmia, sensação de euforia, desinibição gestual, tagarelice, perda da noção do tempo e do espaço, diminuição dos reflexos, da coordenação motora e da memória, sensação de pavor e isolamento. Entre os efeitos crônicos podem ser citados: lábios secos, podendo sobrevir fissuras semelhantes às produzidas pelo frio intenso, midríase notável ao longo do uso e que depois se extingue, e olhar amortecido. No exame das mãos, notam-se manchas escuras nas pontas dos dedos, principalmente no indicador e polegar, sinal de carbonização dos tegumentos que os revestem, sinal resultante de fumarem os cigarros até o fim para aproveitar a concentração de THC. Na boca, nota-se que o hálito lembra mato queimado, e a maioria dos usuários procura disfarçar com substâncias aromáticas diversas. Os canabistas crônicos podem apresentar lentidão mental e comportamento reservado. O andar e os movimentos parecem ensaiados e dotados de uma “calma interior” absolutamente falsa.

Um de seus derivados é o *haxixe*, que resulta das secreções resinosas da maconha em concentrações elevadíssimas de THC, podendo-se dizer que o haxixe é o tetrahydrocannabinol quase puro. Ainda há variedades de maconha purificadas por modificações genéticas.

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

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

Conduta médico-pericial

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

No caso da manifestação de um transtorno psiquiátrico latente, este deverá ser avaliado conforme as suas características próprias.

Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de alucinógenos (F16)

Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de solventes voláteis (F18)

Os representantes mais comuns destes grupos são o LSD, os inalantes e o *ecstasy*.

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

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

O usuário pode permanecer psicótico durante dias. Também há a possibilidade de “*flash-backs*” por um período de 6 a 12 meses.

No consumo agudo podem surgir episódios de pânico, acompanhados de delírios.

A maioria dos usuários não procura tratamento espontâneo.

Conduta médico-pericial

Não é frequente a existência de incapacidade laborativa para os usuários deste grupo de substâncias. O que de fato acaba alterando a condição de trabalho é o surgimento de complicadores, como os surtos psicóticos.

No caso da manifestação de um transtorno psiquiátrico latente, esta deverá ser avaliada conforme as suas características próprias.

Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas (F19)

A análise clínica de um usuário de múltiplas drogas (dependência cruzada) não é fácil,

uma vez que nem sempre se sabe qual é a substância que predomina na gravidade do quadro. Além disso, muitos usuários frequentemente não sabem pormenores daquilo que consomem. Portanto, a conduta pericial vai variar, principalmente, de acordo com o quadro clínico existente e sua repercussão na avaliação global de funcionamento.

A existência de síndrome de abstinência, psicose e co-morbidades deve ser detalhadamente analisada.

Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F20 a F29)

Neste grupo tem-se:

- esquizofrenia (F20);
- transtorno esquizotípico (F21);
- transtornos delirantes persistentes (F22);
- transtornos psicóticos agudos e transitórios (F23);
- transtornos esquizoafetivos (F25).

Esquizofrenia (F20)

A Esquizofrenia é uma doença da personalidade total que afeta a zona central do eu e altera toda estrutura vivencial. Culturalmente o esquizofrênico representa o estereótipo do "louco", um indivíduo que produz grande estranheza social devido ao seu isolamento ("alheamento") em relação à realidade. A Esquizofrenia é conceituada como doença, com piora das funções mentais, que interfere na capacidade de discernimento em relação aos fatos habituais da vida ou contato adequado com a realidade [17].

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

Estima-se que a prevalência da doença na população geral varia entre 0,5% e 1%. Em se tratando do caso específico de Benefícios por Incapacidade, espécie 31, entre 11.255 benefícios concedidos em 5 diferentes gerências executivas, no período de 2003 e 2004, com diagnóstico classificado no Capítulo 5 da CID-10, foram detectados 1.143 benefícios com diagnóstico de Esquizofrenia, perfazendo a prevalência de 10,2% entre os casos observados.

O surgimento da esquizofrenia pode ser súbito, em dias ou semanas, ou lento e insidioso, ao longo de anos.

Casos novos são raros antes da puberdade e depois dos 35 anos. As mulheres apresentam um curso mais brando da esquizofrenia e, portanto, um melhor prognóstico e uma melhor possibilidade de adaptação social.

Observa-se que apenas 40,2% dos pacientes apresentam melhora ao longo de um período médio de acompanhamento de 5 a 6 anos. Com o avançar da idade, há uma melhora na sintomatologia e prognóstico da doença.

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

- delírios: o indivíduo crê em idéias falsas, irracionais ou sem lógica. Em geral, são temas de perseguição, grandeza ou místicos;
- alucinações: o paciente percebe estímulos que em realidade não existem, como ouvir vozes ou pensamentos, enxergar pessoas ou vultos, podendo ser bastante

assustador;

- discurso e pensamento desorganizado: o esquizofrênico fala de maneira ilógica e desconexa, demonstrando uma incapacidade de organizar o pensamento em uma sequência lógica;
- expressão das emoções: tem um afeto inadequado ou embotado, ou seja, uma dificuldade de demonstrar a emoção que está sentindo. Não consegue demonstrar se está alegre ou triste; e
- alterações de comportamento: podem ser impulsivos, agitados ou retraídos, muitas vezes apresentando risco de suicídio ou agressão, além de exposição moral, como, por exemplo, falar sozinho em voz alta ou andar sem roupa em público.

Os sintomas da doença podem ser agrupados em:

- positivos: delírios, alucinações e agitação psicomotora; e
- negativos: inibição psicomotora (ex.:catatonia), diminuição da vontade, embotamento afetivo, negativismo.

Os psicofármacos proporcionam melhoria na qualidade de vida, prevenindo novas crises e alargando o período intercrítico. Após o desaparecimento dos sintomas agudos, o uso contínuo de medicamentos antipsicóticos reduz substancialmente a probabilidade de episódios futuros. Infelizmente, os medicamentos antipsicóticos produzem efeitos adversos importantes, incluindo a sedação, a rigidez muscular, os tremores e o ganho de peso. Esses medicamentos também podem causar discinesia tardia, movimentos involuntários, geralmente dos lábios e da língua, ou contorções dos membros superiores ou inferiores.

Para os casos persistentes, não existe um tratamento eficaz. Aproximadamente 75% dos indivíduos com Esquizofrenia respondem aos medicamentos antipsicóticos convencionais (exemplo: clorpromazina, flufenazina, haloperidol ou tioridazina). Atualmente tem havido boa resposta com a risperidona. Até metade dos 25% restantes pode beneficiar-se de um medicamento antipsicótico atípico como a clozapina. Embora a internação possa ser necessária durante as recaídas graves e apesar de o indivíduo ter de ser internado contra a vontade, quando ele representa um perigo para si próprio ou para terceiros, o objetivo geral é conseguir que os indivíduos com Esquizofrenia vivam no seio da comunidade.

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

Em um esforço para classificar os pacientes em grupos mais uniformes, foram propostos subtipos de esquizofrenia. No entanto, em um mesmo paciente, o subtipo pode mudar no decorrer do tempo.

Neste sub-grupo serão descritos os seguintes transtornos:

- esquizofrenia paranóide (F20.0);
- esquizofrenia hebefrênica (F20.1);
- esquizofrenia catatônica (F20.2);

- esquizofrenia indiferenciada (F20.3);
- depressão pós-esquizofrênica (F20.4);
- esquizofrenia residual (F20.5); e
- esquizofrenia simples (F20.6).

Esquizofrenia paranóide (F20.0)

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

Esquizofrenia hebefrênica (F20.1)

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

Esquizofrenia catatônica (F20.2)

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

Esquizofrenia indiferenciada (F20.3)

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

Depressão pós-esquizofrênica (F20.4)

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

Esquizofrenia residual (F20.5)

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

Esquizofrenia simples (F20.6)

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

Conduta médico-pericial

A perícia médica tem contato com este transtorno em distintos momentos: no Auxílio-Doença, Benefício de Prestação Continuada/Lei Orgânica de Assistência Social-BPC/LOAS e na avaliação do dependente maior inválido.

Inicialmente, deve-se ter atenção para a fixação da Data de Início da Doença-DID e Data do Início da Incapacidade-DII, pelo início da patologia ser mais prevalente na adolescência.

Nos casos de afastamento laborativo, sugere-se, inicialmente, o período de 90 a 180 dias.

Em solicitações de Pedido de Prorrogação-PP ou Pedido de Reconsideração-PR, a Solicitação de Informações ao Médico Assistente - SIMA é recomendável. A conduta pericial vai variar conforme os agravantes e os atenuantes da patologia, a atividade laborativa habitual e os critérios de prognóstico referidos. O limite indefinido é uma possibilidade concreta nos casos de evolução desfavorável.

Nos casos de alienação mental, cabe enquadramento para isenção de Imposto de Renda, concessão de majoração de 25% em aposentados por invalidez e de BPC/LOAS. Também, para consideração de se tratar de dependente maior inválido.

Transtorno Esquizotípico (F21)

Sua evolução e curso são usualmente o mesmo de um transtorno de personalidade, havendo uma correlação dos portadores com laços familiares do espectro da Esquizofrenia.

Transtorno delirante persistente (F22)

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

Conduta médico-pericial

Normalmente, o funcionamento social desses pacientes paranóicos não está prejudicado, apesar da existência do delírio. O isolamento social é um fator agravante. A avaliação laborativa deve ser criteriosa, uma vez que as patologias podem levar tanto à incapacidade laborativa, como permitir o trabalho. Quando cabível, o tempo de afastamento inicial sugerido é de 60 a 90 dias, para adequação ao tratamento.

Em casos de solicitação de PP ou PR, a solicitação de informações ao médico assistente é recomendável.

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

Inclui transtornos psicóticos: polimórfico agudo, esquizofreniforme agudo, psicótico agudo predominantemente delirante.

Caracterizam-se pelo aparecimento abrupto dos sintomas psicóticos sem a existência de sintomas pré-mórbidos e, habitualmente, seguindo-se a um estressor psicossocial. A sintomatologia é similar aos de outros distúrbios psicóticos.

Conduta médico-pericial

Quando cabível, o tempo de afastamento inicial sugerido é de 30 a 60 dias.

Em casos de solicitação de PP ou PR, a solicitação de informações ao médico assistente é recomendável.

Transtornos esquizoafetivos (F25 a F25.9)

Esse grupo tem características tanto da esquizofrenia, quanto dos transtornos de humor. Os indivíduos que se enquadram nesse grupo têm sintomas de esquizofrenia, "misturados" com sintomas de doença afetiva. Estes transtornos podem ser do tipo maníaco, depressivo ou misto.

O tratamento pode necessitar de internação hospitalar e haver histórico de uso de medicação antipsicótica associada com moduladores de humor e/ou antidepressivos.

Ocorre também na adolescência ou no início da idade adulta e costuma ter uma evolução melhor que a Esquizofrenia e pior que o Transtorno de Humor.

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

Conduta médico-pericial

Considerando a variabilidade do curso da doença, entre o agravamento e a recuperação, a incapacidade laborativa será decorrente da sua evolução e do tipo do trabalho executado.

Inicialmente, deve-se ter atenção para a fixação da DID e DII, pois o início da patologia pode surgir na adolescência e na idade adulta jovem.

Nos casos de afastamento laborativo, sugere-se, inicialmente, o período de 90 a 180 dias.

Em solicitações de PP ou PR, a solicitação de informações ao médico assistente é recomendável. A conduta pericial vai variar conforme os agravantes e os atenuantes da patologia, a atividade laborativa habitual e os critérios de prognóstico referidos.

O limite indefinido é uma possibilidade concreta nos casos de evolução desfavorável.

Nos casos de alienação mental, cabe enquadramento para isenção de Imposto de Renda, concessão de majoração de 25% em aposentados por invalidez e de BPC/LOAS. Também, para consideração de se tratar de dependente maior inválido.

Transtornos do humor (F30 a F39)

São transtornos mentais nos quais a perturbação fundamental é uma alteração do humor ou do afeto, no sentido de uma depressão (com ou sem ansiedade associada) ou de euforia. A alteração do humor, em geral, se acompanha de uma modificação do nível global de atividade, com a presença de sinais e sintomas secundários. A maioria destes transtornos tende a ser recorrente e a ocorrência dos episódios pode, frequentemente, estar relacionada com situações ou fatos estressantes [21].

