

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

**DIRETRIZES DE CONDUTA MÉDICO-PERICIAL EM
TRANSTORNOS MENTAIS**

BRASÍLIA, JUNHO 2007

ÍNDICE

1	Introdução	4
1.1	Conceitos de Proteção Social, Seguro Social e os Benefícios por Incapacidade	4
2	Metodologia	6
3	Conceitos gerais em psiquiatria	7
3.1	Exame médico-pericial em psiquiatria	7
3.1.1	Transtornos psiquiátricos	7
3.1.2	Peculiaridades do exame psiquiátrico	7
3.1.3	Dificuldades que podem ser observadas durante a avaliação	8
3.1.4	Bases para o exame psiquiátrico	8
3.1.4.1	Avaliação geral da pessoa	9
3.1.4.2	O exame clínico das funções mentais	9
3.1.4.3	Avaliação de funções psicofisiológicas	12
3.2	Aspectos sobre simulação em psiquiatria e a prática médica pericial	13
4	Transtornos mentais de maior relevância na prática médico-pericial da Previdência Social: Diretrizes de conduta médico-pericial	15
4.1	Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos (F00 a F09)	15
4.1.1	Doença de Alzheimer (F00)	15
4.1.2	Demência Vascular (F01)	16
4.1.3	Demência em outras doenças classificadas em outra parte (F02)	16
4.1.4	Outros transtornos mentais devidos à lesão e disfunção cerebral e à doença física (F06)	16
4.1.4.1	Conduta médico-pericial	16
4.2	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa (F10 a F19)	16
4.2.1	Transtornos mentais e comportamentais devido o uso de álcool (F10)	18
4.2.1.1	Conduta médico-pericial	18
4.2.2	Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de opiáceos (F11)	19
4.2.3	Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de sedativos e hipnóticos (F13)	19
4.2.3.1	Conduta médico-pericial	19
4.2.4	Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de cocaína (F14)	19
4.2.4.1	Conduta médico-pericial	20
4.2.5	Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de outros estimulantes, inclusive a cafeína (F15)	20
4.2.5.1	Conduta médico-pericial	20
4.2.6	Transtornos mentais devido ao uso de canabinóides (F12)	21
4.2.6.1	Conduta médico-pericial	21
4.2.7	Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de alucinógenos (F16)	21
4.2.8	Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de solventes voláteis (F18)	21
4.2.8.1	Conduta médico-pericial	22
4.2.9	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas (F19)	22
4.3	Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F20 a F29)	22
4.3.1	Esquizofrenia (F20)	22
4.3.2	Esquizofrenia paranóide (F20.0)	24
4.3.3	Esquizofrenia hebefrênica (F20.1)	24
4.3.4	Esquizofrenia catatônica (F20.2)	24
4.3.5	Esquizofrenia indiferenciada (F20.3)	24

4.3.6	Depressão pós-esquizofrênica (F20.4)	25
4.3.7	Esquizofrenia residual (F20.5)	25
4.3.8	Esquizofrenia simples (F20.6)	25
4.3.9	Conduta médico-pericial	25
4.3.10	Transtorno Esquizotípico (F21)	25
4.3.11	Transtorno delirante persistente (F22)	26
4.3.11.1	Conduta médico-pericial	26
4.4	Transtornos psicóticos agudos e transitórios (Psicose Reativa Breve) (F23 a F23.9)	26
4.4.1	Conduta médico-pericial	26
4.5	Transtornos esquizoafetivos (F25 a F25.9)	26
4.5.1	Conduta médico-pericial	26
4.6	Transtornos do humor (F30 a F39)	27
4.6.1	Episódio maníaco (F30)	27
4.6.1.1	Conduta médico-pericial	28
4.6.2	Transtorno afetivo bipolar (F31)	28
4.6.2.1	Conduta médico-pericial	28
4.7	Episódios depressivos (F32)	29
4.7.1	Episódio depressivo leve (F32.0)	29
4.7.2	Episódio depressivo moderado (F32.1)	29
4.7.3	Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos (F32.2)	30
4.7.4	Episódio depressivo grave com sintomas psicóticos (F32.3)	30
4.7.4.1	Conduta médico-pericial	30
4.8	Episódios depressivos recorrentes (F33)	30
4.8.1	Conduta médico-pericial	31
4.9	Transtornos persistentes do humor (F34)	31
4.9.1	Conduta médico-pericial	32
4.10	Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o estresse e transtornos somatoformes (F40 a F48)	32
4.11	Transtornos neuróticos (F40 a F42)	32
4.11.1	Transtornos fóbico-ansiosos (F40)	32
4.11.1.1	Conduta médico-pericial	33
4.12	Outros transtornos de ansiedade (F41)	33
4.12.1	Transtorno de pânico (F41.0)	33
4.12.1.1	Conduta médico-pericial	34
4.12.2	Outros transtornos mistos de ansiedade (F41)	34
4.12.2.1	Transtorno de ansiedade generalizada (F41.1)	34
4.12.2.2	Transtornos mistos de ansiedade e depressão (F41.2)	34
4.12.2.3	Conduta médico-pericial	34
4.13	Transtorno obsessivo-compulsivo (F42)	34
4.13.1	Conduta médico-pericial	35
4.14	Reação ao estresse grave e transtornos de ajustamento (F43)	35
4.14.1	Reação aguda ao estresse (F43.0)	35
4.14.1.1	Conduta médico-pericial	35
4.14.2	Transtorno de estresse pós-traumático (F43.1)	36
4.14.2.1	Conduta médico-pericial	36
4.14.3	Transtornos de adaptação (F43.2)	36
4.14.3.1	Conduta médico-pericial	36
4.15	Transtornos dissociativos ou conversivos (F44)	37
4.15.1	Conduta médico-pericial	37
4.16	Transtornos somatoformes (F45)	37
4.16.1	Conduta médico-pericial	39
4.17	Neurastenia- F48	40

4.17.1	Conduta médico-pericial	40
4.18	Síndrome do esgotamento profissional ou “ <i>Síndrome de Burnout</i> ” (Z73.0).....	40
4.18.1	Conduta médico-pericial	41
4.19	Problemas relacionados ao ambiente social (Z60.0)	42
4.19.1	Alvo de discriminação e perseguição percebidas: Assédio Moral/” <i>Mobbing</i> ” (Z60.5) 42	
4.19.1.1	Conduta Médico-Pericial	43
4.20	Transtornos específicos de personalidade (F60 a F60.9).....	43
4.20.1	Personalidade Paranóica (F60.0)	44
4.20.2	Personalidade Esquizóide (F60.1).....	44
4.20.3	Personalidade Anti-Social (F60.2)	44
4.20.4	Transtorno de personalidade com instabilidade emocional (F60.3).....	44
4.20.5	Personalidade Histriônica (F60.4).....	45
4.20.6	Personalidade Anancástica (F60.5)	45
4.20.7	Personalidade Ansiosa (de Evitação) (F60.6).....	45
4.20.8	Personalidade Dependente (F60.7)	45
4.20.9	Outros transtornos específicos da personalidade (F60.8)	45
4.20.9.1	Conduta médico-pericial.....	45
4.21	Retardo Mental (F70 a F79).....	46
4.21.1	Retardo Mental Leve (F70 a F70.9)	48
4.21.2	Retardo Mental Moderado / Grave/ Profundo (F71 a F71.9)	48
4.21.2.1	Conduta médico-pericial.....	48
5	Glossário.....	50
6	ANEXO 1: Metodologia para determinação do grau de incapacidade e sugestões de prazos de afastamento	51
7	Anexo 2: Quadros de verificação de grau de incapacidade e sugestões de prazos de afastamento considerando fatores agravantes e atenuantes	53
7.1	Transtornos Mentais Orgânicos.....	54
7.1.1	Transtornos Mentais Orgânicos (Continuação).....	55
7.2	Dependências Químicas	56
7.2.1	Dependências Químicas (Continuação)	57
7.3	Esquizofrenias e Transtornos Esquizotípicos	58
7.4	Transtornos do Humor (afetivos).....	59
7.5	Episódios Depressivos	60
7.6	Episódios Depressivos Recorrentes	61
7.7	Transtornos Persistentes do Humor	62
7.8	Transtornos Neuróticos	63
7.8.1	Transtornos Neuróticos (continuação)	64
7.8.2	Transtornos Neuróticos (continuação)	65
8	ANEXO 3: Aspectos jurídicos e médico-legais da Curatela e da Alienação Mental e suas repercussões na prática médico-pericial da Previdência Social.....	67
8.1	Curatela.....	67
8.2	Alienação Mental	69
9	ANEXO 4: Psicofarmacologia e a prática médico-pericial.....	72
9.1	Antipsicóticos.....	72
9.2	Estabilizadores do Humor	73
9.3	Antidepressivos	73
9.4	Ansiolíticos, Sedativos e Hipnóticos	74
10	ANEXO 5: Considerações sobre aspectos psiquiátricos nas epilepsias	76
11	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	78

1 INTRODUÇÃO

1.1 Conceitos de Proteção Social, Seguro Social e os Benefícios por Incapacidade

A compreensão do papel dos benefícios por incapacidade no sistema previdenciário tem, como ponto de partida, os princípios que permeiam as teorias da sociedade: justiça, necessidade e igualdade. A concepção de um seguro para compensar os perigos e as conseqüências dos problemas advindos de agravos à saúde enquanto parte de uma política social baseia-se, em última análise, nesses princípios.

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. [1].

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 [2].

As ações constituintes da Proteção Social (ou modalidades de intervenção do Estado na área social) podem ser agrupadas segundo três modalidades básicas de ação: a Assistência Social, o Seguro Social e a Seguridade Social, elementos fundamentais do Estado Social, e que compreende as seguintes atividades: [1]

- 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;
- 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 através 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 iguais às existentes quando se encontrava em atividade.

O modelo de proteção social que caracteriza a Seguridade Social tem como base o conjunto de políticas públicas que, através de 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.

O quadro abaixo apresenta resumidamente principais modelos de proteção social.

Quadro 1: Modelos de Proteção Social conforme Fleury, 1994 [3]

Modalidades	Assistência	Seguro	Seguridade
Denominações	Residual	Meritocrático	Institucional
Ideologia	Liberal	Corporativa	Social-Democrática
Princípio	Caridade	Solidariedade	Justiça
Efeito	Discriminação	Manutenção	Redistribuição
Status	Desqualificação	Privilégio	Direito
Finanças	Doações	% Salário	Orçamento público
Atuarial	Fundo	Acumulação	Repartição
Cobertura	Alvos	Ocupacional	Universal
Benefícios	Bens/serviços	Proporcional ao salário	Mínimo vital
Acesso	Teste de meios	Filiação	Necessidade
Administração	Filantrópico	Corporativo	Público
Organização	Local	Fragmentada	Central
Referência	Poor-laws	Bismarck	Beveridge
Cidadania	Invertida	Regulada	Universal

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.” (Brasil, 1988)

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. Observa-se que esta definição está em acordo com a concepção bismarckiana de Seguro Social conforme o quadro acima.

O Artigo 1º da Lei 8213 /91 aponta que a Previdência Social será 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 Instituto Nacional do Seguro Social – 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.” 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, de 2004, abrange aproximadamente 31 milhões de contribuintes.

A questão da incapacidade para o trabalho e suas implicações para o sistema de Seguro Social é vista como um fenômeno social, condicionada por uma série de determinantes, cuja principal é a doença, que está associada ao tipo de trabalho, à condição salarial e ao emprego/desemprego.

No período de 2000 a 2005, houve um aumento da concessão de benefícios por incapacidade, provavelmente, devido à liberalização nas regras de controle ao seu acesso e a sua utilização como um mecanismo de acomodação e manutenção de renda por seus beneficiários.

Não existem evidências de que o crescimento dos benefícios por incapacidade seja conseqüente ao aumento na incidência de deficiência ou das taxas de morbidade da população. Além disso, observa-se que o tempo médio de permanência em benefício por incapacidade, em torno de 219 dias em algumas regiões do país, é extremamente

prolongado e reduz as chances de retorno ao trabalho. Por outro lado, as mudanças recentes nos processos de transformação do trabalho, de uma atividade fim apoiada no setor produtivo, para uma atividade meio com crescimento do setor de serviços e a precarização das relações de trabalho [4], repercutem em mudanças nos perfis de morbidade da população, com reflexo nos benefícios por incapacidade, como o aumento da prevalência dos transtornos psiquiátricos.

