

HILDA C. P. MORANA

HILDA C. P. MORANA

hildacpm@uol.com.br

PROTOCOLO DE AVALIAÇÕES PERICIAIS PSIQUIÁTRICAS em PERÍCIA ADMINISTRATIVA.

HILDA C.P.MORANA

- Morana, H. - Protocolo de Avaliações Periciais Psiquiátricas em Perícia Administrativa, *ARQ. PSIQ. NEUROL. MED. LEGAL*, 2005; 99 (3): 43-54. Rio de Janeiro.2005

Perícias Psiquiátricas

- Há uma grande tendência para contestação do nexo por parte das empresas, sobre a questão das perícias psiquiátricas, o que fatalmente desemboca na necessidade da opinião de um especialista —quer para comprovar que, sim, há nexo quer para debelá-lo.

Resta a questão da grande carência de médicos psiquiatras entre os peritos dos INSS, e a pouca familiaridade dos médicos do trabalho com as doenças mentais.

- Os transtornos mentais/ Psiquiátrico respondem pela terceira causa de afastamento do trabalho, desde o ano de 2007, de acordo com levantamentos realizados pela OMS.
- Perdem apenas para as Dorts, que são síndromes do sistema osteomuscular relacionados ao trabalho, e as lesões traumáticas (membros feridos ou quebrados).
- Os Transtornos Mentais constituem cinco das 10 principais causas de incapacitação no mundo
- A depressão ocupa o quarto lugar dos afastamentos, sendo responsável por 13% das incapacitações no mundo
- Pesquisa feita pelo Laboratório de Saúde do Trabalho, do Departamento de Psicologia Médica da Unicamp, mostra que 19,6% dos afastamentos por mais de 15 dias, em 2011, tiveram como causas os distúrbios psiquiátricos.

No trabalho/ Muitas vezes as doenças emocionais se desenvolvem a partir do que se chama de estresse ocupacional.

“É causado por vários fatores e obviamente pelo excesso de trabalho”, afirma Duílio Antero de Camargo

- A doença psiquiátrica apresenta uma nítida tendência ascendente em termos de afastamento do trabalho.

- **Depressão e ansiedade são as principais causas de adoecimento e afastamento do trabalho - 13/04/2017**

Depressão e ansiedade são a segunda maior causa de adoecimento relacionado ao trabalho no Brasil – perdem apenas para os casos de LER/DORT (Lesão por Esforço Repetitivo/Distúrbio Osteo Muscular Relacionado ao Trabalho). Somadas, as duas doenças, representam 49% de todos os casos classificados como transtornos mentais que surgiram ou se agravaram nos ambientes de trabalho. Por esse motivo, a Campanha Nacional de Prevenção de Acidentes de Trabalho do Abril Verde deste ano decidiu dar ênfase ao problema, que é também um dos principais motivos de afastamento do emprego.

INCIDENCIA DE DOENÇA MENTAL

Entre os trabalhadores na população mundial: Cerca de 30% de DM menores e 5 a 10% de DM graves (OMS,2001);

Os leves causam perdas anuais de 4 dias de trabalho e os casos graves 200 dias.

No Brasil: a concessão de benefícios previdenciários por incapacidade temporária para o trabalho: DM é a 3ª causa superada apenas pelos acidentes e doenças osteomusculares (Boff et al, Porto Alegre. 2002);

No Brasil: mais de 100 mil pessoas afastam-se todos os anos do trabalho devido a DM (MPAS,2007);

- (UnB) realizou um pesquisa para analisar os freqüentes afastamentos no ambiente do serviço.
- A revelação é que 48,8% dos trabalhadores que se afastam por mais de 15 dias do trabalho sofrem com algum problema de saúde mental, sendo que o principal motivo é a depressão.
- Constatou-se que 99% dos benefícios concedidos do INSS para trabalhadores que sofreram transtornos mentais foram relacionados a problemas na vida pessoal, e não ao trabalho.
- Pesquisadores da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB observaram quatro ramos de atividades: financeiros (bancários), fabricação de produtos químicos, fabricação de produtos de metal e metalurgia básica.
- Índices mostraram que os bancários correm mais riscos de se afastarem do trabalho por mais de 15 dias consecutivos do que as outras profissões analisadas. *As informações são do Jornal de Brasília de 29 de março de 2004*

PREVALÊNCIA DE DOENÇA MENTAL

- Os levantamentos epidemiológicos realizados na comunidade no Brasil apontam para uma prevalência aproximada de transtornos mentais de 30% da população adulta, no período de um ano,
- cerca de 20%, ou seja, 1/5 da população adulta, demanda algum tipo de atenção em saúde mental num período de 12 meses.
- Os transtornos mentais perfazem cerca de 14% da sobrecarga da doença, mas recebem apenas 2% do que é direcionado para o financiamento da saúde.
- Entre as dez condições de maior incapacidade no mundo todo (estimadas pelos YLDs), cinco são devidas a Transtornos Mentais:
 - Depressão e Estresse
 - Dependência do Álcool,
 - Esquizofrenia,
 - Transtorno Afetivo Bipolar
 - Transtorno Obsessivo Compulsivo

Doenças mentais são as que mais afastam do trabalho.