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

Os transtornos do humor compreendem:

- episódio maníaco (F30);
- transtorno afetivo bipolar (F31);
- episódios depressivos (F32);
- transtorno depressivo recorrente (F33);
- transtornos de humor (afetivos) persistentes (F34);
- outros transtornos do humor (F38); e
- transtorno do humor não especificado (F39) .

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

- predisposição familiar: é extremamente comum. Na entrevista, pesquisar antecedentes familiares, o histórico de suicídio em familiares de primeiro grau, histórias extravagantes de conduta ou de grandes depressões; e
- modificações de ordem neuroquímica, hormonal e/ou vascular: Observar a presença de co-morbidades, como distúrbios da tireóide, hepatopatias, climatério, diabetes e neoplasias.

Os transtornos do humor atingem em torno de 10 % da população urbana. Cerca de 15 % das pessoas portadoras de transtorno do humor tentam o suicídio. Dentre 11.255 benefícios da espécie 31, concedidos, no período de 2003 e 2004, em 5 gerências-executivas, de diferentes regiões do País, e pertencentes ao grupo F da CID10, foram detectados 5.552 benefícios com CID entre F30 e F39, perfazendo a prevalência de 49,3% dos casos observados.

Episódio maníaco (F30)

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

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

Pertencem ao grupo do Episódio Maníaco:

- hipomania (F30.0);
- mania sem sintomas psicóticos (F30.1); e
- mania com sintomas psicóticos (F30.2).

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

QUADRO 4: CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA TRANSTORNOS AFETIVOS/MANIA

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

Fonte: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition (DSM IV) [22]

Este grupo de transtornos tem pouca relevância para a Previdência Social, por ser de baixa prevalência entre os benefícios por incapacidade. O prognóstico é bom, portanto, em geral, não são incapacitantes para o trabalho, exceto na vigência das crises maníacas.

Conduta médico-pericial

Nos casos de hipomania (F30) e mania sem sintomas psicóticos (F30.1), em regra, não há incapacidade laborativa. Deve-se correlacionar a atividade laborativa e as manifestações da doença.

Na vigência de mania com sintomas psicóticos (F30.2), recomenda-se afastamento de até 60 dias.

Em casos de PP ou PR, a SIMA é recomendável.

Transtorno afetivo bipolar (F31)

O transtorno afetivo bipolar (TAB) é caracterizado por 2 ou mais episódios nos quais o humor e o nível de atividade do sujeito estão profundamente perturbados. Este distúrbio consiste de uma elevação do humor, do aumento da energia e da atividade (hipomania ou mania). Em outros momentos, há rebaixamento do humor e redução da energia e da atividade (depressão). Cursa com alternância entre estas manifestações.

Podem ocorrer casos de episódios depressivos prolongados e/ou frequentes e predominantes, porém a existência de um episódio maníaco ou hipomaníaco é imperiosa para o diagnóstico de bipolaridade. Na predominância de quadro depressivo grave, o prognóstico é

pior. Quando a intensidade dos sintomas depressivos encontra-se exacerbada, surge o risco de suicídio.

O transtorno cursa com crises que costumam durar de duas semanas a 4 meses, podendo ocorrer até a remissão espontânea mesmo sem tratamento. A intervenção médica abrevia o sofrimento e, principalmente, visa a prevenir o risco de suicídio. Pode apresentar, durante o seu curso, episódios psicóticos (F31.2), situação que torna o prognóstico do transtorno mais reservado. Podem, durante a depressão, ficar em estados de catatonia ou estupor por longo tempo. O ajuste medicamentoso é mais prolongado e difícil.

O prognóstico do TAB depende de:

- existência de mais de duas crises no período de 1 ano;
- ocorrência de mais de 4 sintomas do Quadro 2;
- dependência química (álcool e drogas);
- alternância rápida entre mania e depressão (ciclagem rápida);
- risco e tentativa de suicídio; e
- presença de sintomas psicóticos.

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

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

Conduta médico-pericial

Recomenda-se, na fase aguda da doença, o afastamento de até 120 dias, para estabilização do quadro

Em casos de PP ou PR, a SIMA é recomendável.

Na evolução desfavorável (ciclagem rápida, sintomas psicóticos, gestos e atos suicidas, reinternações), é possível a concessão de Limite Indefinido - LI.

Episódios depressivos (F32)

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

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

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

Dentre 11.255 benefícios da espécie 31, concedidos no período de 2003 e 2004, em cinco gerências executivas, de diferentes regiões do País, pertencentes ao grupo F da CID10, foram detectados 3.610 benefícios entre os CID F32 a F32.9, perfazendo a prevalência de 32,1% dos casos observados.

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

Os episódios depressivos compreendem:

- episódio depressivo leve (F32.0);
- episódio depressivo moderado (F32.1);
- episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos (F32.2);
- episódio depressivo grave com sintomas psicóticos (F32.3);
- outros episódios depressivos (F32.8); e
- episódio depressivo não especificado (F32.9).

Episódio depressivo leve (F32.0)

Episódio depressivo moderado (F32.1)

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

Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos (F32.2)

Episódio depressivo grave com sintomas psicóticos (F32.3)

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

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

Conduta médico-pericial

A eventual incapacidade laborativa está condicionada à adesão e eficácia do tratamento,

à atividade exercida (avaliar risco para si e para terceiros e possíveis desencadeamentos relacionados com o trabalho) e à melhora dos sintomas.

O uso continuado de medicamentos não é, por si só, motivo para manutenção de afastamento laborativo.

Na depressão grave com ou sem sintomas psicóticos, é necessária maior atenção por parte do perito pelos riscos inerentes (risco de suicídio).

O prazo de afastamento sugerido para os casos de depressão leve e moderada é de até 60 dias.

No caso de quadro depressivo grave, com tratamento médico bem-sucedido, pode haver recuperação das condições laborativas em até 6 meses.

Em casos de PP ou PR é recomendável a SIMA.

Episódios depressivos recorrentes (F33)

O episódio depressivo recorrente é caracterizado pela ocorrência repetida de crises depressivas. Estas são correspondentes à descrição de um episódio depressivo. O perfil clínico e evolução do quadro são semelhantes aos demais episódios depressivos descritos na CID10 entre F32.0, F32.1, F32.2 e F32.3. A diferença está, exatamente, na recorrência das crises.

Nestes casos, quando há presença de episódios graves, ou seja, com sintomas positivos, exuberantes, como por exemplo, tentativa ou ideação suicida, sintomas psicóticos, a recorrência é um péssimo diferencial para a decisão médico-pericial.

O perito deve, portanto, estar atento aos seguintes critérios de avaliação, antes de decidir-se:

- frequência dos episódios. São muito frequentes? Mais de 1 por ano?
- cursam com ideação ou tentativa de suicídio?
- cursam com sintomas psicóticos persistentes?
- o tratamento tem sido adequado e contínuo, com acompanhamento regular por psiquiatra?
- consegue manter, nos intervalos intercríticos, alguma atividade produtiva?
- encontra-se em idade laborativa e está inserido no mercado de trabalho?
- a função laborativa é compatível com o quadro patológico?
- a função laborativa é um fator agravante e negativo para o quadro patológico?

As respostas (positivas ou negativas) a este conjunto de fatores (ou quesitos) deverão orientar a decisão do perito médico.

Conduta médico-pericial

A decisão médico-pericial poderá ser por períodos longos de afastamento, podendo chegar ao limite indefinido.

Em casos de PP ou PR é recomendável a SIMA.

Transtornos persistentes do humor (F34)

Os transtornos persistentes do humor são aqueles nos quais os episódios individuais não

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

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

Os transtornos persistentes do humor se classificam em:

- **Ciclotimia (F34.0)** - comporta numerosos períodos de depressão ou de leve euforia nenhum deles suficientemente grave ou prolongado; e
- **Distímia (F34.1)** - rebaixamento crônico do humor, persistindo ao menos por vários anos, mas cuja gravidade não é suficiente ou na qual os episódios individuais são muito curtos.

Conduta médico-pericial

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

Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o estresse e transtornos somatoformes (F40 a F48)

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

Transtornos neuróticos (F40 a F42)

Neste grupo são estudados:

- transtornos fóbico-ansiosos (F40);
- outros transtornos ansiosos (F41); e
- transtorno obsessivo-compulsivo (F42).

Transtornos fóbico-ansiosos (F40)

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

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

As fobias mais comuns são:

- **Agorafobia (F40.0)** - refere-se a ambientes amplos, abertos com saídas indefinidas ou não visíveis, e também a multidões, locais de difícil saída ou escape (estádios, shoppings, shows, aeroportos). Costuma surgir na idade adulta ainda jovem ou até os 40 anos;
- **Fobia social (F40.1)** - refere-se a qualquer tipo de exposição da pessoa. Falar e/ou comer em público, fazer provas e/ou testes coletivos, praticar esportes e envolver-se em relacionamentos afetivos são exemplos de fobia social. Em geral, tem início na adolescência; e
- **Fobias específicas (F40.2)** - refere-se ao medo de insetos, répteis, lugares fechados, avião, mar, dentista, sangue e hospitais, escuro, da morte. Estas fobias podem cursar desde a infância.

Conduta médico-pericial

De um modo geral, os transtornos fóbico-ansiosos não geram incapacidade laborativa, a não ser em casos de situações críticas.

Quando incapacitantes, o afastamento é breve, sugerindo-se até 30 dias.

Outros transtornos de ansiedade (F41)

Nestes transtornos neuróticos, as manifestações mais graves e exuberantes vêm da ansiedade e suas repercussões neuroquímicas, neuro-hormonais e fisiopatológicas a refletir, em maior ou menor grau, no psiquismo e no físico do indivíduo.

Para fins periciais é importante conhecer:

- transtorno de pânico (ansiedade paroxística episódica) (F41.0);
- ansiedade generalizada (F41.1); e
- transtorno misto de ansiedade e depressão (F41.2).

Transtorno de pânico (F41.0)

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

Os sintomas são:

- medo e sensação de morrer, de enlouquecer, de perder a razão e o controle total de si;

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

A crise no transtorno de pânico é auto-limitada e de curto período. Em geral, não ultrapassa 10 minutos. Atualmente usa-se com grande eficácia técnicas de controle respiratório, impedindo inclusive que a crise se desencadeie com todos os pródromos descritos

O prognóstico é, em geral, bom em médio prazo, podendo ocorrer remissão espontânea. O tratamento adequado abrevia o curso da crise.

Conduta médico-pericial

De um modo geral, este grupo de patologias não gera incapacidade laborativa, a não ser em caso de agravamento ou de situações críticas.

Quando incapacitantes, o afastamento é breve, sugerindo-se até 30 dias.

Na possibilidade de PP ou PR, a SIMA é recomendável.

Nos casos em que há o exercício de função de risco individual ou coletivo, como, por exemplo, na condução de veículos e trabalho em confinamento, pode haver a necessidade de encaminhamento para a Reabilitação Profissional.

Outros transtornos mistos de ansiedade (F41)

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

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

Transtorno de ansiedade generalizada (F41.1)

Como a ansiedade é duradoura e o estresse um fator presente, podem ocorrer: distúrbios do sono, irritabilidade, palpitações eventuais, mal-estar, tensão muscular após o trabalho, cefaléia intermitente e fadiga fácil.

Transtornos mistos de ansiedade e depressão (F41.2)

São quadros de leve a moderados em que, além dos sintomas da ansiedade por vezes, há

desânimo, desconcentração, algumas alterações de humor perfeitamente toleráveis e contornáveis.

Conduta médico-pericial

Os transtornos mistos e fóbico-ansiosos não levam à incapacidade laborativa, a não ser em caso de situações críticas.

Quando incapacitantes, o afastamento é breve, sugerindo-se até 30 dias

Em caso de PP ou PR, a SIMA é recomendável.

Transtorno obsessivo-compulsivo (F42)

É um transtorno caracterizado por pensamentos obsessivos e/ou atos ou rituais compulsivos recorrentes e persistentes. Embora estes pensamentos e manias sejam despropositados e sem sentido, não há condição de evitar, gerando grande sofrimento e angústia. Pode haver depressão, isolamento afetivo e social.

O portador de Transtorno Obsessivo Compulsivo - TOC, apesar de suas excentricidades, não tem nenhum dano intelectual no aprendizado, na cultura e na capacidade laborativa de uma forma geral. Quanto ao ângulo afetivo e social, pode atrapalhar em maior ou menor grau, dependendo das manias, compulsões e excentricidades do portador. Os rituais em geral são: de limpeza e descontaminação; de contagem; de verificação; místicos e supersticiosos; de colecionamento, dentre outros.