Por tratar-se de um grupo de doenças de abordagem complexa exige preparo técnico e experiência profissional do perito. O processo de avaliação de segurados com transtornos mentais têm características próprias e podem redundar na concessão e na manutenção indevida de benefícios por incapacidade.

2 METODOLOGIA

Considerando a necessidade de normatizar os procedimentos médico-periciais com vistas a imprimir critérios mais objetivos na avaliação médico-pericial dos segurados da Previdência Social requerentes a benefícios por incapacidade para o trabalho, a Coordenação Geral de Benefícios por Incapacidade (CGBENIN) constituiu um grupo de trabalho no período de dezembro de 2006 a abril de 2007, formado por sete médicos peritos e supervisores médico-periciais, procedentes de diferentes regiões do país, sendo quatro especialistas em psiquiatria, um médico com graduação em psicologia e dois clínicos, com o objetivo de elaborar diretrizes médicas na área de psiquiatria (Portaria No. 20 INSS/DIRBEN, de 15 de dezembro de 2006).

Inicialmente, seguindo a distribuição estabelecida pela Classificação Internacional de Doenças, Décima Edição (CID-10), procedeu-se à seleção do total de diagnósticos que figuram na CID-10 e que são potencialmente geradores de benefícios por incapacidade. Coube a cada um dos especialistas na área da psiquiatria desenvolver um texto inicial de um grupo de diagnósticos selecionados, enquanto coube aos clínicos o papel de moderadores do grupo.

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

De acordo com a literatura [5], a abordagem qualitativa das incapacidades mentais e comportamentais depende da avaliação do grau de desempenho em quatro esferas:

- Atividades da Vida Diária (AVD's: autocuidado, comunicação, atividade física, função sensorial, atividade manual não-especializada, deslocamentos/viagens, função sexual, sono, trabalho, atividades recreacionais)
- Funcionamento social
- Concentração
- Adaptação.

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

- Nenhuma (incapacidade);
- (Incapacidade) Leve;
- (Incapacidade) Marcada;
- 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 AVD's.

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 esteja em remissão.

Com base nos princípios acima, foi desenvolvido um “painel de experts” cujo objetivo foi desenvolver conceitos que pudessem ser transformados em “graus de incapacidade”. Estes graus de incapacidade conjuntamente com a experiência profissional dos especialistas médicos passaram a ser o ponto de partida para discussões de sugestões de tempo de incapacidade para o trabalho. A descrição do desenvolvimento do método de “painel de experts” encontra-se no Anexo 1 desta diretriz.

3 CONCEITOS GERAIS EM PSIQUIATRIA

3.1 Exame médico-pericial em psiquiatria

Esta diretriz visa a levar ao perito médico do INSS, de forma global e concisa, os critérios clínicos e diagnósticos para a uniformização de condutas frente a portadores de quadros psiquiátricos, conforme a **CID 10/Capítulo V (letra F)**. O seu objetivo principal é facilitar a identificação destes transtornos agrupados em categorias ou blocos, sem criar uma nova organização. Destacam-se, em cada grupo, os sinais, sintomas e a análise das funções psíquicas dos transtornos mentais mais prevalentes, do ponto de vista de análise da incapacidade laborativa, avaliada de acordo com **a espécie de benefício requerido**.

3.1.1 Transtornos psiquiátricos

Os transtornos psiquiátricos dividem-se em [6]:

- **Transtornos psiquiátricos estruturais**

São os que têm um substrato orgânico com base anátomo-clínica e causas conhecidas. Dentre estes: as psicoses (esquizofrenia e transtornos de humor/afetivos), as demências e as epilepsias com comprometimento psiquiátrico.

- **Transtornos psiquiátricos não estruturais**

São os que não têm substrato orgânico, nem base anátomo-clínica. São exemplos deste grupo: os transtornos neuróticos (transtornos do estresse, os distúrbios somatoformes, a ansiedade, as fobias e a depressão neurótica).

3.1.2 Peculiaridades do exame psiquiátrico

Para a avaliação de transtornos mentais, deve-se considerar sua gênese biopsicossocial. Tal situação determina peculiaridades a serem observadas, que são inerentes à área, pela maior vulnerabilidade tanto do avaliado, quanto do avaliador.

Dentre elas pode-se comentar que:

- Há que se considerar dois 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.

3.1.3 Dificuldades que podem ser observadas durante a avaliação

- Transtorno factóide ou simulação
- CID firmado pelo médico assistente incompatível com a clínica observada ao exame. Exemplo: CID F32 em paciente sem prejuízos para Atividades da Vida Diária - AVD (autocuidado, comunicação, atividade física, função sensorial, atividade manual não especializada, deslocamentos/viagens, função sexual, sono, trabalho, atividades recreacionais).
- CID 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.
- Medicamentos utilizados não atingem os sintomas alvo para o tratamento do transtorno codificado. Exemplo: CID informado com medicação sem especificidade para tal. Paciente neurótico ou depressivo em uso de anti-psicótico, ou o oposto.
- Dois ou mais CIDs incompatíveis. Exemplo: CID F20 (esquizofrenia) e F60.1 (transtorno esquizóide).
- Diversidade de CID em exames consecuentes. 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.
- Quadro clínico existente pela ação medicamentosa, iatrogênica e/ou por uso autoprovocado, e possibilidade de desintoxicação em curto tempo. Exemplo: Impregnação por haldol. Uso excessivo de tranquilizantes.

3.1.4 Bases para o exame psiquiátrico

O exame psiquiátrico compreende:

1. **A avaliação geral da pessoa**
2. **O exame clínico das funções mentais**
3. **A avaliação de funções psicofisiológicas**

3.1.4.1 Avaliação geral da pessoa

Para a avaliação geral da pessoa devem ser observados: a) o aspecto como esta se apresenta, b) as posturas e atitudes na situação geral do exame, c) o nível de consciência.

a) Aspecto

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, o tipo das roupas, 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).

b) Postura/atitudes

É a relação e a atitude 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.

c) 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.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE!! Deve ser postergado (reagendar nova avaliação médico-pericial) o exame de segurado que se apresente com nível de consciência alterado, como em estado alcoolizado, impregnado por medicamentos ou substâncias psicoativas.

3.1.4.2 O exame clínico das funções mentais

Para o completo exame clínico das funções mentais deve ser observado:

a) o estado cognitivo que compreende a orientação, a atenção, a memória e a inteligência; b) o comportamento, c) a sensopercepção, d) o pensamento, e) a linguagem, f) a afetividade e o humor, g) o juízo crítico ou a análise da realidade, h) conduta.

a) Estado cognitivo

- **Orientação**

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

- **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 conseqüências. 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.

b) Comportamento

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.

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.

c) Sensopercepção

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

- **Alucinações**

Ocorrem quando há percepção sensorial na ausência de estímulo externo (percepção sem objeto). Exemplo: enxergar um vulto.

d) 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 três aspectos: *produção* (ou forma), *curso* e *conteúdo*.

A *produção* é como as idéias são concatenadas e seguem uma seqüência 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.

O exame do pensamento é extremamente útil para o diagnóstico diferencial entre neuroses e psicoses, conforme os testes descritos no quadro 2 a seguir.

QUADRO 2: Testes úteis para diferenciar transtornos neuróticos de transtornos psicóticos

Teste	Descrição do teste	Transtorno neurótico	Transtorno psicótico
Associação de palavras e teste de realidade: usados para testar a capacidade de abstração do pensamento	Diga uma palavra, e a pessoa associa outra que tenha nexos com a palavra enunciada. Ex: CÃO: ele dirá: latido, amigo, osso, pelos, pulgas, coleira... Se dissermos MAR: a pessoa tem de relacionar algo afim como onda, sal, sol, verão, barco, azul, verde...	Capaz de executar	Incapaz de executar
Interpretação de provérbios simples/ditados	Capacidade de interpretar provérbios/ditados simples. Ex.: perguntar o que acha sobre o ditado “quem espera sempre alcança”, “quem tudo quer tudo perde”, “a união faz a força” etc..	Capaz de executar	Incapaz de executar
Comparações simples	Capacidade de elaborar comparações como: qual a diferença entre um pássaro e um avião, entre um anão e uma criança	Capaz de executar	Incapaz de executar
Teste Mini-Mental	Fazer o periciado subtrair de 7 em 7 a partir do número 100. Exemplo: 100/93/.....23.....02	Capaz de executar	Incapaz de executar

e) 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.

f) 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: eufímica (normal), distímica (depressivo ou eufórico).

g) 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 conseqüências.

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.

IMPORTANTE!! O psicótico não faz insight adequado. Segurados agressivos, ameaçadores, reivindicadores, mostram insight presente.

h) Conduta

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 dois tempos: durante a entrevista e ao longo do curso da vida, obtida através da anamnese. **OBSERVAÇÃO:** Reportar-se às Peculiaridades do Exame Psiquiátrico (item 3.1.2) que faz menção aos eixos de observação.

3.1.4.3 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.

3.2 Aspectos sobre simulação em psiquiatria e a prática médica pericial

No seu trabalho diário o perito médico da Previdência Social encontra um fenômeno bastante antigo: a simulação em perícias médicas. Galeno, médico grego da Antiguidade, escreveu um tratado de doenças simuladas.

Já no início do seu exame médico pericial, o perito deverá estar atento na identificação, pois o documento pode ser verdadeiro, mas o seu conteúdo não. O segurado se faz passar por quem não é com documento falsificado de outrem (falsidade ideológica /falsidade material).

Perícia vem do latim *peritia* e é definida segundo o dicionário Aurélio, como "*vistoria ou exame de caráter técnico e especializado*". Perícia médica é, portanto, um procedimento executado por profissional médico e consiste numa avaliação quando a questão tratada necessitar do parecer deste técnico. É o caso dos Benefícios por Incapacidade da Previdência Social em que o perito médico avalia o estado de saúde do segurado e sua relação com a capacidade/incapacidade laborativa.

Simulação é " *fingir o que não é*" pelo Aurélio e é conceituada, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), 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 engodo. Na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde da Organização Mundial de Saúde (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*). Se o assunto é simulação, naturalmente infere-se que o segurado com doença verdadeira está excluído.

Desde os primeiros anos da formação médica aprende-se que o paciente apresenta-se ao médico clínico com intenção de cura de um mal; sua preocupação é o tratamento que lhe restitua o bem-estar perdido. Na perícia médica, ao contrário, a pessoa deseja se mostrar doente, portadora de grande incapacidade.

Conforme Menezes [7], 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.

Para o simulador dois conceitos se tornam particularmente importantes: o ganho secundário e o reforço ambiental. O ganho secundário expressa as vantagens que o segurado pode alcançar usando um sintoma para manipular e/ou influenciar outras pessoas. Através da simulação o segurado tem por finalidade convencer o examinador com o fim de obter ou perpetuar a percepção de um benefício previdenciário, ainda que o quadro diagnóstico detectado seja considerado passível de cura ou pelo menos de controle. O reforço ambiental exerce influência significativa na simulação, uma vez que a legislação permite a dispensa de uma tarefa árdua ou de responsabilidade, como no treinamento militar, ou a perspectiva de um ganho financeiro significativo, como em litígios judiciais e nos benefícios por incapacidade na Previdência Social (em alguns casos, ganho salarial maior na inatividade).

Os mesmos mecanismos que favorecem o ganho secundário e o reforço ambiental estão presentes na chamada "neurose de compensação" que segundo a OMS é um quadro induzido, exacerbado ou prolongado, como resultado de políticas sociais (sistema previdenciário) ou socioculturais. Políticas sociais distorcidas fazem surgir uma legião de pessoas com potencial comportamento de ganho secundário e neurose de compensação e conseqüentemente simulação de sintomas.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR) [8], indica situações onde há suspeita de simulação. Há que existir qualquer das combinações a seguir:

- a) contexto médico legal de apresentação (ex. o paciente é encaminhado por um advogado para um exame médico nos casos judiciais; segurado encaminhado pela empresa após os primeiros quinze dias de afastamento);
- 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.