As doenças mentais são responsáveis por cinco das dez principais causas de afastamento do trabalho no País - sendo a primeira delas a depressão -,

- o que representa um gasto de R\$ 2,2 bilhões por ano,
- o equivalente a 19% dos custos com salário-doença pagos pela Previdência Social a um universo de 1,5 milhão de pessoas.
- Os números aparecem num levantamento sobre a infra-estrutura dos serviços de saúde mental no Brasil feito pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) em parceria com o Ministério da Saúde e a Organização Mundial da Saúde (OMS).

- A relação entre saúde mental e trabalho abrange desde o mal-estar no trabalho, o sofrimento mental advindo das vivências subjetivas no seu cotidiano e a doença mental propriamente dita.
- A responsabilidade dos médicos peritos, em especial dos psiquiatras, é muito grande, devendo esses profissionais zelar pela correta avaliação e repercussão da doença na vida do periciado, para que não haja benefício indevido nem negação de direito legítimo

INCAPACITAÇÕES NO MUNDO

- DEPRESSÃO 13%
- ALCOOLISMO 7,1%
- ESQUIZOFRENIA 4%
- TRANSTONO BIPOLAR 3,3%
- TOC 2,8%

- Total 31% DOS ANOS VIVIDOS COM INCAPACITAÇÃO

- LAURA HELENA SILVEIRA GUERRA DE ANDARDE

PERITOS DO INSS X SIMULAÇÃO

- peritos do INSS afirmam que um certo grau de desconfiança contra a simulação será sempre necessário.
- **MENTIRA!!!!**
- **O PERITO ESTÁ PARA AVALIAR SE A DOENÇA FAZ JUS AO BENEFÍCIO.**
- Tem que ser perito em diagnóstico.

Classificação de Schilling

Verificação donexo causal

grupo I

as típicas "doenças profissionais". Ex: neurointoxicações ocupacionais.

grupo II

o trabalho pode ser um **fator de risco que contribui**. Ex: transtorno do estresse pós-traumático (F43.1)

grupo III

o trabalho **é** um desencadeador de um **distúrbio latente**. Ex: episódios depressivos (F32.).

AUXILIO DOENÇA

- ACIDENTÁRIOS. Relação entre doença e trabalho. CAT
- PREVIDENCIÁRIOS. Demais casos. Trabalho como fator de risco e trabalho como agravante de condição pré-existente.
- CAT garante estabilidade por até um ano após retorno do trabalho ao emprego.

- De acordo com o art. 19 da Lei nº 8.213/91, acidente do trabalho é aquele ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa ou pelo exercício do trabalho prestado pelos segurados especiais:
- “Art. 19. Acidente do trabalho é o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa ou pelo exercício do trabalho dos segurados referidos no inciso VII do artigo 11 desta Lei, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho”
- Lesão corporal pode ser definida como aquela que atinge a integridade física do indivíduo, causando um dano físico-anatômico. Já a perturbação funcional é aquela que apresenta dano fisiológico ou psíquico, relacionado com órgão ou funções específicas do organismo humano, sem aparentar lesão física.

Nexo técnico epidemiológico

NET- 2007

- CALCULA A FREQUENCIA DE DETERMINADAS DOENÇAS POR CATEGORIA DE ATIVIDADE
- ANTES EMPREGADO TINHA QUE PROVAR QUE FOI O TRABALHO O CAUSADOR DE SUA DOENÇA
- AGORA É A EMPRESA QUE TEM QUE PROVAR O CONTRÁRIO
- AUMENTOU AS CAT EM 2006 DE 612 POR DM PARA 12.818 EM 2008.