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

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

Conduta médico-pericial

De modo geral, este grupo de patologias não gera incapacidade laborativa, a não ser em casos de agravamento ou de situações críticas.

Quando incapacitantes, o afastamento é breve, sugerindo-se entre 30 e 60 dias.

Em casos de PP ou PR, a SIMA é recomendável.

Reação ao estresse grave e transtornos de ajustamento (F43)

Tem como característica primordial possuir um agente causador identificável, antecedendo o desencadear do transtorno. São eles:

- reação aguda ao estresse (F43.0);
- transtorno de estresse pós-traumático (F43.1); e
- transtornos de adaptação (F43.2).

Reação aguda ao estresse (F43.0)

É um transtorno transitório, súbito, inesperado de gravidade variável, que ocorre em qualquer pessoa com antecedentes psiquiátricos ou não. É uma resposta imediata a excepcional estresse físico e/ou mental. Trata-se de quadro agudo que se inicia até segundos após o evento estressante e/ou traumático e cessa em horas ou em dias. É também chamado popularmente “estado de choque”.

Conduta médico-pericial

De modo geral, este grupo de patologias não gera incapacidade laborativa, a não ser em casos de agravamento ou de situações críticas.

Quando incapacitantes, o afastamento é breve, sugerindo-se até 30 dias.

Em casos de PP ou PR, a SIMA é recomendável.

Avaliar a possibilidade de se tratar de acidente de trabalho.

Transtorno de estresse pós-traumático (F43.1)

A característica principal deste transtorno é o desenvolvimento de sintomas típicos e bem definidos, após exposição a um agente ou evento estressante, traumático ou catastrófico. A resposta é de medo intenso, impotência e horror.

O início das manifestações ocorre após as 3 primeiras semanas do evento até no máximo 6 meses do ocorrido. Cursa com revivência persistente do evento traumático, ideação mórbida, com traços obsessivos. Também, com “*flashbacks*”, pesadelos e sonhos recorrentes, distúrbios acentuados do sono, estado de hipervigilância, sobressalto e desassossego constante. Apresenta atitudes de desconfiança, hostilidade, embotamento afetivo, emocional, sexual e social, esquiva fóbica [23].

Caso se exponha, pode apresentar agitação, ansiedade extrema e pânico.

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

Conduta médico-pericial

Quando necessário, o afastamento laboral dependerá das manifestações restritivas e incapacitantes da doença, podendo-se considerar, inicialmente, até 90 dias.

Nos casos de PP ou PR, a SIMA é recomendável.

Nos casos de pior evolução, pode-se incluir em Reabilitação Profissional-RP e R2.

Transtornos de adaptação (F43.2)

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

Os transtornos de adaptação são mais exuberantes nas crianças, adolescentes e idosos, que são, por questões inerentes ao psiquismo destas faixas etárias, mais sensíveis às mudanças de vida. As pessoas adultas intolerantes às frustrações e emocionalmente imaturas, também sentirão com maior intensidade os seus efeitos. O seu início dá-se em até 30 dias após o evento perturbador/modificador da vida da pessoa. Cursa com humor lábil, impaciência, irritabilidade, desgaste emocional, sensação de desânimo. Pode causar alterações na atividade laboral.

Conduta médico-pericial

De modo geral, este grupo de patologias não gera incapacidade laborativa, a não ser em casos de agravamento ou de situações críticas.

Quando incapacitantes, sugere-se o afastamento entre 30 e 90 dias.

Em casos de PP ou PR, a SIMA é recomendável.

Transtornos dissociativos ou conversivos (F44)

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

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

A duração do quadro é, em geral, fugaz.

Conduta médico-pericial

De modo geral, este grupo de patologias não gera incapacidade laborativa, a não ser em casos de agravamento ou de situações críticas.

Quando incapacitantes, sugere-se o afastamento entre 30 e 90 dias.

Em casos de PP ou PR, a SIMA é recomendável.

Transtornos somatoformes (F45)

A somatização aparece na medicina em geral e na psiquiatria, em particular, muito mais como um sintoma do que como uma doença específica. Somatização, a rigor, significa passar para o somático, físico ou corpóreo, somatizar. A categoria diagnóstica dos transtornos somatoformes e suas subdivisões (outros transtornos somatoformes – CID-10: F45.8; de dor, disfunções neurovegetativas etc.) abrangem uma série de sintomas correspondendo a respostas somáticas, indicadoras de alterações emocionais e supervalorizadas através de ampliações das sensações corporais; obviamente descartadas as patologias orgânicas.

A característica principal do Transtorno Somatoforme é a elaboração de múltiplas queixas somáticas pelo paciente, queixas essas recorrentes e clinicamente significativas. Uma queixa é considerada *cl clinicamente significativa* quando resulta ou acaba determinando algum tratamento

médico, ou quando é capaz de causar algum prejuízo no funcionamento social ou ocupacional da pessoa.

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

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

Conduta médico-pericial

De modo geral, este grupo de patologias não gera incapacidade laborativa, a não ser em casos de agravamento ou de situações críticas.

Quando incapacitantes, sugere-se o afastamento entre 30 e 90 dias.

Em casos de PP ou PR, a SIMA é recomendável.

Neurastenia- F48

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

Conduta médico-pericial

De modo geral, este grupo de patologias não gera incapacidade laborativa, a não ser em casos de agravamento ou de situações críticas.

Quando incapacitantes, o afastamento é breve, sugerindo-se até 30 dias.

Em casos de PP ou PR, a SIMA é recomendável.

Síndrome do esgotamento profissional ou “Síndrome de Burnout” (Z73.0)

É um transtorno grave de tensão emocional crônica relacionada ao trabalho, em que o estresse chega às últimas consequências e leva o organismo a esgotamento por exaustão.

Clinicamente o indivíduo torna-se improdutivo, irresponsável, indiferente, desatencioso, frio emocionalmente, embotado e empobrecido em seus vínculos afetivos e laborais [24,25]. O perfil do atingido caracteriza-se em serem profissionais idealistas, exigentes, perfeccionistas.

A *Síndrome de Burnout* não aparece repentinamente como resposta a um estressor determinado. Esta é uma importante diferença entre *Burnout* e reação aguda ao estresse, estresse pós traumático assim como às reações de ajustamento, que são rápidas e determinadamente objetivas. O quadro de *Burnout* vai se instalando insidiosamente. É importante citar que, apesar de os fatores predisponentes serem importantes, mesmo que ocorra sobrecarga de trabalho, estresse e pressões crônicas no âmbito profissional, quando há auto-estima elevada, reconhecimento e simpatia do cliente quanto à sua profissão/função, raramente desenvolverá *Burnout*.

Estudos realizados no Brasil mostram que categorias profissionais como médicos, enfermeiros, assistentes sociais, professores, bancários, agentes penitenciários, policiais, apresentam alta incidência de *Burnout*. [26]. Há muitos anos, organizações do trabalho já alertavam para a alta incidência de *Síndrome de Burnout* nos controladores de voo em todo o mundo.

Conduta médico-pericial

Este transtorno ainda não se encontra contemplado na lista de diagnósticos do Sistema de Administração de Benefícios por Incapacidade-SABI (CID Z73.0). Portanto, enquanto a referida lista não seja atualizada, sugerimos para título de padronização diagnóstica, que se indique como diagnóstico o CID F43.1 (reação prolongada ao stress).

Na avaliação pericial, é imperativo reconhecer e/ou descaracterizar o diagnóstico de *Burnout*, pela possibilidade de implicações jurídicas.

Não é raro, um sintoma da síndrome de *Burnout* ser considerado como CID principal de uma informação médica recebida, como exemplos: F32.0, F43.1, F40 e F10.

Na falta de informações condizentes, em caso de dúvida diagnóstica ou antes de firmar um diagnóstico de certeza, SIMA é recomendável, mesmo na primeira avaliação (AX1).

Quando necessário, sugere-se afastamento inicial entre 30 e 60 dias.

Nos casos de PP ou PR, novamente a solicitação de SIMA é recomendável.

Em casos de pior evolução, pode-se chegar a RP e R2.

Problemas relacionados ao ambiente social (Z60.0)

Alvo de discriminação e perseguição percebidas: Assédio Moral/"*Mobbing*" (Z60.5)

O Assédio Moral, também conhecido como "hostilização no trabalho", "assédio psicológico no trabalho", "psicoterror", ou internacionalmente como "*mobbing*", "*bullying*", ou "*harcèlement moral*", pode ser conceituado como conduta abusiva (gestos, palavras, atitudes, comportamentos) que atentem por sua repetição e/ou sistematização contra a dignidade e/ou integridade psíquica e/ou física de uma pessoa, pondo em perigo sua posição de trabalho ou deteriorando o ambiente de trabalho. Caracteriza o Assédio Moral submeter o trabalhador a situações humilhantes, preconceituosas, constrangedoras, repetitivas e prolongadas durante a jornada de trabalho e no exercício de suas funções. O Perito Médico não pode confundir assédio

moral com excesso ou redução de trabalho, ordem de transferência, mudança de local de trabalho, exigências no cumprimento de metas, cumprimento rígido de horários, falta de segurança, obrigação de trabalhar em situação de risco, pouco confortável ou ergonomicamente penosa

Conduta Médico-Pericial

O assédio moral apresenta-se como uma manifestação de um quadro psiquiátrico considerado através de outros CIDs tais como: F32, F43.1, F40 e F10.

O afastamento do trabalho, se necessário, está relacionado aos sintomas manifestos.

Nos casos de PP ou PR, a SIMA é recomendável.

Transtornos específicos de personalidade (F60 a F60.9)

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

O que é Personalidade?

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

O que são Transtornos da Personalidade?

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

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

Os transtornos de personalidade são condições do desenvolvimento da personalidade, aparecem na infância ou adolescência e continuam pela vida adulta. São perturbações graves da constituição do caráter e das tendências comportamentais. Não são adquiridas do meio. Diferem de modificações que podem surgir na personalidade, durante a vida, como

consequência de algum outro transtorno emocional ou de um estresse grave. O diagnóstico de transtorno da personalidade só deve ser dado a adultos ou no final da adolescência, pois a personalidade só está completa nessa época.

Classificação

Personalidade Paranóica (F60.0)

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

Exclui: esquizofrenia paranóide, paranóia ou psicose paranóide.

Personalidade Esquizóide (F60.1)

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

Personalidade Anti-Social (F60.2)

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

Transtorno de personalidade com instabilidade emocional (F60.3)

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

- tipo impulsivo: instabilidade emocional e falta de controle dos impulsos; e
- tipo borderline: perturbações da auto-imagem, do estabelecimento de projetos e das preferências pessoais. Sensação crônica de vazio, relações interpessoais intensas e instáveis. Tendência a comportamento autodestrutivo, com tentativas de suicídio e comportamentos de risco.

Personalidade Histriônica (F60.4)

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

Personalidade Anancástica (F60.5)

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

Não é transtorno obsessivo-compulsivo.

Personalidade Ansiosa (de Evitação) (F60.6)

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

Personalidade Dependente (F60.7)

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

Outros transtornos específicos da personalidade (F60.8)

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

Conduta médico-pericial

Uma vez diagnosticado, a fixação de Data do Início da Doença – DID, deverá com muita certeza, reportar-se à adolescência ou idade adulta jovem, quando se evidenciam os primeiros sinais e sintomas.

Na quase totalidade dos quadros, não há incapacidade.

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

Em casos de PP ou PR, a SIMA é recomendável.

Retardo Mental (F70 a F79)

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

É uma condição resultante de um desenvolvimento interrompido ou incompleto da mente, caracterizada essencialmente pelo comprometimento das habilidades normalmente

adquiridas neste período, as quais contribuem para o nível global de inteligência.

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

- manifestação antes dos 18 anos;
- nível de funcionamento intelectual (QI) abaixo de 70/75; e
- presença de limitações significativas em pelo menos duas das seguintes habilidades adaptativas:
 - a. comunicação e cuidado pessoal;
 - b. vida em casa e habilidades sociais;
 - c. funcionamento na comunidade e autodeterminação;
 - d. saúde, segurança e habilidades acadêmicas; e
 - e. lazer e trabalho

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

Entre essas, podem ser citadas:

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

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

O Retardo Mental se classifica em:

Retardo Mental Leve (F70 a F70.9)

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

Apresentam as seguintes características:

- uso da linguagem atrasado e vocabulário pobre, mas tem capacidade de comunicação para finalidades cotidianas;
- rendimento escolar não ultrapassa em geral a terceira série do primeiro grau, exceto em condições favoráveis/ especiais;

- geralmente conseguem independência em cuidados próprios e em habilidades práticas e domésticas, podendo a maioria ser bem sucedida na comunidade e viver independente; e
- tem imaturidade emocional e social com dificuldade acentuada para lidar com situações complexas, como casamento, educação de filhos.