Para Cavalcante [9], o elemento mais importante para se avaliar um simulador é a análise meticulosa do caso:

"Parece que o maior estimulador da simulação é a negligência. Toda situação requer uma intervenção segura e demorada. E, toda observação começa pela construção de uma anamnese bem feita. Uma história bem detalhada e criteriosa. Conscienzosa. Uma observação direta, ligada ao indivíduo em exame e indireta, através dos elementos que se pode investigar. Tipo, por exemplo, entrevistar um familiar. É muito revelador, em termos da Psiquiatria, um contato com pessoas próximas, da família. A esposa, a mãe, uma tia. Não só porque ela vai confirmar elementos interessantes da história, como se poderá cruzar informações. Um olhar mais perspicaz vai imediatamente perceber alguns lapsos, contradições, que não tem nada a ver com a patologia descrita. Também é importante o levantamento dos antecedentes pessoais. O novo nunca é súbito. Não é de repente que uma pessoa fica "louca". Isso é básico em Psiquiatria. Aquele quadro psíquico não se organiza de uma hora para outra. Ninguém torna-se esquizofrênico do dia para noite. Buscar outras referências e anotações já existentes." [9]

Outro aspecto que é freqüente na conduta do simulador é a sua impaciência. Ele quer logo ver tudo resolvido. Como se ele não pudesse permanecer naquela situação por muito tempo. O perito deve estar bem mais atento ao olhar, à fisionomia, aos olhos, aos gestos, à mímica. Tudo aquilo que se convencionou chamar de linguagem não verbal.

Finalmente, se o médico não ficar atento à sua conduta, poderá gerar mais doença em seu paciente, configurando a já mencionada iatrogenia e na perícia médica da Previdência Social o médico perito gera Benefícios indevidos.

O Código de Ética Médica em seu artigo 60 prevê como infração a conduta errática do profissional: "*é vedado ao médico exagerar a gravidade do diagnóstico ou prognóstico, ou complicar a terapêutica, ou exceder-se no número de visitas, consultas ou quaisquer outros procedimentos médicos*".

4 TRANSTORNOS MENTAIS DE MAIOR RELEVÂNCIA NA PRÁTICA MÉDICO-PERICIAL DA PREVIDÊNCIA SOCIAL: DIRETRIZES DE CONDUTA MÉDICO-PERICIAL

4.1 Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos (F00 a F09)

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 a memória, o pensamento, a orientação, a compreensão, o cálculo, a capacidade de aprendizagem, a linguagem e o julgamento. A síndrome não se acompanha de uma obnubilação da consciência, porém são quadros predominantemente neurológicos, apesar dos reflexos psiquiátricos na sintomatologia de manifestação.

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).
- Transtorno mental orgânico ou sintomático não especificado (F09)

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

4.1.1 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 dos 65 anos. Ocorre a morte das células neuronais levando a uma atrofia do cérebro.

Os sintomas aparecem inicialmente como pequenos esquecimentos, comumente aceito pelos familiares, como processo normal de envelhecimento. Passado algum tempo nota-se 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 demência no Alzheimer atinge de 3% a 11% dos idosos com idade superior a 65 anos, sendo que entre os com 85 anos ou mais, varia entre 20 e 50%. A prevalência é maior em idosos institucionalizados.

A doença de Alzheimer faz parte do grupo das demências degenerativas e leva à

alienação mental. Há casos de solicitação de isenção de Imposto de Renda neste grupo plenamente justificáveis.

4.1.2 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 a por infartos múltiplos.

4.1.3 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].

4.1.4 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.

4.1.4.1 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. Quando passíveis de avaliação médico-pericial, pela pouca reversibilidade, são, geralmente, de encaminhamento para limite indefinido. Além disto, há possibilidade de solicitação de majoração de 25% na aposentadoria por invalidez, geradas por outras doenças, por enquadramento no artigo 45 do anexo I do Decreto 3048/99.

4.2 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 Organização Mundial de Saúde distingue dois tipos de padrão de uso:

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

Segundo a UNESCO, há quatro 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 freqüente de drogas, embora mantenha relações sociais, mesmo que precárias, correndo riscos de adquirir dependência.
- 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.
- 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 3, adiante.

Quadro 3: Identificação de quadros clínicos de uso e/ou dependência química, conforme a CID10 [10]

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
- Perturbadores do Sistema Nervoso Central

a) Depressores do Sistema Nervoso Central

Neste grupo, têm-se:

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

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

O alcoolismo, pelas importantes conseqüências 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;
- Possibilidade de reinstalação da síndrome após abstinência.

4.2.1.1 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 três semanas.
- 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.

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. Por outro lado, existem evidências de que a participação efetiva em grupos de ajuda

(Alcoólicos Anônimos) é indício de bom prognóstico quanto à tentativa de controle da dependência e o retorno ao trabalho cumpre papel importante nesses casos.

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

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

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

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

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

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

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

4.2.3.1 Conduta médico-pericial

A prevalência destes transtornos 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.

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 trinta dias.

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

b) Estimulantes do Sistema Nervoso Central

Neste grupo, têm-se:

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

4.2.4 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.

4.2.4.1 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 comorbidades e/ou síndrome de abstinência, que se resolve em torno de trinta dias. Na possibilidade da vigência de psicose, os prazos podem ser aumentados.

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

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. **IMPORTANTE:** O uso dessas anfetaminas é comum por caminhoneiros, rodoviários, trabalhadores de turnos noturnos (popularmente são conhecidos como arrebites ou rebites) e sexo feminino em geral (emagrecimento).

Os fármacos mais encontrados são: fenproporex, anfepramona (fórmulas de manipulação), comercialmente chamados de desobesi, inibex, hipofagin, lipenan.

4.2.5.1 Conduta médico-pericial

As eventuais incapacidades laborativas estão condicionadas à existência de síndrome de abstinência e psicose, que podem durar de dias a poucos meses. Em geral, a situação se resolve em torno de trinta dias.

c) Perturbadores do sistema nervoso central

Neste grupo, têm-se:

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

4.2.6 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, tagarelise, 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, 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.

4.2.6.1 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, esta deverá ser avaliada conforme as suas características próprias.

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

4.2.8 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 seis a doze meses.

No consumo agudo podem surgir episódios de pânico, acompanhados de delírios. A maioria dos usuários não procura tratamento espontâneo.

4.2.8.1 Conduta médico-pericial

Não é freqüente 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.

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

A análise clínica de um usuário de múltiplas drogas não é fácil, uma vez que nem sempre se sabe qual é a substância que predomina na gravidade do quadro. Além disso, muitos usuários freqüentemente 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 devem ser detalhadamente analisadas.

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

Neste grupo têm-se:

- Esquizofrenia (F20)
- Transtorno esquizotípico (F21)
- Transtornos delirantes persistentes (F22)
- Transtornos psicóticos agudos e transitórios (F23)
- Transtornos esquizoafetivos (F25)

4.3.1 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 desprezo para com a realidade reconhecida. 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 [11].

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 cinco 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% dos 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 seqüência 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.
- 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
- 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 (p.ex., 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 do 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, freqüentam 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)
- Esquizofrenia simples (F20.6)

4.3.2 Esquizofrenia paranóide (F20.0)

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

4.3.3 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 freqüentemente maneirismos. O afeto é superficial e inapropriado. O pensamento é desorganizado e o discurso incoerente. Há uma tendência ao isolamento social. Geralmente o prognóstico é desfavorável devido ao rápido desenvolvimento de sintomas "negativos", particularmente um embotamento do afeto e perda da volição. A hebefrenia é normalmente diagnosticada em adolescentes e em adultos jovens.

4.3.4 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.

4.3.5 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.

4.3.6 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.

4.3.7 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.

4.3.8 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.

4.3.9 Conduta médico-pericial

A perícia médica tem contato com este transtorno em distintos momentos: no Auxílio-Doença, BPC/LOAS e na avaliação do dependente maior inválido.

Em curto prazo (um ano), o prognóstico de esquizofrenia está intimamente relacionado ao grau de adesão ao tratamento medicamentoso por parte do indivíduo. Sem o tratamento medicamentoso, 70 a 80% dos indivíduos que apresentaram um episódio esquizofrênico, apresentarão recaídas nos doze meses seguintes e apresentarão um episódio subsequente.

Em longo prazo, o prognóstico de esquizofrenia varia. Em geral, um terço dos indivíduos apresenta uma melhoria significativa e duradoura; outro terço apresenta alguma melhoria com recaídas intermitentes e uma incapacidade residual. Os restantes apresentam invalidez grave e permanente.

O prognóstico é melhor quando há início agudo, história familiar de depressão, personalidade não esquizóide, depressão, fatores precipitantes e preocupações com a morte, casamento, bom nível de habilidades ocupacionais pré-mórbidas e presença de suporte emocional. Por outro lado, o prognóstico é pior quando há cronicidade na evolução, início insidioso, mal ajustamento social e ocupacional.

Para a perícia médica, o prognóstico da esquizofrenia, de acordo com os dados anteriores, merece especial cuidado, pela longa duração que ela determina gerando restrições e cicatrizes no funcionamento mental. Por se tratar de doença de longa duração, os segurados esquizofrênicos geram longos benefícios, e em suas revisões de aposentadorias, muitos deles permanecem com sintomas negativos que inviabilizam seu retorno ao trabalho definitivamente.

4.3.10 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. Este diagnóstico não é recomendado para uso geral, porque a esquizofrenia não é claramente demarcada.

4.3.11 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 um mês e pode durar a vida toda. As alucinações não são comuns e nem habituais. Quando existem, as táteis ou olfativas costumam ser mais freqüentes que as visuais e auditivas.

4.3.11.1 Conduta médico-pericial

Normalmente, o funcionamento social desses pacientes paranóicos não está prejudicado, apesar da existência do delírio. A maioria pode parecer normal em seus papéis sociais e laborativos, entretanto, em alguns casos raros, o prejuízo ocupacional pode ser pelo isolamento social.

Na avaliação médico-pericial a maioria não apresenta incapacidade laborativa.

Nos casos em que há apresentação de CID F21, recomenda-se a solicitação de informações ao médico assistente.

4.4 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.

4.4.1 Conduta médico-pericial

O prognóstico é bom e a persistência de sintomas residuais não ocorre. Os sintomas podem estar presentes por um curto espaço de tempo e persistirem por um mês, com recuperação completa em até três meses.

4.5 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. Deve haver na história do segurado o uso de medicação antipsicótica associada com moduladores de humor e/ou antidepressivos e intervenções psicossociais.

4.5.1 Conduta médico-pericial

Ocorre também na adolescência ou início da idade adulta e costuma ter uma

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

4.6 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, freqüentemente, estar relacionada com situações ou fatos estressantes [12].

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)
- 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.
- 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 11255 benefícios da espécie 31 concedidos, no período de 2003 a 2004, em cinco gerências executivas do INSS, de diferentes regiões do País, e pertencentes ao grupo F da CID10, foram detectados 5552 benefícios com CID entre F30 e F39, perfazendo a prevalência de 49,3% dos casos observados.

4.6.1 Episódio maníaco (F30)

Até o século XIX, o termo “mania” era empregado como sinônimo de “loucura”, devido à extravagância e o histrionismo de seus sintomas. Atualmente, está inserida 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)
- Mania com sintomas psicóticos (F30.2)

O diagnóstico de mania é feito pela observação de pelo menos três 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. Adições lícitas ou ilícitas podem agravar o quadro. Comportamento irresponsável.

Fonte: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition (DSM IV) [13]

4.6.1.1 Conduta médico-pericial

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.

4.6.2 Transtorno afetivo bipolar (F31)

O transtorno afetivo bipolar (TAB) é caracterizado por dois 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 freqüentes 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 quatro 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.

4.6.2.1 Conduta médico-pericial

O prognóstico do TAB depende de:

- Existência de mais de duas crises no período de um ano

- Ocorrência de mais de quatro sintomas do Quadro 4.
- Dependência química (álcool e drogas)
- Alternância rápida entre mania e depressão (ciclagem rápida)
- Risco e tentativa de suicídio
- 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.

Do ponto de vista pericial, a atividade laborativa dependerá da resposta efetiva ao tratamento e da persistência de sintomas psicóticos. Para estes, o prognóstico é reservado.

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

4.7 Episódios depressivos (F32)

A Depressão, de maneira geral, se caracteriza por um estado de tristeza, a princípio imotivada, 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 freqüência a manifestação somática em depressivos, com queixas de dores generalizadas, advindas de má postura e aumento da tensão muscular (“postura corporal depressiva”). São pessoas poliqueixosas.

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, luto, catástrofes, existência de doenças graves, violência social). A depressão reativa também pode se originar do uso de certos medicamentos, tais como anti-hipertensivos (metildopa), quimioterápicos e imunossupressores.