RESOLUÇÃO CFM 1851/2008

Art. 1º O artigo 3º da [Resolução CFM nº 1.658](#), de 13 de dezembro de 2002, passa a vigorar com a seguinte redação:

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

- I - especificar o tempo concedido de dispensa à atividade, necessário para a recuperação do paciente;
- II - estabelecer o diagnóstico, quando expressamente autorizado pelo paciente;
- III - registrar os dados de maneira legível;

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

- I - o diagnóstico;
- II - os resultados dos exames complementares;
- III - a conduta terapêutica;
- IV - o prognóstico;
- V - as conseqüências à saúde do paciente;
- VI - o provável tempo de repouso estimado necessário para a sua recuperação, que complementarmente o parecer fundamentado do médico perito, a quem cabe legalmente a decisão do benefício previdenciário, tais como: aposentadoria, invalidez definitiva, readaptação;

VII - o tempo de descanso necessário;

VII - registrar os dados de maneira legível;

VIII - identificar-se como emissor, mediante assinatura e carimbo ou número de registro no Conselho Regional de Medicina.”

o artigo 42, §§ 1º e 2º da Lei nº 8.213/91, veja-se:

Art. 42. A aposentadoria por invalidez, uma vez cumprida, quando for o caso, a carência exigida, será devida ao segurado que, estando ou não em gozo de auxílio-doença, for considerado incapaz e insusceptível de reabilitação para o exercício de atividade que lhe garanta a subsistência, e ser-lhe-á paga enquanto permanecer nesta condição.

§ 1º A concessão de aposentadoria por invalidez dependerá da verificação da condição de incapacidade mediante exame médico-pericial a cargo da Previdência Social, podendo o segurado, às suas expensas, fazer-se acompanhar de médico de sua confiança.

ALIENAÇÃO MENTAL

1. CONCEITUAÇÃO

Considera-se Alienação Mental todo caso de distúrbio mental ou neuromental grave e persistente no qual, esgotados os meios habituais de tratamento, haja alteração completa ou considerável da personalidade, comprometendo gravemente os juízos de valor e realidade, destruindo a autodeterminação do pragmatismo e tornando o paciente total e permanentemente impossibilitado para qualquer trabalho.

ALIENAÇÃO MENTAL

- Impossibilidade para o trabalho.
- Enfermidade grave, persistente, refratária que comprometa o juízo de valor e de realidade e o pragmatismo.
- DEC 3084/99
- DEMÊNCIA
- ESQUIZOFRENIA
- PARANÓIA E PARAFRENIA
- OLIGOFRENIA GRAVE

- 2.2 - **São excepcionalmente considerados casos de Alienação Mental:**
- a) psicoses afetivas (transtornos afetivos) mono ou bipolar, quando comprovadamente crônicas e refratárias ao tratamento, ou quando exibirem elevada frequência de repetição fásica, ou ainda, quando configurarem comprometimento grave e irreversível de personalidade-CID-10: F31;
- b) psicoses epiléticas, quando caracterizadamente crônicas e resistentes à terapêutica, ou quando apresentarem elevada frequência de surtos psicóticos;
- c) psicoses pós-traumáticas e outras psicoses orgânicas, quando caracterizadamente crônicas e refratárias ao tratamento, ou quando configurarem um quadro irreversível de demência.
- 2.3 - **Não são casos de Alienação Mental:**
- a) transtornos neuróticos da personalidade e outros transtornos mentais não psicóticos;
- b) desvios e transtornos sexuais;
- c) alcoolismo, dependência de drogas e outros tipos de dependência orgânica;
- d) oligofrenias leves e moderadas;
- e) psicoses do tipo reativo (reação de ajustamento, reação ao "stress");
- f) psicoses orgânicas transitórias (estados confusionais reversíveis).

Deficiência Mental

- definição de "" na Lei de cotas do Ministério do Trabalho.
-
- De acordo com o Decreto nº 3.298/99, alterado pelo Decreto nº 5.296/04, conceitua-se como deficiência mental o funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos 18 anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como:
 - comunicação;
 - cuidado pessoal;
 - habilidades sociais;
 - utilização dos recursos da comunidade;
 - saúde e segurança;
 - habilidades acadêmicas;
 - lazer; e
 - trabalho.
- (Decreto nº 5.296/04, art. 5º, §1º, I, "d"; e Decreto nº 3.298/99, art. 4º, I).

DIRETRIZES DE CONDOTA MÉDICO-PERICIAL EM TRANSTORNOS MENTAIS

- **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 (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.

DIRETRIZES DE CONDOTA MÉDICO-PERICIAL EM TRANSTORNOS MENTAIS

- 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.

DIRETRIZES DE CONDOTA MÉDICO-PERICIAL EM TRANSTORNOS MENTAIS

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.

DIRETRIZES DE CONDOTA MÉDICO-PERICIAL EM TRANSTORNOS MENTAIS

- 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.