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

Retardo Mental Moderado / Grave/ Profundo (F71 a F71.9)

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

Apresentam as seguintes características:

- o uso da linguagem varia da conversação simples ao entendimento de ordens básicas. Pode fazer uso de mímica para compensar estas dificuldades;
- perda / ausência de rendimento escolar, sem alfabetização;
- a vida independente é incompatível; varia desde a necessidade de supervisão até a completa ajuda de terceiros; e
- tem correlação com graves alterações neurológicas e outros problemas físicos.

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

Conduta médico-pericial

Nos casos de solicitação de auxílio-doença, é fundamental fixar corretamente a DID e a DII, por não serem raros os casos de tentativa de justificar eventuais atividades laborativas, mesmo que não compatíveis, pela doença ser anterior.

Nas demais avaliações (dependente maior inválido, pensão por morte e BCP/LOAS), a constatação da doença já é indicativo para a concessão no caso de retardo mental moderado a grave.

No retardo mental leve, deve-se levar em consideração as habilidades adaptativas do examinado.

8 ANEXO I - ASPECTOS JURÍDICOS E MÉDICO-LEGAIS DA CURATELA E DA ALIENAÇÃO MENTAL E SUAS REPERCUSSÕES NA PRÁTICA MÉDICO-PERICIAL DA PREVIDÊNCIA SOCIAL

Curatela

Em 10 de janeiro de 2002, a Lei nº 10.406 – novo Código Civil, sofreu mudanças significativas quanto à visão de saúde mental e ao exame psiquiátrico legal. Salientamos a substituição da infeliz expressão, “loucos de todo gênero”, nos casos de alienação ou deficiência mental.

Curatela é o encargo público concedido por lei a alguém, para reger e defender uma pessoa, assim como administrar os bens de maiores incapazes, que por si sós, não estão em condições de fazê-lo, em razão de enfermidade ou de deficiência mental.

O Código Civil no seu Art. 1.767, define quem, em razão de sua incapacidade, está sujeito à curatela:

- I. *aqueles que por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para os atos da vida civil;*
- II. *aqueles que, por outra causa duradoura, não puderem exprimir sua vontade;*
- III. *os deficientes mentais, os ébrios habituais e os viciados em tóxicos;*
- IV. *os excepcionais sem completo desenvolvimento mental;*
- V. *os pródigos.*

Alguns comentários:

- a. o inciso II engloba ainda os surdos mudos que não tenham recebido educação apropriada para conseguir exprimir sua vontade;
- b. conforme o inciso V, *“prodigalidade, é a prática de gastos imoderados, de dissipação, sem finalidade produtiva ou desastradamente planejada”*. Trata-se de um conceito jurídico, pois embora transtornos psiquiátricos possam ser com frequência responsáveis pela prodigalidade, esta será então um sintoma de transtorno em geral Bipolar, em fase maníaca, ou de mania em fase sintomática, (códigos F30 e F31 do CID 10).

Definição da curatela do pródigo segundo o novo Código Civil

Art. 1782. A interdição do pródigo só o privará de, sem curador, emprestar, transigir, dar quitação, alienar, hipotecar, demandar ou ser demandado, e praticar, em geral, os atos que não sejam de mera administração.

Que é uma ação de interdição?

Uma ação cível de Interdição é promovida quando o indivíduo perde a *capacidade civil*.

Capacidade civil é a situação que permite a uma pessoa adquirir direitos e contrair obrigação por conta própria, por si mesma, sem necessitar de representante legal. A ação de interdição se justifica quando há a perda de gestão de seus bens e de sua própria pessoa. Impede decisões, principalmente de cunho econômico que possam vir a causar grandes transtornos.

Quem pode pedir interdição?

A interdição pode ser promovida por genitores, tutores, cônjuge, parentes próximos, ou pelo Ministério Público, conforme o Art. 1.177 do Código de Processo Civil.

Quem decreta a interdição?

Somente o Juiz de Direito, que nomeará o curador; o indivíduo passará a ser interdito, conforme o Art. 1.183, parágrafo único, do Código de Processo Civil. Cabe ao perito médico apenas atestar se há ou não a incapacidade do ponto de vista médico, quando seu parecer for solicitado.

A interdição é definitiva?

Pode ser temporária, dependendo da causa e, necessitando, de quantas perícias ao longo do tempo e da vida do indivíduo sejam necessárias, para avaliação de incapacidade e manutenção ou não da interdição e da curatela.

Quem pode pedir o levantamento (suspensão) da interdição?

O próprio interdito/curatelado ou mesmo o seu curador. Terá, obrigatoriamente, de ser periciado, para avaliar a capacidade civil.

A incapacidade é sempre absoluta?

Não. O instituto de incapacidade absoluta protege os portadores de deficiência jurídica apreciável. Temos os absolutamente incapazes e os relativamente incapazes. Os primeiros serão para tudo representados por curador, os segundos serão apenas assistidos.

Incapacidade absoluta:

Art. 3º do novo Código Civil:

- São absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil:
- I. os menores de 16 anos;
 - II. os que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para a prática desses atos;

- III. os que, mesmo por causa transitória, não puderem exprimir sua vontade.

Incapacidade relativa:

Neste caso não existe incapacidade civil plena, e esta está próxima da normalidade. Nestes casos os poderes do curador são limitados à gestão dos bens em geral, finanças, contratos e afins.

Art. 4º do novo Código Civil:

São incapazes, relativamente a certos atos, ou à maneira de os exercer:

- I. os maiores de 16 anos e menores de 18 anos;
- II. os ébrios habituais, os viciados em tóxicos, e os que, por deficiência mental, tenham o discernimento reduzido;
- III. os excepcionais sem o desenvolvimento mental completo;
- IV. os pródigos.

Parágrafo único. A capacidade dos índios será regulada por legislação especial.

Se a pessoa for curatelada/interditada, o perito médico tem de, obrigatoriamente, conceder benefício previdenciário?

Não. A avaliação médico pericial é livre, e, como visto nos artigos acima, a curatela nem sempre é sinal de incapacidade do ponto de vista médico pericial, sendo muitas vezes apenas legal.

É competência da Perícia Médica o exame de sanidade mental do candidato a curador?

Não. A lei não define isso. Tampouco é do médico assistente do futuro curatelado, que poderá atestar ou não a sanidade mental do curador.

O INSS obriga a existência de curatela nos casos de alienação mental, retardo, psicoses, e afins para concessão de algum tipo de benefício previdenciário?

Não. Em nenhum caso o INSS exige curatela para realização de perícia médica e concessão de benefício, se este justo for.

Alienação Mental

São casos de transtornos mentais, neuro-mentais, metabólicos ou tóxicos, graves, persistentes incuráveis pelos meios habituais e conhecidos de tratamento, com alteração profunda das funções mentais. O alienado mental é incapaz de gerir sua pessoa e bens. É incapaz para os atos da vida civil e de relação e depende de terceiros para a sua realização.

Para o diagnóstico de alienação mental o perito médico deve procurar os seguintes elementos:

- transtorno intelectual das funções mentais de forma global e severa;
- ausência de autoconsciência, de grau de *insight*, quanto à doença de que é portador;
- inadaptabilidade às regras da vida de relação e de sociedade; e
- incapacidade de produção e convívio laboral, dentro das normas trabalhistas e sociais vigentes.

Doenças que cursam com alienação mental:

- demências;
- psicoses esquizofrênicas graves de má evolução;
- paranóia e parafrenia de curso persistente; e
- retardo mental profundo.

Doenças que podem cursar com alienação mental:

- psicoses afetivas;
- psicoses epiléticas;
- psicoses pós-traumáticas;
- psicoses orgânicas graves crônicas; e
- retardo mental moderado.

Doenças que não cursam com alienação mental:

- transtornos neuróticos e de personalidade;
- transtornos sexuais;
- dependência ao álcool, drogas e outras psicoses orgânicas;
- retardo mental leve;
- reações de ajustamento e ao estresse; e
- estados confusionais.

Critérios psiquiátricos para enquadramento em alienação mental:

- personalidade prévia, genética, patologias congênitas, metabólicas, degenerativas e afins. Causa da alienação? Orientação: quem é? Onde está? Por que está? O alienado não tem noções de tempo e espaço e de pessoa;
- senso percepção: importantíssima nestes casos. Presença de delírios e alucinações. Dizer que é outra pessoa, que é comandado por vozes, que o examinador lê o seu pensamento ou grava e vice-versa;
- juízo crítico: o examinado tem noção da sua patologia? Sofre com ela? Tenta ocultá-la? Os alienados mentais são desprovidos de *insight*;
- pensamento: observar atentamente que além da ausência de grau de *insight* e juízo crítico, Os alienados mentais não abstraem. Não têm capacidade de decidir, criatividade objetiva, opinar sobre temas gerais, interpretar textos e ditados simples, provérbios, ditos populares e testes simples tipo associação de palavras. Possuem pensamento concreto e perdem o nexo no decorrer do diálogo;

- tangencialidade: os alienados mentais não chegam ao fim de um assunto ou o fazem de forma desconexa e inadequada;
- pragmatismo: trabalha? Tem planos? Projetos pessoais, profissionais, afetivos? Defende seus interesses? O alienado não faz estas coisas ou faz de forma anômala;
- vontade: abulia até catatonia; Obediência automática. Robotizado (em geral impregnado de antipsicóticos). Comuns nas esquizofrenias;
- ecolalias: repetição do que ouve ou do que diz – psicoses, retardos, autismo...

Código penal e alienação mental:

Art. 26 – é isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou omissão inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com este entendimento.

OBSERVAÇÃO 1: vigora no Brasil, o critério biopsicológico, no qual não basta que o agente (autor do crime) seja possuidor de alienação mental. Deve o mesmo, no momento da prática do crime, estar sob o efeito que esta alienação lhe causa, de modo a torná-lo incapaz de entender o caráter ilícito do ato. Somente deste modo será o mesmo considerado inimputável.

OBSERVAÇÃO 2: os Códigos Civil e Penal não têm um artigo específico com a conceituação de alienação mental, devendo a legislação supracitada ser unida a critérios médicos neurológicos, psiquiátricos e psicopatológicos, que definirão se há ou não alienação mental.

9 ANEXO II - EXTRATO DO ANEXO II, LISTA B DO DECRETO Nº 6.042, DE 12 DE FEVEREIRO DE 2007

“ANEXO II “

AGENTES PATOGÊNICOS CAUSADORES DE DOENÇAS PROFISSIONAIS OU DO TRABALHO, CONFORME PREVISTO NO ART. 20 DA LEI Nº 8.213, DE 1991

LISTA B

Notas:

1 -Ao final de cada agrupamento estão indicados intervalos de CID-10 em que se reconhece Nexo Técnico Epidemiológico, na forma do § 1º do art. 337, entre a entidade mórbida e as classes de Classificação Nacional de Atividades Econômicas - CNAE indicadas, nelas incluídas todas as subclasses cujos 4 dígitos iniciais sejam comuns.

2 - As doenças e respectivos agentes etiológicos ou fatores de risco de natureza ocupacional listados são exemplificativos e complementares.