Não há uma só causa, única e exclusiva. Na gênese das depressões, encontram-se fatores genéticos, neuroquímicos, neuroendócrinos e o desequilíbrio no ciclo biológico. Dentre 11255 benefícios da espécie 31 concedidos, no período de 2003 a 2004, em cinco gerências executivas do INSS, de diferentes regiões do País, pertencentes ao grupo F da CID10, foram detectados 3610 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)
- Episódio depressivo não especificado (F32.9)

4.7.1 Episódio depressivo leve (F32.0)

4.7.2 Episódio depressivo moderado (F32.1)

IMPORTANTE!!

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.

4.7.3 Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos (F32.2)

4.7.4 Episódio depressivo grave com sintomas psicóticos (F32.3)

Em ambas 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. Também nos casos graves, o risco de suicídio é elevado; com uma taxa entre 10% e 25% de consumação da intenção.

A pessoa se sente alvo de perseguições por colegas, familiares e chefes. Percebe-se foco constante de 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 freqüentes, 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.

4.7.4.1 Conduta médico-pericial

Na depressão leve ou moderada, o prognóstico é bom, se tratado adequadamente com antidepressivos e psicoterapia, com remissão dos sintomas entre duas a seis semanas. A eventual incapacidade laborativa está condicionada ao ajustamento da dose, à atividade exercida (avaliar risco para si e para terceiros) e à melhora dos sintomas, lembrando-se de que há adaptação ao medicamento em torno de 60 dias. O uso continuado de medicamentos, após este período, não é, por si só, motivo para manutenção de afastamento laborativo.

Já para a depressão grave com ou sem sintomas psicóticos, é necessária maior atenção por parte do perito, pois estas graduações requerem maior atenção, pelos riscos inerentes. Um indivíduo que apresenta um quadro depressivo grave, com tratamento médico bem-sucedido, pode recuperar a sua saúde em até seis meses.

Estudos de meta-análise em pacientes com história de episódio depressivo, quando tratados com antidepressivos por dois a seis meses, além da remissão, apresentam uma redução do risco de recaída de 50%, quando comparados com placebo. Um terço destes pacientes poderá apresentar recaída no primeiro ano.

Os maus resultados, quanto ao retorno ao trabalho, em prazo compatível, ocorrem por falta de adesão, rejeição e/ou abandono ao tratamento, orientação incorreta ou mesmo simulação ("ganho secundário"). Como o tratamento é longo, o alívio dos sintomas pode levar à interrupção da medicação prescrita, dando ensejo a recaídas.

4.8 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 transtorno pode, contudo, comportar breves episódios caracterizados por um ligeiro aumento de humor e da atividade (hipomania), sucedendo imediatamente a um episódio depressivo, e por vezes precipitados por um tratamento antidepressivo.

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.

4.8.1 Conduta médico-pericial

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 freqüentes? Mais de um 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 médico-perito.

Na avaliação da incapacidade laborativa, o perito deverá analisar se o caso está com excessos de recorrência e afastamentos, com sintomas graves, e, nestes casos, a decisão poderá ser por períodos longos, com posterior revisão, e até chegar ao limite indefinido. Deve-se atentar aos antecedentes médicos periciais do segurado quanto o registro prévio deste transtorno em possíveis benefícios anteriores, se ele obedece a uma evolução de episódios depressivos prévios ou se trata de primeira avaliação médico-pericial já apresentando este diagnóstico referido pelo médico assistente.

4.9 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 problemáticas com quem que convive ao seu entorno do que consigo próprios. Em certos casos, episódios maníacos ou depressivos recorrentes ou isolados podem se superpor a um transtorno afetivo persistente.

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.
- **Distimia (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.

4.9.1 Conduta médico-pericial

Como conseguem realizar as suas tarefas e terem lazer com normalidade, dentro de seus limites cíclicos, na maior parte das vezes, os portadores de transtornos persistentes do humor não apresentam incapacidade laborativa.

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

Os transtornos neuróticos são considerados não-estruturais, uma vez que não têm substrato físico, orgânico, anátomo-patológico, genético ou metabólico. Os transtornos neuróticos não causam alienação mental, não impedem a pessoa afetada de gerir a sua pessoa e bens, exercer os atos da vida civil e de relação, além de serem compatíveis com as atividades profissionais.

Nos transtornos relacionados ao estresse e/ou somatoformes é muito freqüente 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.

4.11 Transtornos neuróticos (F40 a F42)

Neste grupo são estudados:

- Transtornos fóbico-ansiosos (F40)
- Outros transtornos ansiosos (F41)
- Transtorno obsessivo-compulsivo (F42)

4.11.1 Transtornos fóbico-ansiosos (F40)

A fobia significa um medo injustificado, incontrolável e irracional de alguma coisa ou situação, que por si só não é perigosa, mas causa pavor e terror, e por isso é evitada e/ou enfrentada pelo indivíduo com intensa ansiedade. Estas pessoas costumam ter humor com 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.
- **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.

4.11.1.1 Conduta médico-pericial

As fobias específicas e outras em geral não impedem o indivíduo de exercer sua atividade, não gerando incapacidade laborativa. O perito deverá avaliar casos específicos em que a fobia aparece na alteração da rotina do trabalhador. Por exemplo: indivíduo que tem fobia de altura e trabalha no 1º andar, tendo sido transferido para o 15º andar, gerando um estado de ansiedade tal, que necessita de um período adaptativo.

As pessoas com fobia social costumam ter componente depressivo e ansioso, porém tal situação não impede o trabalho em áreas e setores onde se sintam mais à vontade, de acordo com sua personalidade e caracteres de temperamento.

É importante diferenciar um ataque de pânico por fobia da síndrome ou doença do pânico. Como exemplo: uma pessoa com fobia de baratas, ao defrontar-se com elas, entrará em ataque de pânico. Cessada a causa, cessa o efeito. Na síndrome do pânico não há fator desencadeante algum.

Não há incapacidade laborativa.

4.12 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)
- Transtorno misto de ansiedade e depressão (F41.2)

4.12.1 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).
- De ordem geral (náuseas, vômitos, sensação de frio ou calor intenso, sudorese, tremores), e outros conseqüentes à descarga adrenérgica.

A crise no transtorno de pânico é auto-limitada e de curto período, embora para o paciente pareça “uma eternidade”. Em geral a crise de pânico 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

4.12.1.1 Conduta médico-pericial

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

O critério técnico da avaliação pericial é a frequência das crises ocorridas no período de trinta dias, e suas repercussões (medo persistente a um novo ataque).

A história clínica bem colhida é fundamental para a decisão pericial. É importante lembrar que o pânico é um transtorno que tem recidivas com alguma frequência, ou seja, mesmo no indivíduo em franca remissão, ou considerado curado, uma nova crise pode surgir até anos depois.

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.

4.12.2 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.

4.12.2.1 Transtorno de ansiedade generalizada (F41.1)

Como a ansiedade é duradoura e o estresse um fator presente neste organismo, algumas conseqüências ocorrem como: distúrbios do sono, irritabilidade, palpitações eventuais, mal-estar, tensão muscular após o trabalho, cefaléia intermitente e fadiga fácil.

4.12.2.2 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.

4.12.2.3 Conduta médico-pericial

Os transtornos ansiosos e mistos, mesmo que requeiram orientação médica e/ou psicoterapêutica e por vezes medicação, são perfeitamente compatíveis com a vida laborativa em qualquer atividade exercida; não necessitam de afastamento na maioria das vezes. Podem trabalhar e produzir normalmente.

4.13 Transtorno obsessivo-compulsivo (F42)

É um transtorno caracterizado por pensamentos obsessivos e/ou atos compulsivos recorrentes e persistentes. O indivíduo apresenta rituais obsessivos e compulsivos. Embora saiba que estes pensamentos e manias sejam despropositados, inúteis e sem

sentido, não consegue viver sem evitá-los e executá-los, implicando 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. Evita falar sobre sua doença e resiste em procurar tratamento adequado.

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. Estas obsessões não têm nenhum motivo real de existirem e o portador não consegue evitá-las.

4.13.1 Conduta médico-pericial

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

Apesar da intensidade dos sintomas apresentados, o TOC não é um problema médico-pericial importante. Os portadores costumam conduzir suas vidas profissionais adequadamente. Em situações de maior intensidade, o TOC pode implicar prejuízos indiretos para o trabalho (atrasos inexplicáveis em função de rituais de trajeto).

A incapacidade para o trabalho é de curto período, quando necessária. Em casos raros, poderá haver evolução desfavorável, quando os questionamentos obsessivos são infundáveis, semelhando-se a um quadro delirante e associado a uma incapacidade de tomar decisões triviais, mas necessárias à vida diária. A decisão pericial poderá indicar períodos mais longos de afastamento.

4.14 Reação ao estresse grave e transtornos de ajustamento (F43)

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

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

4.14.1 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 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”.

4.14.1.1 Conduta médico-pericial

Quando incapacitante, a reação aguda ao estresse se resolve em no máximo quatro semanas.

4.14.2 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 três primeiras semanas do evento até no máximo seis 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 [14].

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

4.14.2.1 Conduta médico-pericial

O perito deverá levar em conta os seguintes aspectos:

- Associação com outros transtornos psiquiátricos
- Qualidade e intensidade do agente agressor.
- Outros fatores agravantes como: personalidade prévia patológica; proximidade e /ou possibilidade de outro ataque do agente estressógeno .

Devido às situações descritas acima o prognóstico será variável:

- Bom prognóstico: melhora em três meses.
- Prognóstico reservado: de 06 a 12 meses.
- Mau Prognóstico: acima de 12 meses.

Os portadores de estresse pós-traumático podem cursar com quadro crônico e grave, evoluírem para a alteração permanente de personalidade (F62.0) e persistirem com incapacidade laborativa por períodos maiores com revisão.

4.14.3 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 natural de entes queridos.

Os transtornos de adaptação, porém, são mais exuberantes nas crianças, adolescentes e idosos, que são, por questões inerentes ao psiquismo destas faixas etárias, mais suscetíveis às mudanças de vida. As pessoas adultas mais intolerantes às frustrações e imaturas em seu emocional 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.

4.14.3.1 Conduta médico-pericial

O prognóstico é bom, para a faixa etária que normalmente se reporta à Previdência Social.

Deverá ser considerado:

- Personalidade prévia do indivíduo.
- Grau de influência e de gravidade do evento em relação à vida deste (divórcio

- traumático, luto natural, migração, etc).
- Forma, conteúdo e gravidade dos sintomas.

Após análise dos critérios acima descritos, havendo constatação de incapacidade laborativa, esta poderá variar de 30 a 120 dias.

CONSIDERAÇÕES SOBRE AS SITUAÇÕES DE LUTO

TRISTEZA: A tristeza por morte de ente querido é sentimento característico, universal, explícito ou embotado, e comum ao seres humanos.

LUTO: É o conjunto de processos psíquicos que levarão à resolução desta tristeza. Tem curso previsível e deve ser autolimitado no ser humano normal. O Luto normal pode durar até seis meses. A perda de um filho em situações de infortúnio poderá gerar um quadro a ser enquadrado como estresse pós-traumático (F43).

As situações de tristeza e luto poderão ser por outras perdas como: emprego, mutilações, perda dos órgãos dos sentidos como cegueira ou surdez por acidentes; aposentadoria; menopausa; falência financeira; abortamento espontâneo.

4.15 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.

4.15.1 Conduta médico-pericial

A duração do quadro é em geral fugaz.
Não há substrato algum físico e anatômico
Não há incapacidade laborativa na maioria das vezes.
São frequentes os casos de simulação.

4.16 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 pacientes cujos sintomas correspondem a respostas somáticas, indicadoras de alterações emocionais e supervalorizadas através de ampliações das sensações corporais.

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 *clanicamente significativa* quando resulta ou acaba determinando algum tratamento médico. Também pode ser considerada *clanicamente significativa* quando é capaz de causar algum prejuízo no funcionamento social ou ocupacional da pessoa. Os principais sintomas do transtorno de somatização são: vômitos; palpitações; dor abdominal; dor torácica; náuseas; tonturas; flatulência; ardência

nos órgãos genitais;diarréia ;indiferença sexual; intolerância alimentar; dor durante o ato sexual; dor nas extremidades; impotência; dor lombar; dismenorréia; dor articular; outras queixas menstruais; dor miccional; vômitos durante a gravidez; dor inespecífica ; falta de ar .