DIRETRIZES DE CONDOTA MÉDICO-PERICIAL EM TRANSTORNOS MENTAIS

- 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 antipsicótico, ou o oposto.
- Dois ou mais CIDs incompatíveis. Exemplo: CID F20 (esquizofrenia) e F60.1 (transtorno esquizóide).
- Diversidade de CID em exames conseqüentes. Exemplo: CID F32 para F20, para F40.

DIRETRIZES DE CONDUTA MÉDICO-PERICIAL EM TRANSTORNOS MENTAIS

- 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.

DIRETRIZES DE CONDUTA MÉDICO-PERICIAL EM TRANSTORNOS MENTAIS

- 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 tranqüilizantes.

Perícia em: Esquizofrenia, transtornos esquizotípico e delirantes: F20—F29

- Queixa Principal
- Se a queixa for referente a sintomas produtivos tais quais alucinações, automatismos ou concepções delirantes de qualquer natureza, verificar:
 - Há quanto tempo ocorre o distúrbio
 - Qual o tempo de duração do distúrbio
 - Quantos surtos psicóticos já teve.
 - Ocorrência de remissão integral das condições psíquicas
 - Duração do surto atual
 - Uso de neurolépticos. Quais?

F20—F29

- **Conduta:** Se o sujeito está em franco surto, (inclui todos os F23; F24 e F25) com sintomatologia produtiva, dar a licença por 30 dias sendo provável a necessidade de prorrogá-la até que ocorra a remissão do surto (F20.x5). Se o sujeito já se apresentar em remissão, verificar se a data da perícia retroage para o período em que estava em franco surto.
- Se a frequência dos surtos for mais do que 4 episódios por ano, há pelo menos 2 anos, encaminhar para a aposentadoria(F20.x3).

Meu nome é Wictor D'Angelis de Almeida, nascido e residente na cidade de Anápolis em Goiás - Brasil. Escrevo para pedir ajuda, podendo assim me auxiliar a sair de uma situação, humilhante e degradante que venho passando através dos anos. A perseguição da minha sociedade que me subjugando e coagindo através de mecanismos incomuns.

Sou vítima desde 2008; que suspeito, fui "chipado". Deste ponto em diante, as coisas mudaram para mim. No início não desconfie de nada, apenas intrigado com a TV. Mas no ano de 2009, fiz uma descoberta que mudou meu senso de privacidade. Era perseguido a todos os lugares aonde ia, com comentários e tiradas dos apresentadores de TV e dos radialistas.

Através dos programas, fui sub-entendendo uma nova perspectiva de vida que eles me encaminhavam. De início me incutiram a ideia de salvação para o início de Janeiro de 2010. Teria fim a espera, a curiosidade e a falta de informação que pouco a pouco me isolavam.

Passou o tempo, e cada dia mais estava envolvido pela esperança de uma porta se abrir e me salvar da angústia que me dominava. Desesperei, me abri aos meus pais, a minha Irma e ao melhor amigo. Mas eles não me entenderam ou não entenderam a situação que poderia, tanto, eu os ter colocando, quanto eles, me colocando no contexto.

Fiz através de inúmeras formas me fazer entender e fazer parte da queda de um segredo, que permitiam aos usuários do poder, ver, espiar, ouvir através dos meios de comunicação. Ajudei subjetivamente, abrir a "janela" no Brasil.

2011 passou e moralmente arrasado e morto socialmente, fui me exilando em mim mesmo, com o amparo de meus pais, fui seguindo em frente. Meus amigos já não faziam parte do meu dia-a-dia, e minha família achou por bem, viver ignorando algo conhecido, me tratando com indiferença.

O silêncio e a reflexão se tornou hábitos, e talvez por isso, me aproximaram ainda mais de Deus. Mentalizando fui capaz de ouvir e assim meus pensamentos, tomaram asas, e a voz se fez ouvir. Neste momento tive um colapso, me fugiram as forças e adoeci.

Depois deste dia, jamais fiquei só. O que poderia ser uma graça se tornou um grande tormento. A imprensa conseguiu ouvir os meus pensamentos, e fez disso, a minha paixão, sua tortura mais cruel. Se antes precisavam das imagens para me rejeitar, já não precisavam mais.

A sociedade como um grande rebanho ecoava a voz da grande mídia. Que ainda hoje, abril de 2014, me persegue, renega, rejeita meus pensamentos e minhas atitudes.

Ao longo destes anos busquei acima de tudo manter minha saúde, tanto a mental quanto a saúde corporal. Mas diante do uso de novas tecnologias e pressões, que ainda hoje, ninguém sabe ao certo pra que serve, além de fazer o mal, vejo extinguindo em mim a força capaz de me manter saudável.