TRANSTORNOS MENTAIS E DO COMPORTAMENTO

RELACIONADOS COM O TRABALHO (Grupo V da CID-10)

DOENÇAS	AGENTES ETIOLÓGICOS OU FATORES DE RISCO DE NATUREZA OCUPACIONAL
I - Demência em outras doenças específicas classificadas em outros locais (F02.8)	1. Manganês (X49.-; Z57.5) (Quadro XV) 2. Substâncias asfixiantes: CO, H ₂ S, etc. (sequela) (X47.-; Z57.5) (Quadro XVII) 3. Sulfeto de Carbono (X49.-; Z57.5) (Quadro XIX)
II - Delirium, não sobreposto à demência, como descrita (F05.0)	1. Brometo de Metila (X46.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro XIII) 2. Sulfeto de Carbono (X49.-; Z57.5) (Quadro XIX)
III - Outros transtornos mentais decorrentes de lesão e disfunção cerebrais e de doença física (F06.-): Transtorno Cognitivo Leve (F06.7)	1. Tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos (X46.-; Z57.5) (Quadro III) 2. Chumbo ou seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro VIII) 3. Tricloroetileno, Tetracloroetileno, Tricloroetano e outros solventes orgânicos halogenados neurotóxicos (X46.-; Z57.5) (Quadro XIII) 4. Brometo de Metila (X46.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro XIII) 5. Manganês e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro XV) 6. Mercúrio e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro XVI) 7. Sulfeto de Carbono (X49.-; Z57.5) (Quadro XIX) 8. Outros solventes orgânicos neurotóxicos (X46.-; X49.-; Z57.5)
	1. Tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos

DOENÇAS	AGENTES ETIOLÓGICOS OU FATORES DE RISCO DE NATUREZA OCUPACIONAL
IV - Transtornos de personalidade e de comportamento decorrentes de doença, lesão e de disfunção de personalidade (F07.-); Transtorno Orgânico de Personalidade (F07.0); Outros transtornos de personalidade e de comportamento decorrentes de doença, lesão ou disfunção cerebral (F07.8)	<p>(X46.-; Z57.5) (Quadro III)</p> <p>2. Tricloroetileno, Tetracloroetileno, Tricloroetano e outros solventes orgânicos halogenados neurotóxicos (X46.-; Z57.5) (Quadro XIII)</p> <p>3. Brometo de Metila (X46.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro XIII)</p> <p>4. Manganês e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro XV)</p> <p>5. Mercúrio e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro XVI)</p> <p>6. Sulfeto de Carbono (X49.-; Z57.5) (Quadro XIX)</p> <p>7. Outros solventes orgânicos neurotóxicos (X46.-; X49.-; Z57.5)</p>
V - Transtorno Mental Orgânico ou Sintomático não especificado (F09.-)	<p>1. Tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos (X46.-; Z57.5) (Quadro III)</p> <p>2. Tricloroetileno, Tetracloroetileno, Tricloroetano e outros solventes orgânicos halogenados neurotóxicos (X46.-; Z57.5) (Quadro XIII)</p> <p>3. Brometo de Metila (X46.-; Z57.5) (Quadro XIII)</p> <p>4. Manganês e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro XV)</p> <p>5. Mercúrio e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro XVI)</p> <p>6. Sulfeto de Carbono (X49.-; Z57.5) (Quadro XIX)</p> <p>7. Outros solventes orgânicos neurotóxicos (X46.-; X49.-; Z57.5)</p>
VI - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso do álcool: Alcoolismo Crônico (Relacionado com o Trabalho) (F10.2)	<p>1. Problemas relacionados com o emprego e com o desemprego: Condições difíceis de trabalho (Z56.5)</p> <p>2. Circunstância relativa às condições de trabalho (Y96).</p>
VII - Episódios Depressivos (F32.-)	<p>1. Tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos (X46.-; Z57.5) (Quadro III)</p> <p>2. Tricloroetileno, Tetracloroetileno, Tricloroetano e outros solventes orgânicos halogenados neurotóxicos (X46.-; Z57.5) (Quadro XIII)</p> <p>3. Brometo de Metila (X46.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro XIII)</p> <p>4. Manganês e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro XV)</p> <p>5. Mercúrio e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro XVI)</p> <p>6. Sulfeto de Carbono (X49.-; Z57.5) (Quadro XIX)</p> <p>7. Outros solventes orgânicos neurotóxicos (X46.-; X49.-; Z57.5)</p>
VIII - Reações ao "Stress" Grave e Transtornos de Adaptação (F43.-): Estado de "Stress" Pós-Traumático (F43.1)	<p>1. Outras dificuldades físicas e mentais relacionadas com o trabalho: reação após acidente do trabalho grave ou catastrófico, ou após assalto no trabalho (Z56.6)</p> <p>2. Circunstância relativa às condições de trabalho (Y96).</p>
IX - Neurastenia (Inclui "Síndrome de Fadiga") (F48.0)	<p>1. Tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos (X46.-; Z57.5) (Quadro III)</p> <p>2. Tricloroetileno, Tetracloroetileno, Tricloroetano e outros solventes orgânicos halogenados (X46.-; Z57.5) (Quadro XIII)</p> <p>3. Brometo de Metila (X46.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro XIII)</p>

DOENÇAS	AGENTES ETIOLÓGICOS OU FATORES DE RISCO DE NATUREZA OCUPACIONAL
	4. Manganês e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro XV) 5. Mercúrio e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro XVI) 6. Sulfeto de Carbono (X49.-; Z57.5) (Quadro XIX) 7. Outros solventes orgânicos neurotóxicos (X46.-; X49.-; Z57.5)
X - Outros transtornos neuróticos especificados (Inclui "Neurose Profissional") (F48.8)	Problemas relacionados com o emprego e com o desemprego (Z56.-): Desemprego (Z56.0); Mudança de emprego (Z56.1); Ameaça de perda de emprego (Z56.2); Ritmo de trabalho penoso (Z56.3); Desacordo com patrão e colegas de trabalho (Condições difíceis de trabalho) (Z56.5); Outras dificuldades físicas e mentais relacionadas com o trabalho (Z56.6)
XI - Transtorno do Ciclo Vigília-Sono Devido a Fatores Não Orgânicos (F51.2)	1. Problemas relacionados com o emprego e com o desemprego: Má adaptação à organização do horário de trabalho (Trabalho em Turnos ou Trabalho Noturno) (Z56.6) 2. Circunstância relativa às condições de trabalho (Y96).

INTERVALO CID-10	CNAE
F10-F19	0710 0990 1011 1012 1013 1220 1532 1622 1732 1733 2211 2330 2342 2451 2511 2512 2531 2539 2542 2543 2593 2814 2822 2840 2861 2866 2869 2920 2930 3101 3102 3329 3600 3701 3702 3811 3812 3821 3822 3839 3900 4120 4211 4213 4221 4292 4299 4313 4319 4321 4329 4399 4520 4912 4921 5030 5212 5221 5222 5223 5229 5231 5232 5239 5250 5310 6423 7810 7820 7830 8121 8122 8129 8411 8423 8424 9420
F20-F29	0710 0990 1011 1012 1013 1031 1071 1321 1411 1412 2330 2342 2511 2543 2592 2861 2866 2869 2942 3701 3702 3811 3812 3821 3822 3839 3900 4120 4211 4213 4222 4223 4291 4292 4299 4312 4391 4399 4921 4922 4923 4924 4929 5212 5310 6423 7732 7810 7820 7830 8011 8012 8020 8030 8121 8122 8129 8423 9420
F30-F39	0710 0892 0990 1011 1012 1013 1031 1220 1311 1313 1314 1321 1330 1340 1351 1359 1411 1412 1413 1422 1531 1532 1540 2091 2123 2511 2710 2751 2861 2930 2945 3299 3600 4636 4711 4753 4756 4759 4762 4911 4912 4921 4922 4923 4924 4929 5111 5120 5221 5222 5223 5229 5310 5620 6110 6120 6130 6141 6142 6143 6190 6311 6422 6423 6431 6550 8121 8122 8129 8411 8413 8423 8424 8610 8711 8720 8730 8800
F40-F48	0710 0990 1311 1321 1351 1411 1412 1421 1532 2945 3600 4711 4753 4756 4759 4762 4911 4912 4921 4922 4923 4924 4929 5111 5120 5221 5222 5223 5229 5310 6110 6120 6130 6141 6142 6143 6190 6311 6422 6423 8011 8012 8020 8030 8121 8122 8129 8411 8423 8424 8610

10 ANEXO III - PSICOFARMACOLOGIA E A PRÁTICA MÉDICO-PERICIAL

Os psicofármacos são utilizados na psiquiatria com a intenção de modificar, abrandar, corrigir e até anular comportamentos e humores patológicos por meios químicos. O objetivo destas diretrizes é que o perito médico não psiquiatra saiba a denominação e a indicação dos principais fármacos, possibilitando melhor avaliação do atestado emitido pelo médico assistente, assim como melhor avaliação das prescrições médicas apresentadas ao perito médico, quanto ao segurado estar sendo medicado adequadamente ou não para o transtorno psiquiátrico referido, como causador de incapacidade laborativa.

A seguir, são relacionados os 4 grandes grupos de medicamentos de interesse direto para a Perícia Médica, com a denominação laboratorial/convencional e comercial mais encontrada em nossa prática médica diária e, conseqüentemente, trazidos ao perito médico a guisa de comprovação de tratamento e/ou diagnóstico psiquiátrico. Para cada grupo será também apresentada a indicação correta de uso dos fármacos relacionados.

Este grupo de fármacos divide-se em:

- a. antipsicóticos;
- b. estabilizadores do humor;
- c. antidepressivos; e
- d. ansiolíticos, sedativos e hipnóticos.

Antipsicóticos

Recebiam o nome de “tranquilizantes maiores, ou neurolépticos”. Só devem ser usados, como o nome diz, nas psicoses.

Indicações de uso pelo CID 10/Diretrizes

F00 a F09: Demências com delírios e alucinações.

F10 a F 19: Psicoses por drogas e/ou álcool.

F20 a F 29: Medicação de eleição, habitual.

F70 a F79: Retardos com alucinações e delírios.

Tabela 8.1: Antipsicóticos Convencionais

Denominação Convencional	Denominação Comercial
Haloperidol	Haldol
Pimozida	Orap
Clorpromazina	Ampectil
Tioridazina	Melleril
Flufenazina	Anatensol
Tiotixeno	Navane
Trifluoperazina	Stelazine

Tabela 8.2: Antipsicóticos Atípicos

Denominação convencional	Denominação comercial
Clozapina	Leponex
Olanzapina	Zyprexa
Risperidona	Risperdal
Quetiapina	Seroquel
Ziprazidona	Geodon

Estabilizadores do Humor

São medicamentos específicos para impedir ou minimizar as oscilações de humor comuns às doenças a seguir:

Indicações de uso pelo CID 10/Diretrizes:

F30 a F31: Mania e transtornos bipolares de humor.

Tabela 8.3: Medicamentos estabilizadores do humor de primeira linha

Denominação convencional	Denominação comercial
Carbonato de Lítio	Carbolítio ou Carbolitium
Orotato de lítio	Geralmente é manipulado

Tabela 8.4: Medicamentos estabilizadores do humor de segunda linha

Denominação convencional	Denominação Comercial
Olanzapina	Zyprexa
Carbamazepina	Tegretol
Divalproato de Sódio	Depakote
Ácido Valpróico	Depakene

Estes medicamentos têm seu uso em primeira linha, respectivamente, nas psicoses, epilepsias, e doenças convulsivantes em geral. São também utilizados na mania e bipolaridade, quando há colaterais severos ao Lítio, o qual é mais eficaz e tem bom preço.

Antidepressivos

São utilizados como medicação de eleição para os estados depressivos de forma geral. Para ser eficaz, seu uso nunca é breve, variando de 4 semanas a tempo indeterminado. É comum o uso por mais de 1 ano ininterrupto. Os preços variam muito e há opções para todos os tipos de casos, tanto quanto ao preço, quanto a possíveis efeitos colaterais.

Indicações de uso pelo CID 10/Diretrizes:

F30 a F34- transtornos neuróticos e de humor que cursam com depressão.

Tabela 8.5: Antidepressivos Tricíclicos e Tetracíclicos:

Denominação convencional	Denominação Comercial
Amitriptilina	Tryptanol, Amytril
Clomipramina	Anafranil
Imipramina	Tofranil
Nortriptilina	Pamelor
Maprotilina	Ludiomil

O grupo acima é de medicamentos mais baratos e efeito muito rápido. Por outro lado, são os que apresentam mais reações colaterais.

Tabela 8.6: Antidepressivos inibidores seletivos da recaptação da Serotonina (ISRS), da Dopamina e da Norepinefrina

Denominação Convencional	Denominação Comercial
Citalopram	Cipramil, Denyl
Fluoxetina	Prozac, Fluxene, Daforin, Verotina, Eufor,
Paroxetina	Aropax, Pondera
Sertralina	Zoloft, Serenata
Bupropiona	Zyban, Wellbutrin
Venlafaxina	Efexor
Nefazodona	Serzone
Trazodona	Donaren
Mirtazapina	Remeron
Reboxetina	Prolift
Duloxetina	Cymbalta

Este grupo é de medicamentos mais caros, efeito mais lento, porém com menos reações colaterais.