As queixas do Transtorno Somatorforme freqüentemente levam o paciente a freqüentes exames médicos, radiográficos, tomográficos e mesmo a cirurgias exploratórias desnecessárias. Como as pessoas portadoras do Transtorno Somatorforme são previamente hysteriformes, em geral elas descrevem suas queixas em termos dramáticos, eloqüentes e exagerados ou, curiosamente, ao extremo contrário, ou seja, completamente indiferentes 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.

Para o diagnóstico do Transtorno Somatização é importante que os sintomas causem sofrimento significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes. A manifestação emocional somatizada não respeita a posição sócio-cultural do paciente, como podem suspeitar alguns, não guarda também relação com o nível intelectual, pois, como se sabe, a emoção é senhora e não serve da razão. O único fator capaz de atenuar as queixas é a capacidade de a pessoa expressar melhor seus sentimentos verbalmente. Quanto maior a capacidade de o indivíduo referir seu mal-estar através de discurso sobre suas emoções, como, por exemplo, relatando sua angústia, sua frustração, depressão, falta de perspectiva, insegurança, negativismo, pessimismo, carência de carinho e coisas assim, menor será a chance de representar tudo isso através de palpitações, pontadas, dores, falta de ar, etc.

O Transtorno Somatorforme é um transtorno crônico e flutuante, mas raramente apresenta remissão ou cura completa. O DSM-IV recomenda como critérios para o diagnóstico do Transtorno Somatorforme o seguinte: [8]

- A. Uma história de muitas queixas físicas com início antes dos 30 anos, que ocorrem por um período de vários anos e resultam em busca de tratamento ou prejuízo significativo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes de funcionamento do indivíduo.
- B. Cada um dos seguintes critérios deve ter sido satisfeito, com os sintomas individuais ocorrendo em qualquer momento durante o curso do distúrbio:
 - I. quatro sintomas dolorosos: uma história de dor relacionada a pelo menos quatro locais ou funções diferentes (por ex., cabeça, abdômen, costas, articulações, extremidades, tórax, reto, menstruação, intercurso sexual ou micção).
 - II. dois sintomas gastrintestinais: uma história de pelo menos dois sintomas gastrintestinais outros que não dor (por ex., náusea, inchaço, vômito outro que não durante a gravidez, diarréia ou intolerância a diversos alimentos).
 - III. um sintoma sexual: uma história de pelo menos um sintoma sexual ou reprodutivo outro que não dor (por ex., indiferença sexual, disfunção erétil ou ejaculatória, irregularidades menstruais, sangramento menstrual excessivo, vômitos durante toda a gravidez).
 - IV. um sintoma pseudoneurológico: uma história de pelo menos um sintoma ou déficit sugerindo uma condição neurológica não limitada à dor (sintomas conversivos, tais como prejuízo de coordenação ou equilíbrio, paralisia ou fraqueza localizada, dificuldade para engolir ou

nó na garganta, afonia, retenção urinária, alucinações, perda da sensação de tato ou dor, diplopia, cegueira, surdez, convulsões; sintomas dissociativos tais como amnésia ou perda da consciência outra que não por desmaio).

- C. (I) ou (II): (1) após investigação apropriada, nenhum dos sintomas no Critério B pode ser completamente explicado por uma condição médica geral conhecida ou pelos efeitos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso, medicamento). (2) quando existe uma condição médica geral relacionada, as queixas físicas ou o prejuízo social ou ocupacional resultante excedem o que seria esperado a partir da história, exame físico ou achados laboratoriais.
- D. Os sintomas não são intencionalmente produzidos ou simulados (como no Transtorno Factício ou na Simulação).

4.16.1 Conduta médico-pericial

O segurado comparece à Perícia com incontáveis exames complementares, com resultados inexpressivos em relação às múltiplas queixas. A dramaticidade da narrativa é característica: “o coração vai sair pela boca”; “o peito vai explodir”; “parece que tem uma fogueira no meu estômago”. Caso se aborreça ou for confrontado pelo Perito, poderá ter um quadro tipo desmaio, conversivo, mas sem maior gravidade.

Na histeria, sempre que o sintoma servir para o alívio da ansiedade, há um mecanismo ao qual chamamos de *Lucro Emocional Primário*. Diante de um conflito, normalmente proporcionado pela discrepância entre “aquilo que o histérico quer fazer com aquilo que ele deve fazer”, ou ainda, “com aquilo que ele consegue fazer ou com a situação que está acontecendo”, o sintoma histérico aparece para proporcionar algum alívio. Observe-se que nas relações de trabalho como os pacientes histéricos são de difícil convívio por sua baixa tolerância as frustrações, fruto de sua imaturidade.

Num outro mecanismo, a pessoa histérica obtém um *Lucro Emocional Secundário*, ou seja, conquista um suporte de aprovação, complacência ou compaixão do ambiente para com sua eventual falha ou para a não realização da atividade que lhe é avessa. Este mecanismo é usado nos exames médicos periciais onde o vitimismo e as atitudes de auto comiseração são frequentes, na tentativa de “convencer” o perito da gravidade de suas queixas.

Observa-se em algumas pessoas histéricas uma acentuada dependência emocional de outra(s) pessoa(s) íntimas, seja do companheiro(a), do(s) filho(s) ou dos pais.

Notamos essa característica de dependência das pessoas histéricas em relação aos outros, quando elas parecem despojar-se de qualquer pensamento ou decisão pessoal. O discurso dessas pessoas dá-nos a impressão que elas são marionetes nas mãos dos demais (quando na realidade é exatamente o contrário); ... **“eles acharam que eu deveria procurar um médico”**... **“eles me levaram ao pronto socorro”**... **“eles me acharam doente”**... Sempre são “eles” quem tomam decisões, parecendo que o histérico está imune e à margem de seu destino.

Um dos traços mais marcantes da personalidade histérica é a sugestibilidade. Os histéricos, de um modo geral, são extremamente sugestíveis, demonstrando com isso seu clássico infantilismo e falta de maturidade da personalidade. Eles têm os afetos e as relações interpessoais pueris, com predomínio da vida em fantasia como tentativa de negar uma realidade frustrante e penosa. Insistentemente as pessoas histéricas estão a reclamar que ninguém as entende. Essa teatralidade é muito marcante, fazendo com que eles estejam sempre ensaiando e interpretando papéis que acredita adequados à si próprios. Os histéricos podem sentir todos os efeitos colaterais dos medicamentos, dificultando a adesão ao tratamento. Suas queixas ao exame pericial é que estão cada

vez pior, portanto, especial atenção a estas situações clínicas.

Apesar do perfil descrito e dos transtornos que o segurado somatoforme apresenta à perícia, seu prognóstico em termos de atividade laboral é bom, e em geral, não há incapacidade laborativa.

4.17 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 freqüentes. Distúrbios de sono estão quase sempre presentes, sendo freqüente a expressão de “acordar cansado como se não tivesse dormido”.

4.17.1 Conduta médico-pericial

Quando a Neurastenia é o CID principal, e o segurado é empregado (diferenciar do autônomo), os 15 dias fornecidos pela empresa são suficientes para a reversão do quadro.

4.18 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 conseqüências 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 [15].

O termo foi cunhado nos EUA, na década de 1970 pelo psiquiatra Herbert Freuderbergh [16], observando que vários profissionais com os quais trabalhava na recuperação de dependentes químicos, apresentavam no decorrer do tempo, queda de produção, desmotivação, distúrbios de humor, exaustão e desgaste físico e emocional evidente. O Dr Freuderbergh se inspirou quanto à denominação, no título de um romance do famoso escritor Graham Greene – “*A Burn Out Case*” (“Um Caso Liquidado”). Naquela década iniciou-se um processo de conscientização da importância de associar distúrbios psicoafetivos ao aumento de pressão, estresse e tipo de trabalho realizado, principalmente os que concernem à área de saúde, social e humana. Na gíria inglesa, “*Burnout*” identifica os “usuários de drogas que se deixam consumir pelo vício”. Literalmente, o termo expressa o sentido de “*Combustão Completa*”.

O perfil do atingido caracteriza-se em serem profissionais idealistas, exigentes, perfeccionistas, submetidos aos fatores acima relacionados e frustrados ou sobrecarregados cronicamente, diante de suas expectativas e responsabilidades profissionais.

Atualmente, existe consenso em assumir o modelo de *Síndrome De Burnout* com base em três dimensões descritas por Maslach & Jackson [17], ficando da seguinte forma:

- “*A Síndrome seria uma conseqüência de eventos estressantes que predispõe o indivíduo a vivenciá-la. Também seria necessária a presença de uma interação trabalhador–cliente, intensa e/ou prolongada, para que os sintomas se produzam.*”

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

insidiosamente e depende da série de fatores citados nos itens anteriores (prevalência, perfil, relação com cliente, etc...).

É importante citar que, apesar de os fatores predisponentes serem importantes, o profissional, mesmo submetido à sobrecarga de trabalho, ao estresse e pressões crônicas no âmbito profissional, quando tem sua 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*. [18]. Há muitos anos, organizações do trabalho já alertavam para a alta incidência de *Síndrome de Burnout* nos controladores de voo em todo mundo.

4.18.1 Conduta médico-pericial

Em geral este segurado está abaixo dos 45 anos, tem um bom perfil profissional e para ter o diagnóstico de *Burnout*, terá de estar empregado. O tratamento é principalmente psicoterápico, sendo por vezes necessário o uso de ansiolíticos e/ou antidepressivos, por algum tempo como coadjuvantes do tratamento base. O prognóstico dependerá de como este trabalhador agirá diante da doença. Em geral existem três caminhos:

1. Ao evidenciar a Doença, o indivíduo sai do emprego ou muda de função, setor, profissão, cargo, etc. Este não virá à Perícia médica.
2. Evidencia o transtorno e na impossibilidade de fazer o que sugere o item 1, reage, procura terapia, escapes como lazer/ hobbies, férias, licenças prêmio, apóia-se no que pode e consegue, e por vezes, vence o problema, ou se dá um tempo até que possa abandonar o trabalho que o adocece. Se vier à Perícia Médica será por prazo curto. Estes indivíduos são os que têm poucos fatores predisponentes, personalidade prévia sem antecedentes psiquiátricos, boa estrutura familiar, etc.
3. Evidencia o transtorno e por não poder, ou não conseguir, adocece física e psicicamente. Este será o segurado que virá à Perícia Médica.

Em geral este segurado entra em Auxílio-Doença Previdenciário (“B31”) e com um “CID Secundário”, ou seja, de um dos *sintomas* que acompanham o *Burnout*: estresse prolongado, neurastenia, depressão, etc). Este indivíduo, se bem acompanhado pelo seu psiquiatra assistente, terá o diagnóstico de *Burnout* firmado, e retornará para conversão de B31 em B91. Caberá então ao perito médico avaliar todo o exposto neste texto, para ratificar ou não o diagnóstico de *Síndrome de Burnout*. Uma vez ratificado é caso para Auxílio-Doença Acidentário (“B91”), indubitavelmente.

Quase invariavelmente, deve ser concedido o benefício, e deverá ser encaminhado à reabilitação Profissional, uma vez que seu problema se atém às funções que executa. O diagnóstico (CID) principal é Z73.0 e por vezes o CID secundário é Z60.5 (Assédio Moral), pois este quando existe, leva sem dúvida, à exaustão e estresse crônico e ao *Burnout*. Os dois CIDs são bastante interligados, embora nem sempre o *Burnout* venha como consequência do Assédio Moral, já tendo referido neste texto os fatores múltiplos predisponentes e eclosivos da síndrome em questão.

Tendo em vista que até o fechamento da presente edição desta Diretriz o CID Z73.0 ainda não constar na lista de notificações do Sistema SABI, sugere-se classificar o segurado em um diagnóstico do CID-10 compatível com os sintomas do segurado. Experiência profissional do Grupo de Trabalho tem utilizado diagnósticos como Depressão Grave, Sem Psicose (F32.2), e como CID secundário, Reação Prolongada ao Stress (F43.1).

4.19 Problemas relacionados ao ambiente social (Z60.0)

4.19.1 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 Assédio Moral é desvio do exercício do poder nas relações de trabalho”*.