Ansiolíticos, Sedativos e Hipnóticos

Constituem número extenso de fármacos com uso muitas vezes indevido na psiquiatria. Estes fármacos são corretamente utilizados, nos estados de ansiedade, insônia, e em transtornos neuróticos em geral que cursem com ansiedade e suas múltiplas formas de apresentação.

Podem coadjuvar, eventualmente, o tratamento de uma Demência ou Psicose que curse com insônia e agitação psicomotora, mas nunca substituirão os antipsicóticos, nem poderão ser usados nestes transtornos psicóticos de forma isolada.

Na abstinência a drogas e álcool, podem ser usados temporariamente, se indicados, e supervisionados por médico psiquiatra.

ATENÇÃO! Nos transtornos depressivos são *catalizadores negativos*, ou seja, podem desencadear, agravar ou provocar a recorrência das manifestações depressivas. *Seu uso, portanto, é praticamente restrito aos transtornos neuróticos e suas manifestações.*

Indicações de uso pelo CID 10/Diretrizes:

F40 a F48- transtornos neuróticos

Tabela 8. 7: Ansiolíticos, Benzodiazepínicos ou não

Denominação Convencional	Denominação Comercial
Alprazolam	Frontal, Azi, Apraz
Clordiazepóxido	Psicosedin
Clonazepam	Rivotril, Clonotril
Clorazepato	Tranxilene
Diazepam	Valium, Dienpax
Lorazepam	Lorax
Buspirona	Buspar
Cloolan	Olcadil
Bromazepam	Lexotan, Somalium

Tabela 8.8: Ansiolíticos, Sedativos e Hipnóticos

Denominação Convencional	Denominação Comercial
Flurazepam	Dalmadorm
Estazolam	Noctal
Midazolam	Dormonid
Zolpidem	Stilnox, Lioram
Zaleplon	Sonata
Flunitrazepam	Rohypnol
Nitrazepam	Nitrazepol

Este grupo de hipnóticos ou indutores do sono, pouco vão atuar no dia a dia, nos estados de ansiedade e suas manifestações, exceto as relacionadas aos distúrbios do sono, para os quais são altamente eficazes.

11 ANEXO IV - CONSIDERAÇÕES SOBRE ASPECTOS PSIQUIÁTRICOS NAS EPILEPSIAS

Se os transtornos psiquiátricos já tiveram os seus dias de casos “endemoninhados”, também a epilepsia já foi vista como indicativo de possessão demoníaca.

Mesmo com a evolução do conhecimento médico, ainda hoje os transtornos do grupo com característica histriônicas, como as pseudo-criSES epilépticas, ainda são, por vezes, marcadas por difícil diagnóstico diferencial, além de transpassados por valores culturais e religiosos como, por exemplo, nos casos de “transe” ou “possessão”.

A epilepsia é considerada a doença neurológica mais comum na população em geral. Segundo Kaplan, entre 30 a 50% dos epilépticos, em algum momento durante o curso da doença, apresentará algum transtorno psiquiátrico concomitante.

Os transtornos psiquiátricos associados à epilepsia surgem após algum tempo do início das crises epilépticas e em algum momento no curso da doença. Entretanto, predomina a idéia de que, se há uma causa orgânica, esta terá prioridade para o diagnóstico etiológico.

A epilepsia resulta de um distúrbio fisiológico do Sistema Nervoso Central, sendo os conflitos intra-psíquicos uma comorbidade. Não pode ser considerada como uma patologia de sintomatologia única, mas um complexo de sintomas diversos e variáveis, associados a alterações de movimentos, convulsões, conduta, sentimentos e também capazes de alterar o estado de consciência. É uma condição médica que se acompanha de problemas sociais, psicológicos e, provavelmente, transtornos mentais em alguns casos.

As terminologias “grande mal” e “pequeno mal” estão ultrapassadas, sendo as crises classificadas atualmente como parcial e generalizada, ficando a descarga elétrica limitada a uma área cerebral na parcial e havendo envolvimento de todo o cérebro na generalizada. A consciência não é prejudicada nas crises parciais simples, enquanto nas parciais complexas há ação motora e perda de consciência. Nas crises de ausência temos lapsos de perda de consciência entre 5 e 15 segundos. Este último tipo é mais comum na infância com tendência a desaparecer na adolescência. A crise epiléptica generalizada é a crise tônico-clônica. Apesar de sua sintomatologia exuberante, ela não é a mais frequente das epilepsias.

Existem evidências da presença de transtornos intelectuais e de comportamento, o que de fato é comum entre os portadores de epilepsia psicomotora. A grande maioria dos epilépticos não apresenta desvios da normalidade, porém 40% dos portadores de epilepsia psicomotora apresentam transtornos severos de personalidade, e uma terça parte deste último grupo pode ter associação com transtornos psicóticos. A epilepsia que acomete o lobo temporal é aquela com maior probabilidade de ter associação com transtorno de personalidade. Os epilépticos convulsivos são menos propensos a alterações psíquicas que os não convulsivos.

Crisis epilépticas são eventos súbitos e transitórios, os quais podem também ocorrer em outras condições médicas (doenças tóxico-metabólicas, febre). Nas epilepsias, embora de 70 a 80% tenham um diagnóstico favorável, é bom lembrar que 20 a 30 % apresentarão o problema cronicamente, sejam as crises, sejam as consequências do tratamento. Com frequência, neste último grupo ocorre prejuízo de socialização e profissionalização, tendo uma parcela destes pacientes dificuldades de manter-se de forma independente. Sobre este último grupo recai o chamado estigma social.

Tabela 9.1: Diferenças clínicas entre convulsões epiléticas e crises pseudoepiléticas são resumidas na tabela:

Sinais ou sintomas	Epilepsia	Convulsões Pseudoepiléticas
Início	Súbito	Gradual
Teatralização nas crises	Não ocorre	Presente
Lembrança do ocorrido	Não	Geralmente
Envolvimento do estresse	Pouco	Muito
Estado confusional pós-ictal	Comum	Raro
Reação emocional associada	Discordante ou sem relação	Correlação variações de humor
Tempo da convulsão	De segundos a minutos	Variável, porém mais prolongada.
Descontrole dos esfíncteres	Frequente	Raro
Resposta aos anticonvulsivantes	Geralmente boa	Pouca. Não adaptação.
Lesão física (queda, corte, etc)	Comum	Raro
Dados eletroencefalográficos.	Anormal durante convulsão	EEG normal

É possível dizer que o paciente epilético entre as crises periódicas tem um funcionamento próximo da normalidade. Fora da “crise manifesta”, temos o controle medicamentoso das manifestações da doença. **É considerada patologia marcadora de incapacidade apenas em pequeno grupo de portadores.**

12 ANEXO V - QUADROS-RESUMO DE VERIFICAÇÃO DE GRAU DE INCAPACIDADE E APOIO À DECISÃO MÉDICO-PERICIAL

Transtornos Mentais Orgânicos

DOENÇA	GRAU DE INCAPACIDADE	FATORES AGRAVANTES			FATORES ATENUANTES			APOIO À DECISÃO PERICIAL
		OCUPACIONAIS	MORBIDADES	SOCIAIS	OCUPACIONAIS	MORBIDADES	SOCIAIS	
DEMÊNCIA NA DOENÇA DE ALZHEIMER (F00)	Total		Doenças psiquiátricas e neurológicas pré-existentes	Idade avançada			Apoio familiar	Limite indefinido. Possibilidade de majoração de 25% (Artigo 45, Anexo 1, Dec. 3.048/99). Possibilidade de isenção de Imposto de Renda. Concessão de BCP/LOAS.
DEMÊNCIA VASCULAR NÃO-ESPECIFICADA (F01.9)	Total		Hipertensão arterial Vasculopatias Cardiopatias				Apoio familiar	Limite indefinido. Possibilidade de majoração de 25% (Artigo 45, Anexo 1, Dec. 3.048/99). Possibilidade de isenção de Imposto de Renda. Concessão de BCP/LOAS.
DEMÊNCIA NA DOENÇA DE PARKINSON (F02.3)	Total						Apoio familiar	Limite indefinido. Possibilidade de majoração de 25% (Artigo 45, Anexo 1, Dec. 3.048/99). Possibilidade de isenção de Imposto de Renda. Concessão de BCP/LOAS.

DOENÇA	GRAU DE INCAPACIDADE	FATORES AGRAVANTES			FATORES ATENUANTES			APOIO À DECISÃO PERICIAL
		OCUPACIONAIS	MORBIDADES	SOCIAIS	OCUPACIONAIS	MORBIDADES	SOCIAIS	
DEMÊNCIA CAUSADA PELO VÍRUS HIV (F02.4)	Total		Infecções oportunistas	Preconceitos			Apoio familiar	Limite indefinido. Possibilidade de majoração de 25% (Art. 45, Anexo 1, Decreto nº 3.048/99). Possibilidade de isenção de Imposto de Renda. Concessão de BCP/LOAS.
EPILEPSIA (G40)	Depende da ocupação	Atividades de risco (operação de máquinas, vigilância armada, condução de veículos, trabalhos em alturas, etc...). Exposição a luzes estroboscópicas	Retardo mental, Transtorno psicótico.	Uso de álcool e drogas ilícitas. Preconceitos no ambiente familiar e/ou de trabalho.	Trabalho em ambiente protegido, sem risco individual e/ou coletivo		Adesão correta ao tratamento.	Apoio no ambiente familiar e/ou de trabalho Desde o indeferimento a limite indefinido, dependendo da gravidade do caso e fatores agravantes e atenuantes. Em casos de PP ou PR, é recomendável SIMA.

Dependências Químicas

DOENÇA	GRAU DE INCAPACIDADE	FATORES AGRAVANTES			FATORES ATENUANTES			APOIO À DECISÃO PERICIAL
		OCUPACIONAIS	MORBIDADES	SOCIAIS	OCUPACIONAIS	MORBIDADES	SOCIAIS	
ALCOOLISMO (F10)	<u>F10.0 a F10.1:</u> Ausência de incapacidade; <u>F10.2 a F10.7:</u> Existe incapacidade	Trabalhos com substâncias voláteis e inflamáveis (p.ex: frentistas) Trabalhos de riscos individuais e de terceiros	Hepatopatias, polineuropatias, diabetes, cardiopatias, distúrbios nutricionais, epilepsias, outros transtornos mentais	Dependência cruzada com outras drogas. Não frequentar grupos de auto-ajuda Falta de apoio familiar	Programas de prevenção de drogadição e alcoolismo em empresas		Frequentar grupos de auto-ajuda (bom prognóstico) Apoio familiar, ambiente protegido.	F10.0 a F10.1: indeferimento. F10.2 a F10.7 - Conforme os fatores atenuantes o prazo é variável desde prazos curtos até limite indefinido. Em casos de PP ou PR, é recomendável SIMA. Notificar ao DETRAN, nos casos de motoristas profissionais.
OPIÁCEOS, SEDATIVOS E HIPNÓTICOS (F11 E F13)	<u>F11.0 a F11.1:</u> Ausência de incapacidade <u>F13.0 a F13.1:</u> Ausência de incapacidade F11.2 a F11.7: Existe incapacidade <u>F13.2 a F13.7:</u> Existe incapacidade	Profissionais de saúde Trabalhos em turnos Trabalhos noturnos Solidão no trabalho	Distúrbios do sono	Dependência cruzada	Programas de prevenção de drogadição e alcoolismo em empresas		Frequentar grupos de auto-ajuda (bom prognóstico) Apoio familiar, ambiente protegido.	Afastamento até cessação da síndrome de abstinência entre 30 a 60 dias. Em casos de PP ou PR, é recomendável SIMA. Notificar ao DETRAN, nos casos de motoristas profissionais.