Em geral a pessoa assediada é “escolhida” porque tem características pessoais que perturbam os interesses ou o psiquismo do elemento assediador. O Assédio por vezes é voltado a uma equipe, a um grupo de trabalho e até a grandes setores de empresas, não sendo apenas de caráter individual. Podemos ver os assediadores como transtornados psíquicos em áreas diversas tais como sexual, moral, social ou humana. O(a) assediador(a) usa como recursos frequentes e constantes contra o(a) assediado(a), atitudes como: muxoxos, dar de ombros, olhares de desprezo, risos de escárnio, recusa ao diálogo e comunicação, desvalorização do trabalho, ignora seus comentários e sugestões, exclusão das decisões ou das reuniões, xinga, grita, deprecia, zomba. Faz alusões malévolas à sua pessoa e põe em dúvida sua competência, honestidade, capacidade. Pode partir para os ataques pessoais, preconceituosos caluniosos apelidos pejorativos, referentes à sexualidade, grupo étnico racial, sexo, idade, aparência física, deficiências físicas. Obviamente, para caracterizar o quadro não é necessário constatar a presença de todos os itens citados. O que mais caracteriza é a frequência e a repetição destas condutas em período de tempo duradouro. Esta humilhação repetitiva e de longa duração, interfere na vida do assediado de modo direto, comprometendo sua identidade, dignidade e relações afetivas e sociais, ocasionando assim, graves danos à saúde física e mental do trabalhador, que podem evoluir para a incapacidade para o trabalho, desemprego, ou mesmo a morte por suicídio, constituindo um risco invisível, porém concreto nas relações e condições de trabalho.

O Assédio Moral também tem suas origens na própria organização do trabalho. Problemas organizacionais prolongados e não resolvidos, que entravam os grupos de trabalho e podem desencadear na busca, quase sempre injusta, de “bodes expiatórios”. Acrescente-se a precariedade de emprego e das relações de trabalho (por exemplo, precariedades dos vínculos empregatícios, a terceirização, a competitividade cega), o ritmo imposto pelo modelo econômico, e outros fatores que perversamente manipulados levam o trabalhador ao sofrimento e à humilhação.

EXEMPLO ILUSTRATIVO:

A Gerência Executiva de Niterói atendeu uma bancária com mais de 20 anos de bons serviços em um banco pequeno que foi comprado por um gigante do mercado. O novo gerente a colocou em serviço novo, sem treinamento, e a humilhava diariamente e publicamente, depreciando seu antigo vínculo, e a chamando de “burra e velha”. A segurada foi examinada em estado depressivo grave com ideação suicida e em estado de miséria moral e psíquica. Foi encaminhada ao CRP. Na ocasião a segurada já se encontrava em tratamento pelo ambulatório de psiquiatria da UFRJ, por equipe multidisciplinar que fez o diagnóstico de *Síndrome de Burnout* conseqüente de Assédio

Moral. Esta segurada veio amplamente documentada, com testemunhos escritos, laudos psiquiátricos e outros, para conversão de B31 para B91. Atualmente, a segurada encontra-se recuperada. Não quis voltar ao banco, abrindo mão da estabilidade e fazendo acordo com o mesmo. Mudou seu ramo de trabalho para a área de turismo por ser pessoa que fala bem inglês e francês. Através de seu Sindicato corre judicialmente o processo de indenização por danos morais.

4.19.1.1 Conduta Médico-Pericial

O Perito Médico deve saber que o terror psicológico não se confunde com o 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. O Assédio Moral ou “Mobbing” não é a agressão isolada, a descompostura estúpida, o xingamento ou a humilhação ocasional, frutos do estresse ou de explosão momentânea que em geral termina em pedidos de desculpa apertados de mão e arrependimento por parte do agressor.

Até o fechamento desta presente edição desta diretriz, o Assédio Moral também não constava na lista de notificações do Sistema SABI. No CID 10 é classificado pelo código Z60.5 (Alvo de Discriminação e Perseguição Percebidas). Neste caso o segurado desenvolverá quadros depressivos importantes, com baixa estima severa, medo, insegurança, ansiedade. Pode levar ao quadro de *Burnout*.

O CID, quando confirmado, incluirá o segurado em Auxílio-doença Acidentário (espécie B91). Neste caso, o CID principal será o da doença sintomatológica (Depressão; Transtornos fóbico-ansiosos; Reação prolongada ao estresse; Síndrome de Burnout e outros). O CID Z60.5 será o secundário. No caso, é o coadjuvante do transtorno psiquiátrico em questão. O tempo de afastamento seguirá o transtorno mental descrito no CID principal.

4.20 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 do tipo 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 às 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. Ex: 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

4.20.1 Personalidade Paranóica (F60.0)

Sensibilidade excessiva face às 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.

4.20.2 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.

4.20.3 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.

4.20.4 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.
- 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.

4.20.5 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.

4.20.6 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.

4.20.7 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.

4.20.8 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.

4.20.9 Outros transtornos específicos da personalidade (F60.8)

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

4.20.9.1 Conduta médico-pericial

É importante para a caracterização dos quadros de transtornos da personalidade, quaisquer que sejam, uma história clínica enfocando vários períodos da vida do examinado, pois, como foi visto, o início dos transtornos de personalidades dá-se na adolescência ou início da fase adulta, persistindo por toda a vida.

O exame psiquiátrico vai evidenciar principalmente traços de caráter, que evidentemente não serão verbalizados pelo examinado. A observação do comportamento no consultório, a fluência da fala, atitudes manipuladoras, atitude ansiosa, medrosa, postura pedante, de grandeza, auto-importância exagerada, olhares desconfiados para os vários pontos do consultório, etc, vão possibilitar a caracterização de um tipo de transtorno.

Uma vez diagnosticado, a fixação de DID deverá, com muita certeza, reportar-se à adolescência ou idade adulta jovem, quando se evidenciam os sinais.

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 DII no início dos sintomas dessas situações incapacitantes, que deverão ser o CID principal, ficando o transtorno

como CID secundário.

O período de afastamento, em caso de intercorrências psiquiátricas, deverá ser, geralmente, curto, capaz de permitir o restabelecimento da situação anterior. Lembrar que o transtorno de personalidade é permanente, não sofrendo alterações. Assim, passada a intercorrência, o indivíduo retorna ao seu padrão convencional.

Nas espécies 21 e 87 (BPC/LOAS) não cabe enquadramento, pois não há incapacidade para atividades da vida diária ou mesmo para atividades laborativas.

4.21 Retardo Mental (F70 a F79)

Introdução

Retardo mental adquire importância nas avaliações médico-periciais da Previdência Social principalmente face ao papel do médico-perito na avaliação para a concessão do Benefício de Prestação Continuada (BPC/LOAS). Em termos de Benefícios por Incapacidade, este quadro nosológico possui pouco impacto. Em levantamento realizado entre 11.255 benefícios da espécie B31 com diagnóstico classificado no Capítulo 5 da CID 10 (Transtornos Mentais) concedidos no ano de 2004 em cinco Gerências Executivas de diferentes regiões do país, foram detectados apenas 66 benefícios com diagnóstico de "Retardo Mental". Estes números permitem calcular uma Taxa de Incidência de 0,6 caso de Retardo Mental entre 100 novos benefícios/ano com diagnóstico de Transtornos Mentais.

Definição

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 três critérios:

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

Prevalência, causas e fatores de risco

Retardo Mental afeta cerca de 1 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.
- Estado socioeconômico: desnutrição, pouca estimulação, que ocorre em áreas desprovidas das experiências culturais e ambientais normalmente oferecidas às crianças.

Diagnóstico

História Clínica

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).

Exame Psiquiátrico

- Manter uma atmosfera de calma, visando a obter a cooperação do examinado.
- Evitar perguntas diretas que possam induzir respostas por parte do examinado.
- Avaliar as capacidades verbais, incluindo a de entender e se expressar.
- Avaliar as funções de atenção, percepção, memória, orientação e juízo da realidade.
- Avaliar a capacidade de controle sobre instintos motores, agressivos e sexuais.

Exame Físico

Inspeção:

- Cabeça: morfologia e perímetro cefálico (microcefalia, macrocefalia, hidrocefalia, etc).
- Face: verificar simetria, conformação do nariz. Implantação de orelhas, exame da cavidade oral (ex: hipertelorismo, nariz achatado, sobrancelhas proeminentes, pregas epicânticas, opacidades da córnea, alterações retinianas, orelhas rebaixadas e pequenas ou deformadas, língua protusa e distúrbios na dentição).
- Outros: cor e textura da pele e do cabelo, tamanho da glândula tireóide, desenvolvimento e trofismo da criança, de seu tronco e extremidades. Linha das mãos

Exame Neurológico

- Anormalidades do tônus muscular (espasticidade ou hipotonia), dos reflexos (hiper-reflexia) e dos movimentos involuntários (coroatetose).
- Prejuízo na coordenação motora.

- Dificuldades auditivas e visuais.
- RX do crânio, tomografias computadorizadas, ressonância magnética.

Exames Complementares

- Laboratoriais: Urina e sangue para transtornos metabólicos.
- Genéticos: determinação de cariótipo (transtorno cromossômico), pesquisa de DNA.
- Neuro-radiológicos: RX do crânio, tomografias computadorizadas, ressonância magnética, EEG, potenciais evocados, audiometria.
- Exames de avaliação Psicológica e psicométricos

Classificação

4.21.1 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 freqüente 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.
- 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

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

Neste grupo são freqüentes 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:

- 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.
- Tem correlação com graves alterações neurológicas e outros problemas físicos.

Nestas situações a atividade laborativa é incompatível pelas habilidades adaptativas extremamente afetadas

4.21.2.1 Conduta médico-pericial

Em alguns casos, o perito percebe de imediato que será necessária a presença de um acompanhante, para prestar informações. A história clínica deve determinar, obrigatoriamente, a época do aparecimento dos sinais, o estado psiquiátrico anterior a

este início e um possível fator correlacionado. Em poucos casos há dificuldade na avaliação, sendo preciso fazer diagnósticos diferenciais.

O Retardo Mental é uma condição já presente desde o nascimento ou adquirido precocemente até os 18 anos. Diferenciar dos quadros demenciais, que são prejuízos cognitivos ocorridos a partir da idade adulta, em indivíduo aparentemente normal.

A determinação etiológica, se difícil, não deve deixar o perito desesperado, já que o objetivo é determinar a capacidade laborativa, desde quando e até quando. A classificação precisa a partir de Retardo Mental moderado para profundo pode não ser imperiosa, pois do ponto de vista prático, tanto Retardo Mental Moderado quanto o Grave e o Profundo levariam às mesmas conclusões em relação aos diversos benefícios.

Espécies correlatas de Benefícios por Incapacidade

Espécie 21- pensão por morte

O objetivo da perícia é avaliar a existência de invalidez em dependente maior

Retardo mental leve - o perito deve levar em conta as habilidades adaptativas e a possibilidade de exercer uma atividade laborativa. Se o nível de atuação e independência do indivíduo estiver dentro de padrões considerados, não há enquadramento.

Retardo mental Moderado, Grave e Profundo devem ser enquadrados.

Espécie 31- auxílio doença previdenciário

O objetivo da perícia é avaliar a existência de incapacidade laborativa temporária

Retardo Mental leve - há compatibilidade com atividades laborativas de pequena complexidade intelectual. No entanto, se houver a ocorrência posterior de uma outra doença, por exemplo, num quadro psicótico, a DID e DII deverão ser fixadas levando-se em consideração esta ocorrência, que deverá ser o CID principal, enquanto o Retardo Mental leve deverá ser o CID secundário.

Retardo Mental moderado, grave ou profundo: são incompatíveis com profissões remuneradas. Observar a possibilidade de inscrição no RGPS com doença e incapacidade pré-existente.

Espécie 87 - Benefício por Prestação Continuada (BPC/LOAS):

Retardo Mental leve: levar em consideração as habilidades adaptativas. Na maioria dos casos não há enquadramento.

RM moderado, grave ou profundo: enquadram-se.

Na maioria das vezes, o perito não terá, à sua disposição exames laboratoriais, testes psicológicos e outros, para subsidiar sua avaliação. Daí, o valor insubstituível de uma boa história clínica, de um bom exame físico, mesmo que o quadro esteja muito evidente, pois há outros transtornos psiquiátricos que podem induzir a um examinador apressado a diagnóstico equivocado. Temos, por exemplo, quadros de esquizofrenia hebefrênica e mesmo transtornos dissociativos, que podem simular Retardo Mental em seus variados níveis.

5 GLOSSÁRIO

Abulia/Hipobulia: Ausência/diminuição da vontade, da capacidade de agir, do poder volitivo.

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

Afasia: Incapacidade de expressar-se verbalmente.

Anedonia: Incapacidade de sentir prazer.

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.

Conversão: Somatização de transtornos psíquicos como paralisção, cegueiras, mudez e outras. Também chamada de histrionismo ou histerismo.

Disartria: Dificuldade nas articulações das palavras.

Disfemia: Gagueira, tartamudez.

Discinesia: Alteração dos movimentos voluntários; manifestação colateral de uso continuado de neurolépticos (Discinesia Tardia).

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.

Elação: Exacerbação do humor compatível com o estado maníaco.

Frenocômio: instituição psiquiátrica

Histrionismo: Teatralidade, exuberância na manifestação sintomática.

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

Neurastenia: Estado de fraqueza física e psíquica.

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

Oligofrenia: Retardo Mental.

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

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

Tenacidade: persistência numa ação ou idéia coerente.

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

6 ANEXO 1: METODOLOGIA PARA DETERMINAÇÃO DO GRAU DE INCAPACIDADE E SUGESTÕES DE PRAZOS DE AFASTAMENTO

O método do “painel de experts” consistiu em 10 etapas iniciais e foi desenvolvido para cada grau de intensidade (leve, moderada e grave) de cada transtorno mental revisado na diretriz. As seguintes etapas foram cumpridas por cada “expert” e depois compiladas em uma medida final:

1. Determinação do Grau de Comprometimento por AVD: cada transtorno mental se encontra classificado em leve, moderado e grave. Deverá o expert determinar o grau de comprometimento de cada AVD por transtorno e intensidade do mesmo, de acordo com a seguinte escala:
 - Nenhuma incapacidade: Valor 0
 - Incapacidade leve: Valor 1
 - Incapacidade marcada: Valor 2
 - Incapacidade extrema: Valor 3
2. Determinação do Grau de Comprometimento por Funcionamento Social de acordo com a mesma escala acima
3. Determinação do Grau de Comprometimento por Concentração de acordo com a mesma escala acima
4. Determinação do Grau de Comprometimento por Adaptação de acordo com a mesma escala acima

Cumpridas as etapas acima por parte dos experts, foi elaborado um indicador chamado de “Grau de Comprometimento Médio Global” a partir dos seguintes cálculos:

1. Cálculo do Valor Médio do grau de comprometimento das AVD’s por Expert (μ_{exp}):
 - Média AVD Expert ($\mu_{\text{expert}} = \sum \text{notas de cada AVD} / 10 \approx 0 - 3$)
2. Cálculo do Valor Médio Global de comprometimento das AVD’s (VMG_{AVD}):
 - $\text{VMG}_{\text{AVD}} = \sum \mu_{\text{expert}} / \sum \text{experts}$
3. Cálculo do Valor Médio Global de comprometimento por Funcionamento Social (VMG_{FSoc}):
 - $\text{VMG}_{\text{FSoc}} = \sum \text{Comprometimento de Função Social} / \sum \text{experts}$
4. Cálculo do Valor Médio Global de comprometimento por Concentração (VMG_{Conc}):
 - $\text{VMG}_{\text{Conc}} = \sum \text{Comprometimento de Concentração} / \sum \text{experts}$
5. Cálculo do Valor Médio Global de comprometimento por Adaptação (VMG_{Adap}):
 - $\text{VMG}_{\text{Adap}} = \sum \text{Comprometimento de Adaptação} / \sum \text{experts}$
6. Cálculo do Grau de Comprometimento Global (GCG):
 - $\text{GCG} = (\text{VMG}_{\text{AVD}} + \text{VMG}_{\text{FSoc}} + \text{VMG}_{\text{Conc}} + \text{VMG}_{\text{Adap}}) / 4$

O Grau de Comprometimento Global por intensidade (leve, moderada e grave) de cada transtorno mental incluído na diretriz torna-se então um indicador de aproximação (“proxy”) do Grau de Incapacidade. Finalmente, o Grau de Incapacidade determinará a incapacidade para o trabalho. Esta será temporária ou definitiva, devendo na primeira ser definido o tempo de afastamento.

O tempo de afastamento do trabalho é definido como “o tempo mínimo ótimo necessário para a resolução de um processo clínico que resultou em incapacidade para o trabalho habitual, utilizando-se de técnicas de diagnóstico e tratamento padronizadas e aceitas pela comunidade médica e assumindo-se o mínimo de demora na assistência à

saúde do trabalhador” [19]. O tempo de afastamento do trabalho assume que o trabalhador está incapacitado de realizar tarefas e deveres profissionais e está recebendo assistência médica. Conceitualmente, é o tempo de recuperação funcional suficiente para o desempenho de tarefas profissionais do trabalhador.

A diretriz assume que o tempo de afastamento do trabalho também está sujeito a fatores de origens *ocupacionais* (inerentes da própria atividade laborativa do trabalhador, por exemplo, funções que impliquem riscos para si e/ou para terceiros), *sociais* (p.ex.: restrições no mercado de trabalho) e de *morbidades* (p.ex.: co-morbidades), que agravam ou atenuam a própria incapacidade para o trabalho. Tais fatores encontram-se resumidos em quadros ao final da diretriz (ver anexos: “Quadros de Verificação de Grau de Incapacidade e Sugestões de Prazos de Afastamento Considerando Fatores Agravantes e Atenuantes”) e que, somados às informações sobre o grau de incapacidade e às sugestões de prazo de afastamento, deverão ser utilizados pelos médicos peritos como guias de consulta e apoio à decisão final quanto ao tempo de afastamento do segurado examinado.

Além disso, e de forma complementar às informações existentes nos quadros de verificação de grau de incapacidade, encontram-se informações sobre prazos de benefícios concedidos por transtorno mental, com base em estudos de séries estatísticas desenvolvidos pelo Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA/MP) conjuntamente com a Secretaria de Políticas da Previdência Social (SPPS/MPS).

7 ANEXO 2: Quadros de verificação de grau de incapacidade e sugestões de prazos de afastamento considerando fatores agravantes e atenuantes

7.1 Transtornos Mentais Orgânicos

Doença	Grau de incapacidade	Fatores Agravantes			Fatores Atenuantes			Sugestão de Prazo Diretriz
		Ocupacionais	Morbidades	Sociais	Ocupacionais	Morbidades	Sociais	
Demência na doença de Alzheimer (F00)	Total		Doenças psiquiátricas e neurológicas pré-existentes	Idade avançada				Limite indefinido. Possibilidade de majoração de 25% (Artigo 45, Anexo 1, Dec. 3.048/99)
Demência Vascular não-especificada (F01.9)	Total							Limite indefinido. Possibilidade de majoração de 25% (Artigo 45, Anexo 1, Dec. 3.048/99)
Demência na Doença de Parkinson (F02.3)	Total							Limite indefinido. Possibilidade de majoração de 25% (Artigo 45, Anexo 1, Dec. 3.048/99)

7.1.1 Transtornos Mentais Orgânicos (Continuação)

Doença	Grau de incapacidade	Fatores Agravantes			Fatores Atenuantes			Sugestão de Prazo Diretriz
		Ocupacionais	Morbidades	Sociais	Ocupacionais	Morbidades	Sociais	
Doença causada pelo vírus HIV (F02.4)	Total							Limite indefinido. Possibilidade de majoração de 25% (Artigo 45, Anexo 1, Dec. 3.048/99)
Epilepsia (G40)	Depende da ocupação	Atividades de risco (operação de máquinas, vigilância armada, direção de veículos, trabalhos em andaimes/alturas, etc...). Trabalho rural com uso de instrumentos cortocontusos/contundentes. Exposição a luzes estroboscópicas (Oligofrenias, Esquizofrenia.	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

7.2 Dependências Químicas

Doença	Grau de incapacidade	Fatores Agravantes			Fatores Atenuantes			Sugestão de Prazo Diretriz
		Ocupacionais	Morbidades	Sociais	Ocupacionais	Morbidades	Sociais	
Alcoolismo (F10)	F10.0 a F10.1: ausência de incapacidade; F10.2 a F10.7: existe incapacidade	Trabalhos com substâncias voláteis e inflamáveis (p.ex: frentistas) Trabalhos de riscos individuais e coletivos	Hepatopatias, polineuropatias, diabetes, cardiopatias, distúrbios nutricionais, epilepsias, outros transtornos mentais	Dependência cruzada com outras drogas. Não frequentar grupos de auto-ajuda			Frequentar grupos de auto-ajuda (bom prognóstico) Apoio familiar, ambiente protegido.	F10.0 a F10.1: indeferimento. Conforme os fatores atenuantes ou agravantes o prazo é variável desde prazos curtos até limite indefinido.
Opiáceos, Sedativos e Hipnóticos (F11 e F13)								
Cocaína e Crack (F14)	Semelhante ao alcoolismo							

7.2.1 Dependências Químicas (Continuação)

Doença	Grau de incapacidade	Fatores Agravantes			Fatores Atenuantes			Sugestão de Prazo Diretriz
		Ocupacionais	Morbidades	Sociais	Ocupacionais	Morbidades	Sociais	
Outros Estimulantes, Cafeína e Tabaco (F15 e F17)	Semelhante ao alcoolismo							
Perturbadores do SNC (F12, F16, F18)	Geralmente não há incapacidade, a não ser em grandes usuários.			Dependência cruzada.				Desde indeferimento a períodos curtos.
Dependência de Ação Mista (Cruzada) (F19)								

7.3 Esquizofrenias e Transtornos Esquizotípicos

Doença	Grau de incapacidade	Fatores Agravantes			Fatores Atenuantes			Sugestão de Prazo Diretriz
		Ocupacionais	Morbidades	Sociais	Ocupacionais	Morbidades	Sociais	
Esquizofrenias (F20 – F20.4)	Total	<p>Mau ajustamento ocupacional</p> <p>Observar se o segurado tem múltiplos vínculos empregatícios e fugazes ou esteve longo tempo desempregado.</p> <p>História de múltiplas funções.</p>	<p>Demora no diagnóstico;</p> <p>Início insidioso</p> <p>Internações frenocômicas;</p> <p>Abandono de tratamento</p> <p>Tratamento errado, inadequado abandonado ou descontínuo</p> <p>Uso de drogas</p> <p>Epilepsia</p> <p>Cronicidade</p> <p>Mais de dois surtos na vida.</p>	<p>Preconceitos, ignorâncias;</p> <p>Deficiências da assistência médica pública.</p> <p>Abandono e descaso familiar.</p> <p>Solidão.</p> <p>Baixo nível sócio-econômico.</p>	Bom nível de atividades ocupacionais pré-mórbidas	<p>Sexo feminino com início agudo.</p> <p>Não hospitalização.</p> <p>Diagnóstico e tratamento precoce</p> <p>Ausência de co-morbidades (drogas, álcool, epilepsia).</p>	<p>Inclusão social e laboral.</p> <p>Apoio afetivo.</p>	Benefícios longos (DCB de um ano), conforme os agravantes ou atenuantes, até limite indefinido.