DOENÇA	GRAU DE INCAPACIDADE	FATORES AGRAVANTES			FATORES ATENUANTES			APOIO À DECISÃO PERICIAL
		OCUPACIONAIS	MORBIDADES	SOCIAIS	OCUPACIONAIS	MORBIDADES	SOCIAIS	
COCAÍNA E CRACK (F14)	F14.0 a F14.1: ausência de incapacidade; F14.2 a F14.7: existe incapacidade	Trabalhos de riscos individuais e de terceiros	Transtornos mentais	Dependência cruzada	Programas de prevenção de drogadição e alcoolismo em empresas		Frequentar grupos de auto-ajuda (bom prognóstico) Apoio familiar, ambiente protegido.	Afastamento até cessação da síndrome de abstinência entre 30 a 60 dias. Em casos de PP ou PR, é recomendável SIMA. Notificar ao DETRAN, nos casos de motoristas profissionais.
OUTROS ESTIMULANTES, CAFEÍNA E TABACO (F15 E F17)	F15.0 a F15.1: ausência de incapacidade; F17.0 a F17.1: ausência de incapacidade F15.2 a F15.7: existe incapacidade F17.2 a F17.7: existe incapacidade	Trabalhos em turnos Trabalhos noturnos Trabalhadores do setor de transportes	Obesidade	Cultura do emagrecimento				Afastamento entre 30 a 60 dias, quando cabível no uso crônico de estimulantes. Nos casos de PP ou PR, É recomendável SIMA. Notificar ao DETRAN, nos casos de motoristas profissionais.

DOENÇA	GRAU DE INCAPACIDADE	FATORES AGRAVANTES			FATORES ATENUANTES			APOIO À DECISÃO PERICIAL
		OCUPACIONAIS	MORBIDADES	SOCIAIS	OCUPACIONAIS	MORBIDADES	SOCIAIS	
PERTURBADORES DO SNC (F12, F16, F18)	Geralmente não há incapacidade, a não ser em grandes usuários.		Doenças mentais prévias	Dependência cruzada.				Desde indeferimento a períodos curtos. Nos casos de PP ou PR, É recomendável SIMA. Notificar ao DETRAN, nos casos de motoristas profissionais.
DEPENDÊNCIA DE AÇÃO MISTA (CRUZADA) (F19)	F19.0 a F19.1: ausência de incapacidade; F19.2 a F19.7: existe incapacidade	Trabalhos com substâncias voláteis e inflamáveis (p.ex: frentistas) Trabalhos de riscos individuais e de terceiros		Não frequentar grupos de auto-ajuda	Programas de prevenção de drogadição e alcoolismo em empresas		Frequentar grupos de auto-ajuda (bom prognóstico) Apoio familiar, ambiente protegido.	F19.0 a F19.1: indeferimento. Conforme os fatores atenuantes ou agravantes o prazo é variável desde prazos curtos até limite indefinido. Nos casos de PP ou PR, É recomendável SIMA. Notificar ao DETRAN, nos casos de motoristas profissionais.

Esquizofrenias e Transtornos Esquizotípicos

DOENÇA	GRAU DE INCAPACIDADE	FATORES AGRAVANTES			FATORES ATENUANTES			APOIO À DECISÃO PERICIAL
		OCUPACIONAIS	MORBIDADES	SOCIAIS	OCUPACIONAIS	MORBIDADES	SOCIAIS	
ESQUIZOFRENIAS (F20 – F20.4)	Variável, conforme a gravidade. Pode ir de temporária a permanente	Mau ajustamento ocupacional Longo tempo desempregado História de múltiplas funções e curtos períodos.	Demora no diagnóstico Início insidioso Internações Abandono de tratamento Refratariedade a tratamentos usuais Iatrogenia Uso de drogas Epilepsia Cronicidade Recaídas/recorrência	Deficiências da assistência médica pública. Abandono e descaso familiar. Solidão. Baixo nível sócio-econômico. Preconceitos, ignorâncias;	Bom desempenho em atividades ocupacionais pré-mórbidas Desenvolvimento de habilidades Bom desempenho escolar	Sexo feminino com início agudo. Não hospitalização Diagnóstico e tratamento precoce Ausência de comorbidades (drogas, álcool, epilepsia)	Inclusão social e laboral Apoio afetivo	Atentar para fixação correta de DID e DII Em AX1, de 90 a 180 dias Nos casos de PP ou PR, É recomendável SIMA Notificar ao DETRAN, nos casos de motoristas profissionais

DOENÇA	GRAU DE INCAPACIDADE	FATORES AGRAVANTES			FATORES ATENUANTES			APOIO À DECISÃO PERICIAL
		OCUPACIONAIS	MORBIDADES	SOCIAIS	OCUPACIONAIS	MORBIDADES	SOCIAIS	
TRANSTORNO ESQUIZOTÍPICO (F21)	Variável conforme a intensidade dos sintomas	Trabalhos de contato com público Atividades de risco para si e para terceiros	Dependência cruzada	Deficiências da assistência médica pública. Abandono e descaso familiar. Solidão. Baixo nível sócio-econômico. Preconceitos, ignorâncias;	Bom desempenho em atividades ocupacionais pré-mórbidas Desenvolvimento de habilidades Bom desempenho escolar	Diagnóstico e tratamento precoce Ausência de co-morbidades (drogas, álcool, epilepsia)	Inclusão social e laboral. Apoio afetivo	Atentar para fixação correta de DID e DII. Quando cabível, em AX1, de 60 a 90 dias. Nos casos de PP ou PR, É recomendável SIMA. Notificar ao DETRAN, nos casos de motoristas profissionais.
TRANSTORNO DELIRANTE PERSISTENTE (F22)	Variável conforme a intensidade dos sintomas	Trabalhos de contato com público Atividades de risco para si e para terceiros	Dependência cruzada	Deficiências da assistência médica pública. Abandono e descaso familiar. Solidão. Baixo nível sócio-econômico. Preconceitos, ignorâncias;	Bom desempenho em atividades ocupacionais pré-mórbidas Desenvolvimento de habilidades Bom desempenho escolar	Diagnóstico e tratamento precoce Ausência de co-morbidades (drogas, álcool, epilepsia)	Inclusão social e laboral. Apoio afetivo	Atentar para fixação correta de DID e DII. Quando cabível, em AX1, de 60 a 90 dias. Nos casos de PP ou PR, é recomendável SIMA. Notificar ao DETRAN, nos casos de motoristas profissionais.

DOENÇA	GRAU DE INCAPACIDADE	FATORES AGRAVANTES			FATORES ATENUANTES			APOIO À DECISÃO PERICIAL
		OCUPACIONAIS	MORBIDADES	SOCIAIS	OCUPACIONAIS	MORBIDADES	SOCIAIS	
TRANSTORNO PSICÓTICO AGUDO E TRANSITÓRIO (F23)	Em períodos curtos	Trabalhos de contato com público Atividades de risco para si e para terceiros	Dependência cruzada	Deficiência da assistência médica pública	Bom desempenho em atividades ocupacionais pré-mórbidas	Diagnóstico e tratamento precoce	Apoio afetivo	DCB de 30 até 60 dias. Nos casos de PP ou PR, É recomendável SIMA. Notificar ao DETRAN, nos casos de motoristas profissionais.
TRANSTORNO ESQUIZOAFETIVO (F25)	Variável, conforme a gravidade. Pode ir de temporária a permanente	Mau ajustamento ocupacional Observar se o segurado não mantém estabilidade ocupacional Longo tempo desempregado História de múltiplas funções e curtos períodos.	Demora no diagnóstico; Início insidioso Internações Abandono de tratamento Refratariedade a tratamentos usuais Iatrogenia Uso de drogas Epilepsia Cronicidade Recaídas/recorrência	Deficiências da assistência médica pública. Abandono e descaso familiar. Solidão. Baixo nível sócio-econômico. Preconceitos, ignorâncias;	Bom desempenho em atividades ocupacionais pré-mórbidas Desenvolvimento de habilidades Bom desempenho escolar	Sexo feminino com início agudo. Não hospitalização. Diagnóstico e tratamento precoce Ausência de comorbidades (drogas, álcool, epilepsia).	Inclusão social e laboral. Apoio afetivo.	Atentar para fixação correta de DID e DII. Em AX1, de 90 a 180 dias. Nos casos de PP ou PR. É recomendável SIMA. Notificar ao DETRAN, nos casos de motoristas profissionais.

12.3 Transtornos do Humor (afetivos)

DOENÇA	GRAU DE INCAPACIDADE	FATORES AGRAVANTES			FATORES ATENUANTES			APOIO À DECISÃO PERICIAL
		OCUPACIONAIS	MORBIDADES	SOCIAIS	OCUPACIONAIS	MORBIDADES	SOCIAIS	
HIPOMANIA (F30)	Ausência de incapacidade							
MANIA SEM SINTOMAS PSICÓTICOS (F30.1)	Depende da atividade laborativa	Atividades com risco para si e para terceiros Exigência de concentração/atenção Atividades que demandem decisões relevantes	Episódios anteriores (recidivas)	Desajuste social	Atividades com baixa necessidade de decisões Atividades tuteladas		Apoio afetivo Participação em grupos de auto ajuda	Em AX1 até 30 dias. Em casos de PP ou PR, É recomendável SIMA. Notificar ao DETRAN, nos casos de motoristas profissionais.
MANIA COM SINTOMAS PSICÓTICOS (F30.2)	Há incapacidade	Atividades com risco para si e para terceiros Exigência de concentração/atenção Atividades que demandem decisões relevantes	Episódios anteriores (recidivas)	Desajuste social	Atividades com baixa necessidade de decisões Atividades tuteladas		Apoio afetivo Participação em grupos de auto ajuda	Em AX1 até 60 dias. Em casos de PP ou PR, É recomendável SIMA. Notificar ao DETRAN, nos casos de motoristas profissionais.

DOENÇA	GRAU DE INCAPACIDADE	FATORES AGRAVANTES			FATORES ATENUANTES			APOIO À DECISÃO PERICIAL
		OCUPACIONAIS	MORBIDADES	SOCIAIS	OCUPACIONAIS	MORBIDADES	SOCIAIS	
TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR (F31.1 A F31.3)	Há incapacidade	<p>Atividades com risco para si e para terceiros</p> <p>Exigência de concentração/atenção</p> <p>Atividades que demandem decisões relevantes</p>	<p>Episódios anteriores (recidivas)</p>	<p>Desajuste social</p>	<p>Atividades com baixa necessidade de decisões</p> <p>Atividades tuteladas</p>		<p>Apoio afetivo</p> <p>Participação em grupos de auto ajuda</p>	<p>Em AX1 de 60 a 120 dias.</p> <p>Em casos de PP ou PR, É recomendável SIMA.</p> <p>Notificar ao DETRAN, nos casos de motoristas profissionais.</p>

Episódios Depressivos

DOENÇA	GRAU DE INCAPACIDADE	FATORES AGRAVANTES			FATORES ATENUANTES			APOIO À DECISÃO PERICIAL
		OCUPACIONAIS	MORBIDADES	SOCIAIS	OCUPACIONAIS	MORBIDADES	SOCIAIS	
EPISÓDIO DEPRESSIVO LEVE (F32. 0) E MODERADO (F32. 1)	Poderá haver incapacidade	Avaliar risco para si e para terceiros Desmotivação profissional	Demências, Doença de Parkinson, Colagenoses, Neoplasias Malignas, Esclerose Múltipla, Doenças Crônicas Dolorosas, Diabetes severa, cardiopatias Uso de medicamentos (anti-hipertensivos, quimioterápicos e imunossupressores)	Uso de álcool e drogas ilícitas	Motivação profissional	Adesão ao tratamento	Apoio familiar	Em AX1, DCB até 60 dias. Em casos de PP ou PR, é recomendável SIMA. Notificar ao DETRAN, nos casos de motoristas profissionais.

DOENÇA	GRAU DE INCAPACIDADE	FATORES AGRAVANTES			FATORES ATENUANTES			APOIO À DECISÃO PERICIAL
		OCUPACIONAIS	MORBIDADES	SOCIAIS	OCUPACIONAIS	MORBIDADES	SOCIAIS	
Episódios Depressivos Graves (F32.2) (F32.3)	Há incapacidade	Desmotivação profissional	Presença de sintomas psicóticos Tentativas de suicídio Hereditariedade Personalidade prévia tímida e evitativa Ideação persecutória Rejeição ou abandono do tratamento por preconceitos, fatores econômicos e tempo de tratamento	Isolamento social e afetivo	Motivação profissional	Ausência de sintomas psicóticos Aceitação do tratamento medicamentoso	Em AX1, DCB até 120 dias conforme fatores agravantes ou atenuantes. Em casos de PP ou PR, é recomendável SIMA. Notificar ao DETRAN, nos casos de motoristas profissionais.	

Episódios Depressivos Recorrentes

DOENÇA	GRAU DE INCAPACIDADE	FATORES AGRAVANTES			FATORES ATENUANTES			APOIO À DECISÃO PERICIAL
		OCUPACIONAIS	MORBIDADES	SOCIAIS	OCUPACIONAIS	MORBIDADES	SOCIAIS	
EPISÓDIOS DEPRESSIVOS RECORRENTES (F33.0, F33.1, F33.2, F33.3)	<p>Moderado a total</p> <p>(Observar recorrência de benefícios no mesmo CID)</p>	<p>Atividades perigosas com risco para si e para terceiros.</p>	<p>Frequência dos episódios (mais do que 1 no espaço de 1 ano)</p> <p>Ato ou gesto suicida</p> <p>Sintomas psicóticos persistentes</p>	<p>Idade avançada</p> <p>Baixo nível sócio-cultural</p>	<p>Produção nos intervalos intercríticos</p> <p>Atividade protegida</p>	<p>Tratamento correto e contínuo por psiquiatra</p>	<p>Faixa etária laborativa</p> <p>Bom nível sócio-cultural</p> <p>Apoio familiar</p>	<p>Em AX1, DCB até 180 dias.</p> <p>Em casos de PP ou PR, é recomendável SIMA.</p> <p>Pode-se, na evolução desfavorável, chegar a R2 ou LI.</p> <p>Notificar ao DETRAN, nos casos de motoristas profissionais.</p>

Transtornos Persistentes do Humor

DOENÇA	GRAU DE INCAPACIDADE	FATORES AGRAVANTES			FATORES ATENUANTES			APOIO À DECISÃO PERICIAL
		OCUPACIONAIS	MORBIDADES	SOCIAIS	OCUPACIONAIS	MORBIDADES	SOCIAIS	
CICLOTIMIA (F34.0)	Não há incapacidade							Indeferimento.
DISTIMIA (F34.1)	Não há incapacidade							Indeferimento.

Transtornos Neuróticos

DOENÇA	GRAU DE INCAPACIDADE	FATORES AGRAVANTES			FATORES ATENUANTES			APOIO À DECISÃO PERICIAL
		Ocupacionais	Morbidades	Sociais	Ocupacionais	Morbidades	Sociais	
TRANSTORNO DE PÂNICO (ANSIEDADE PAROXÍSTICA EPISÓDICA) (F41.0)	Geralmente, não há incapacidade	Trabalho em contato com o agente específico Atividades de risco para si e terceiros	Pessoa portadora de deficiência	Baixa inclusão	Ambiente protegido		Inclusão social	Em AX1, até 30 dias Em casos de PP ou PR, é recomendável SIMA. Em ocupações de risco para si e terceiros, pode chegar a RP.
TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA (F41.1)	Geralmente, não há incapacidade	Trabalho em contato com o agente específico	Pessoa portadora de deficiência	Baixa inclusão	Ambiente protegido		Inclusão social	Em AX1, até 30 dias Em casos de PP ou PR, é recomendável SIMA.
TRANSTORNOS MISTOS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO (F41.2)	Geralmente, não há incapacidade	Trabalho em contato com o agente específico	Pessoa portadora de deficiência	Baixa inclusão	Ambiente protegido		Inclusão social	Em AX1, até 30 dias Em casos de PP ou PR, é recomendável SIMA.

DOENÇA	GRAU DE INCAPACIDADE	FATORES AGRAVANTES			FATORES ATENUANTES			APOIO À DECISÃO PERICIAL
		OCUPACIONAIS	MORBIDADES	SOCIAIS	OCUPACIONAIS	MORBIDADES	SOCIAIS	
AGORAFOBIA (F40.0)	Geralmente, não há incapacidade	Trabalho em contato com público Exposição a ruído	Pessoa portadora de deficiência	Baixa inclusão	Ambiente protegido		Inclusão social	Em AX1, até 30 dias. Em casos de PP ou PR, é recomendável SIMA.
FOBIA SOCIAL (F40.1)	Geralmente, não há incapacidade	Trabalho em contato com público	Pessoa portadora de deficiência	Baixa inclusão	Ambiente protegido		Inclusão social	Em AX1, até 30 dias Em casos de PP ou PR, é recomendável SIMA.
FOBIAS ESPECÍFICAS (F40.2)	Geralmente, não há incapacidade	Trabalho em contato com o agente específico	Pessoa portadora de deficiência	Baixa inclusão	Ambiente protegido		Inclusão social	Em AX1, até 30 dias Em casos de PP ou PR, é recomendável SIMA.

DOENÇA	GRAU DE INCAPACIDADE	FATORES AGRAVANTES			FATORES ATENUANTES			APOIO À DECISÃO PERICIAL
		OCUPACIONAIS	MORBIDADES	SOCIAIS	OCUPACIONAIS	MORBIDADES	SOCIAIS	
TRANSTORNO OBSESSIVO COMPULSIVO (F42)	Geralmente, não há incapacidade	Ocupação relacionada ao ritual compulsivo	Lesões autoprovocadas por condutas obsessivas e compulsivas		Ambiente protegido			Em AX1, entre 30 e 60 dias. Em casos de PP ou PR, é recomendável SIMA.
REAÇÃO AO ESTRESSE GRAVE E TRANSTORNOS DE AJUSTAMENTO (F43)	Geralmente, não há incapacidade	Trabalho em contato com o agente estressor			Ambiente protegido			Em AX1, até 30 dias. Em casos de PP ou PR, é recomendável SIMA.
REAÇÃO AGUDA AO ESTRESSE (F43.0)	Geralmente, não há incapacidade	Trabalho em contato com o agente estressor			Ambiente protegido			Em AX1, até 30 dias. Em casos de PP ou PR, é recomendável SIMA.
TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS TRAUMÁTICO (F43.1)	Existe incapacidade	Retorno para ambiente gerador do quadro	Associação com outros transtornos psiquiátricos (principalmente depressão)	Qualidade e intensidade do agente agressor Possibilidade e/ou proximidade com o agente agressor ou estressógeno.	Ambiente protegido			Em AX1, até 90 dias. Em casos de PP ou PR, é recomendável SIMA. Nos casos de pior evolução, pode chegar a RP.

DOENÇA	GRAU DE INCAPACIDADE	FATORES AGRAVANTES			FATORES ATENUANTES			APOIO À DECISÃO PERICIAL
		OCUPACIONAIS	MORBIDADES	SOCIAIS	OCUPACIONAIS	MORBIDADES	SOCIAIS	
TRANSTORNOS DE ADAPTAÇÃO (F43.2)	Geralmente, não há incapacidade	Desajuste no ambiente de trabalho	Transtorno de personalidade prévia Gravidade dos sintomas apresentados	Grau de influência e gravidade do evento na vida da pessoa Idosos	Ambiente protegido		Apoio familiar Trabalhadores jovens	Em AX1, até 30 dias. Em casos de PP ou PR, é recomendável SIMA.
TRANSTORNOS DISSOCIATIVOS OU CONVERSIVOS (F44)	Geralmente, não há incapacidade	Desajuste no ambiente de trabalho	Transtorno de personalidade prévia Gravidade dos sintomas apresentados	Grau de influência e gravidade do evento na vida da pessoa	Ambiente protegido		Apoio familiar Trabalhadores jovens	Em AX1, até 30 dias. Em casos de PP ou PR, é recomendável SIMA.
TRANSTORNOS SOMATOFORMES(F45)	Geralmente, não há incapacidade	Desajuste no ambiente de trabalho	Transtorno de personalidade prévia Gravidade dos sintomas apresentados	Grau de influência e gravidade do evento na vida da pessoa	Ambiente protegido		Apoio familiar Trabalhadores jovens	Em AX1, até 30 dias. Em casos de PP ou PR, é recomendável SIMA.

DOENÇA	GRAU DE INCAPACIDADE	FATORES AGRAVANTES			FATORES ATENUANTES			APOIO À DECISÃO PERICIAL
		OCUPACIONAIS	MORBIDADES	SOCIAIS	OCUPACIONAIS	MORBIDADES	SOCIAIS	
SÍNDROME DE BURNOUT (Z73.0)	Há incapacidade	Profissionais de saúde, controladores de voo, professores, policiais	Transtorno de personalidade prévia Gravidade dos sintomas apresentados	Ausência de apoio familiar e no trabalho		Ausência de personalidade prévia	Apoio familiar e profissional	Em AX1, entre 30 e 60 dias. Em casos de PP ou PR, é recomendável SIMA. Em casos de pior evolução pode chegar a R2 ou RP.
PROBLEMAS RELACIONADOS AO AMBIENTE SOCIAL (Z60.0)	Geralmente, não há incapacidade	Desajuste no ambiente de trabalho	Transtorno de personalidade prévia Gravidade dos sintomas apresentados	Grau de influência e gravidade do evento na vida da pessoa	Ambiente protegido		Apoio familiar Trabalhadores jovens	Em AX1, até 30 dias. Em casos de PP ou PR, é recomendável SIMA.

13 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Whitaker SC. The Management of Sickness Absence. *Occup. Environ. Med.* 2001;58:420-424.
2. Marasciulo ACE. Avaliação de desempenho do programa de benefícios por incapacidade do Instituto Nacional do Seguro Social, gerência de Florianópolis, SC, 2000-2002 [Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2004.
3. Rhodes R, Battin MP, Silvers A. *Medicine and Social Justice*. New York: Oxford University Press; 2002.
4. Cass B. Expanding the concept of social justice: implications for social security. In: Adler M, Bell C, Clasen J, Sinfield A, editors. *The Sociology of Social Security*. Edinburgh: Edinburgh University Press; 1991. p. 314.
5. Sainsbury R. The aims of social security. In: Ditch J, editor. *Introduction to Social Security: policies, benefits and poverty*. 1st. ed. London: Routledge; 1999. p. 246.
6. Melo AZ. Os Princípios da Seletividade e Distributividade no Sistema Brasileiro de Proteção Social. *Previdência em Dados* 1996;11(2):17-29.
7. Viana ALV. Estratégias de Políticas Públicas de Extensão da Proteção Social em Saúde e Principais Marcos Teóricos. In: Brasília; 2003. p. 49.
8. Fleury S. *Estado sem Cidadãos - Seguridade Social na América Latina* -. 1a. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 1994.
9. Brasil. Constituição Federal do Brasil. 1988.
10. Brasil. Decreto no.3.048, de 6 de Maio de 1999. Regulamento da Previdência Social. In: MPAS. Brasília, DF, Brasil; 1999.
11. Brasil. MPS. Boletim Estatístico da Previdência Social. In: Social SPPS, editor.; 2008.
12. OMS. CID-10 Classificação dos transtornos mentais e de comportamento da CID 10. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
13. Munich R. *Assessing Disability: an international comparison*. Munchen: Munchener Ruckversicherungs-Gesellschaft; 2004 2004. Report No.: 302-04093.
14. Cocchiarella L, Lord SJ. *Master the AMA Guides 5th: A Medical and Legal Transition to the Guides to the Evaluation of Permanent Impairment*. 5th. ed: American Medical Association Press; 2001.
15. Brasil. Decreto No.6.042 de 12 de Fevereiro de 2007.
16. Kaplan HI, Sadock BJ. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 6th. ed: Williams & Wilkins; 1995.
17. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. *Compêndio de Psiquiatria*. 7a. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
18. Menezes JSR. *Simulação em Perícias Médicas Judiciais*. 2005.
19. APA APA. *DSM IV. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. 4a. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
20. Ballone GJ. *PsiquWeb - Psiquiatria Geral*. In: GJ Ballone; 2007.
21. APA. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM IV*. 4th. ed. Washington, DC: APA; 1994.
22. Silva-Barbosa AB. *Mentes com medo*. 1a. ed. Rio de Janeiro: Editora Enterprise; 2006.
23. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job Burnout. *Annual Review of Psychology* 2001:397.
24. Freudenbergh H. Staff burn-out. *Journal of Social Issues* 1974;30(1):159-165.

25. Limongi-França AC, Rodrigues AL. Stress e trabalho: uma abordagem psicossomática. 2a. ed. São Paulo: Editora Atlas; 1999.



PREVIDÊNCIA SOCIAL

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

MANUAL DE PROCEDIMENTOS EM BENEFÍCIOS POR INCAPACIDADE

Volume II

**Diretrizes de Apoio à Decisão Médico-Pericial
em Psiquiatria**

DIRSAT

**Diretoria de Saúde do Trabalhador
Dezembro de 2010**