7.4 Transtornos do Humor (afetivos)

Doença	Grau de incapacidade	Fatores Agravantes			Fatores Atenuantes			Sugestão de Prazo Diretriz
		Ocupacionais	Morbidades	Sociais	Ocupacionais	Morbidades	Sociais	
Hipomania(F30)	Ausência de incapacidade							
Mania sem sintomas psicóticos (F30.1)	Ausência de incapacidade							
Mania com sintomas psicóticos (F30.2)	Há incapacidade							DCB até 60 dias.
Transtorno Afetivo Bipolar (F31.1 a F31.3)	Há incapacidade		Hereditariedade Sexo Feminino Doenças endócrinas Ciclagem rápida Sintomas psicóticos e/ou delírios Gesto e ato suicida	Uso de álcool e drogas ilícitas		Adesão efetiva ao tratamento.	Apoio familiar e no local de trabalho.	DCB até 120 dias

7.5 Episódios Depressivos

Doença	Grau de incapacidade	Fatores Agravantes			Fatores Atenuantes			Sugestão de Prazo Diretriz
		Ocupacionais	Morbidades	Sociais	Ocupacionais	Morbidades	Sociais	
Episódio Depressivo Leve (F32.0)	Ausência de incapacidade							Indeferimento
Episódio Depressivo Moderado (F32.1)	Há incapacidade condicionada ao ajuste da medicação	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 contínuo.		DCB até 60 dias.
Episódios Depressivos Graves (F32.2) (F32.3)		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		DCB até 180 dias conforme fatores agravantes ou atenuantes

7.6 Episódios Depressivos Recorrentes

Doença	Grau de incapacidade	Fatores Agravantes			Fatores Atenuantes			Sugestão de Prazo Diretriz
		Ocupacionais	Morbidades	Sociais	Ocupacionais	Morbidades	Sociais	
Episódios Depressivos Recorrentes (F33.0, F33.1, F33.2, F33.3)	Moderado a total (Observar recorrência de benefícios no mesmo CID)	Atividades perigosas com risco para si e para terceiros.	Freqüência dos episódios (mais do que um no espaço de um ano) Ato ou gesto suicida Sintomas psicóticos persistentes	Idade avançada Baixo nível sócio-cultural	Produção nos intervalos intercríticos Atividade protegida	Tratamento correto e contínuo por psiquiatra	Faixa etária laborativa Bom nível sócio-cultural Apoio familiar	DCB por no mínimo 180 dias podendo chegar a R2 ou LI conforme os fatores agravantes ou atenuantes.

7.7 Transtornos Persistentes do Humor

Doença	Grau de incapacidade	Fatores Agravantes			Fatores Atenuantes			Sugestão de Prazo Diretriz
		Ocupacionais	Morbidades	Sociais	Ocupacionais	Morbidades	Sociais	
Ciclotimia (F34.0)	Não há incapacidade							Indeferimento
Distimia (F34.1)	Não há incapacidade							Indeferimento.

7.8 Transtornos Neuróticos

Doença	Grau de incapacidade	Fatores Agravantes			Fatores Atenuantes			Sugestão de Prazo Diretriz
		Ocupacionais	Morbidades	Sociais	Ocupacionais	Morbidades	Sociais	
Agorafobia (F40.0)	Não há incapacidade							Indeferimento
Fobia Social (F40.1)	Não há incapacidade							Indeferimento
Fobias específicas (F40.2)	Não há incapacidade							Indeferimento
Transtorno de Pânico (Ansiedade Paroxística Episódica) (F41.0)	Há incapacidade	Atividades de risco individual ou para terceiros	Ausência de tratamento adequado			Tratamento psicoterápico com antidepressivos		DCB até 60 dias ou DCI com encaminhamento à reabilitação profissional conforme risco ocupacional.
Transtorno de Ansiedade Generalizada (F41.1)	Não há incapacidade							Indeferimento
Transtornos mistos de ansiedade e depressão (F41.2)	Não há incapacidade							Indeferimento.

7.8.1 Transtornos Neuróticos (continuação)

Doença	Grau de incapacidade	Fatores Agravantes			Fatores Atenuantes			Sugestão de Prazo Diretriz
		Ocupacionais	Morbidades	Sociais	Ocupacionais	Morbidades	Sociais	
Transtorno obsessivo compulsivo (F42)	Raramente há incapacidade laborativa		Lesões autoprovocadas por condutas obsessivas e compulsivas					DCB até 30 dias para o tratamento das complicações das lesões autoprovocadas.
Reação ao estresse grave e transtornos de ajustamento (F43)								
Reação Aguda ao Estresse (F43.0)	Pode haver incapacidade							DCB até 30 dias.
Transtorno de Estresse Pós Traumático (F43.1)	Existe incapacidade		Associação com outros transtornos psiquiátricos (principalmente depressão)	Qualidade e intensidade do agente agressor Possibilidade e/ou proximidade com a agente agressor ou estressógeno.				Entre três e doze meses. Observação: casos acima de 12 meses podem incorrer em CID F62.0 (ver texto)

7.8.2 Transtornos Neuróticos (continuação)

Doença	Grau de incapacidade	Fatores Agravantes			Fatores Atenuantes			Sugestão de Prazo Diretriz
		Ocupacionais	Morbidades	Sociais	Ocupacionais	Morbidades	Sociais	
Transtornos de Adaptação (F43.2)	Pode haver incapacidade		Personalidade prévia psiquiátrica Gravidade dos sintomas apresentados	Grau de influência e gravidade do evento na vida da pessoa Idosos			Apoio familiar Trabalhadores jovens	DCB 30 a 120 dias
Transtornos dissociativos ou conversivos (F44)	Não há incapacidade							Indeferimento
Transtornos somatoformes(F45)	Não há incapacidade							Indeferimento
Síndrome de Burnout (Z73.0)	Há incapacidade	Profissionais de saúde, controladores de voo, bancários, professores, policiais	Personalidade prévia psiquiátrica	Ausência de apoio familiar e no trabalho		Ausência de personalidade prévia	Apoio familiar e profissional	DCB até 180 dias ou DCI com encaminhamento à reabilitação profissional
Problemas Relacionados ao Ambiente Social (Z60.0)	Há incapacidade						Apoio familiar e no ambiente de trabalho	DCB até 120 dias.

8 ANEXO 3: ASPECTOS JURÍDICOS E MÉDICO-LEGAIS DA CURATELA E DA ALIENAÇÃO MENTAL E SUAS REPERCUSSÕES NA PRÁTICA MÉDICO-PERICIAL DA PREVIDÊNCIA SOCIAL

8.1 Curatela

Em 10 de janeiro de 2002 a Lei 10.406 do 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 artigo 1767, define quem, em razão de sua incapacidade, está sujeito à curatela:

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

Alguns comentários:

O inciso I mostra a substituição da expressão “*loucos de todo gênero*” que em nenhuma hipótese deve mais ser usada pelo perito médico ou por quem for.

O inciso II engloba ainda os surdos mudos que não tenham recebido educação apropriada para conseguir exprimir sua vontade.

Conforme o inciso V, “*Prodigalidade, é a prática de gastos imoderados, de dissipação, sem finalidade produtiva ou desastrosamente planejada*”. Trata-se de um conceito jurídico, pois embora transtornos psiquiátricos possam com freqüência ser 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.

O 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 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 Ministério Público, *conforme o Artigo 1.177 do Código de Processo Civil*.

Quem decreta a interdição?

Somente o Juiz de Direito, que nomeará o curador, e o indivíduo passará a ser interdito, *conforme o Artigo 1.183 do Código de processo Civil parágrafo único*. 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 no caso, de obrigatoriamente 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:

Artigo 3º do novo Código Civil:

“São absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil

- *Os menores de dezesseis anos;*
- *Os que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para a prática desses atos;*
- *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.

Artigo 4º do novo Código Civil:

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

- *os maiores de desesseis anos e menores de dezoito anos;*
- *os ébrios habituais, os viciados em tóxicos, e os que, por deficiência mental, tenham o discernimento reduzido;*
- *os excepcionais sem o desenvolvimento mental completo;*
- *os pródigos.”*

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

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

Não. A avaliação médico pericial é livre, e, como vimos 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.

8.2 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, dependendo de terceiros para a realização dos mesmos.

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

- Transtorno intelectual das funções mentais deforma 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;

- 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;
- Oligofrenia grave. Retardo mental profundo.

Doenças que podem cursar com alienação mental:

- Psicoses afetivas;
- Psicoses epilépticas;
- Psicoses pós-traumáticas;
- Psicoses orgânicas graves crônicas;
- Oligofrenias moderadas.

Doenças que não cursam com alienação mental:

- Transtornos neuróticos e de personalidade;
- Transtornos sexuais;
- Dependência ao álcool, drogas e outras psicoses orgânicas;
- Oligofrenias leves;
- Reações de ajustamento e ao estresse;
- 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? Porquê está? Noções de tempo e espaço e de pessoa. O alienado não tem;
- Sensopercepção: 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 nexos 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 4: 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 de que o perito médico não psiquiatra saiba a denominação e 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, serão relacionados os quatro 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 médico perito 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 dividem-se em:

Antipsicóticos
Estabilizadores do Humor
Antidepressivos
Ansiolíticos, sedativos e hipnóticos

9.1 Antipsicóticos

Recebiam o nome de “tranqüilizantes 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 9.1: Antipsicóticos Convencionais

Denominação Convencional	Denominação Comercial
Haloperido	Haldol
Pimozida	Orap
Clorpromazina	Amplictil
Tioridazina	Melleril
Flufenazina	Anatensol
Tiotixeno	Navane
Trifluoperazina	Stelazine

Tabela 9.2: Antipsicóticos Atípicos

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

9.2 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 9.3: Medicamentos estabilizadores do humor de primeira linha

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

Tabela 9.4: 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.

9.3 Antidepressivos

São utilizados como medicação de eleição para os estados depressivos de forma geral. Seu uso para ser eficaz, nunca é breve, variando de quatro semanas a tempo indeterminado. É comum o uso por mais de um 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 9.5: 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 9.6: Antidepressivos inibidores seletivos da recaptação da Serotonina (ISRS), da Dopamina e da Norepinefrina

Denominação Convencional	Denominação Comercial
Citalopram	Cipramil, Deryl
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

9.4 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 9. 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
Cloxacolan	Olcadil
Bromazepam	Lexotan, Somalium.

Tabela 9.8: 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 da ansiedade e suas manifestações, exceto as relacionadas aos distúrbios do sono, para os quais são altamente eficazes.

10 ANEXO 5: 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 características 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 cinco e quinze 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 freqüente 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 conseqüências do tratamento. Com freqüência, 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 10.1: 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	Freqüente	Raro
Resposta aos anticonvulsivante	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.**

11 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Viana, A.L.V., *Estratégias de Políticas Públicas de Extensão da Proteção Social em Saúde e Principais Marcos Teóricos*. 2003: Brasília. p. 49.
2. Melo, A.Z., *Os Princípios da Seletividade e Distributividade no Sistema Brasileiro de Proteção Social*. Previdência em Dados, 1996. **11**(2): p. 17-29.
3. Fleury, S., *Estado sem Cidadãos - Seguridade Social na América Latina -*. 1a. ed. Vol. 1. 1994, Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. 251.
4. Antunes, R., *Adeus ao Trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a Centralidade do Mundo do Trabalho*. 8a. ed. Vol. 1. 2002, São Paulo: Cortez Editora. 199.
5. Munich, R., *Assessing Disability: an international comparison*. 2004, Münchener Rückversicherungs-Gesellschaft: München. p. 52.
6. Kaplan, H.I. and B.J. Sadock, *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 6th. ed. 1995: Williams & Wilkins.
7. Menezes, J.S.R., *Simulação em Perícias Médicas Judiciais*. 2005.
8. APA, A.P.A., *DSM IV. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. 4a. ed. 1995, Porto Alegre: Artes Médicas.
9. Cavalcante, A.M., *simulação, a mentira da dor*. 2000, Psychiatry on line Brazil.
10. OMS, O.M.d.S., *CID-10 Classificação dos transtornos mentais e de comportamento da CID 10*. 1993, Porto Alegre: Artes Médicas.
11. Kaplan, H.I., B.J. Sadock, and J.A. Grebb, *Compêndio de Psiquiatria*. 7a. ed. 1997, Porto Alegre: Artes Médicas.
12. Ballone, G.J., *PsiquWeb - Psiquiatria Geral*. 2007, GJ Ballone.
13. APA, A.P.A., *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM IV*. 4th. ed. 1994, Washington, DC: APA.
14. Silva-Barbosa, A.B., *Mentes com medo*. 1a. ed. 2006, Rio de Janeiro: Editora Enterprise.
15. Maslach, C., W.B. Schaufeli, and M.P. Leiter, *Job Burnout*. Annual Review of Psychology, 2001: p. 397.
16. Freudenbergh, H., *Staff burn-out*. Journal of Social Issues, 1974. **30**(1): p. 159-165.
17. Maslach, C. and Jackson, *Manual MBI, Inventário Burnout de Maslach*. 1997, Publicaciones de Psicologia Aplicada: Madrid.
18. Limongi-França, A.C. and A.L. Rodrigues, *Stress e trabalho: uma abordagem psicossomática*. 2a. ed. 1999, São Paulo: Editora Atlas. 154.
19. INSS, *Tiempos Estándar de Incapacidad Temporal*. 2002, Instituto Nacional de la Seguridad Social: Madrid. p. 89.