Meus senhores, humildemente eu peço asilo em vosso país. Suplico por auxílio, me ajudando a percorrer os caminhos necessários para obter.

Na difícil situação em que me encontro, mas contando com vossa caridade, influência e atenção, poderei conseguir as provas que aqui relatei. Exerço a profissão de um comerciante, vendendo e concertando jóias e relógios, não conto com a compreensão que vai além dos meus pais, estando a mercê do julgamento do sistema de Comunicação Nacional e totalmente imerso nesta ilusão sendo coagido diuturnamente.

Pergunto se seria um exilado social, civil ou mesmo político, não sei... Pautei minha vida sobre a razão, a liberdade e a felicidade. Por estes anos, tenho me sustentado sobre a verdade, por mais que tenha me machucado, consegui sobreviver enfrentando as mais diversas dificuldades.

Se o transtorno evoluiu com predominância de **Alterações Do Humor**, diagnóstico F30 - F39.

- *Humor é a disposição do organismo*
- *Afetividade tem o domínio impulsor, dos motivos, e um domínio sensível, das emoções.*

F32 – Episódio Depressivo

- Nestes casos avaliar se o sujeito apresenta:
 - Franca queixa de falta absoluta de disposição para fazer suas coisas (o indivíduo vai exemplificar como se ele fosse um *carro sem gasolina*, ele quer andar mas não consegue).
 - Queixa de humor depressivo e falta de motivação. Periciando refere que tudo lhe parece ruim, apenas consegue perceber os aspectos negativos da realidade.
 - Anedonia. Periciando se queixa de que não vê graça em nada da vida. Falta de prazer para qualquer atividade.
 - Alterações do sono e/ou do apetite e/ou da auto-estima devem acompanhar o quadro clínico.

F34 – Transtornos Persistentes do Humor

- Não cabe licença médica por se tratar de transtorno persistente (caracteropatia). Nesses casos a condição deveria ter sido analisada no exame de ingresso e ter sido verificada a condição da personalidade em função da atividade a ser executada.
- Uma considerável porcentagem de atendimentos em perícia psiquiátrica são realizados em pessoas com o seguinte perfil:
- Pessoas frágeis que não toleram frustrações.
- Conseguem desempenhar suas funções profissionais até que algo mude em sua rotina. Ex: ser transferida de setor ou de função, se desentenderem com chefias. Daí se revoltam, não aceitam as novas condições e perdem a capacidade de continuar a trabalhar. O pior é que contaminam suas vidas com a frustração laborativa e passam a ter atitudes histriônicas (pitiáticas).
- São pessoas com traços hiperemotivos e intensa labilidade emocional. Diagnóstico sugerido F34 Distímias. Difícil encontrar um diagnóstico específico, pois misturam-se característica do EIXO 2. São características pessoas, tendência e traços não necessariamente graves. Exemplo de tendências não graves encontrados em perícias administrativa:
 - Hostilidade
 - Persecutoriedade
 - Dependência
 - Impulsividade
 - Hipersensibilidade afetiva

Distímia

- Distímia é um tipo de depressão crônica, de moderada intensidade. Diferentemente da depressão que se instala de repente, a distímia não tem essa marca brusca de ruptura. O mau humor é constante. Os portadores do transtorno são pessoas de difícil relacionamento, com baixa autoestima e elevado senso de autocrítica. Estão sempre irritados, reclamando de tudo e só enxergam o lado negativo das coisas. Na maior parte das vezes, tudo fica por conta de sua personalidade e temperamento complicado.

Sintomas

- O principal sintoma é a irritabilidade, mas existem outros:
 - * Mau humor;
 - * Baixa autoestima;
 - * Desânimo e tristeza;
 - * Predominância de pensamentos negativos;
 - * Alterações do apetite e do sono;
 - * Falta de energia para agir;
 - * Isolamento social;
 - * Tendência ao uso de drogas lícitas, ilícitas e de tranquilizantes.

- O diagnóstico é eminentemente clínico. O dado mais importante a considerar é a manifestação dos sintomas durante pelo menos dois anos consecutivos.
- Via de regra, os portadores de distímia desenvolvem concomitantemente episódios de depressão grave. Quando se recuperam, porém, retornam a um patamar de humor que está sempre abaixo do nível normal. A maior dificuldade é que raramente se dão conta do próprio problema. Acham que o mau humor, a falta de prazer e interesse pelas coisas e a tristeza que não dá trégua fazem parte de sua personalidade e do seu jeito de ver o mundo, e quase nunca procuram ajuda.
- Diagnosticar o transtorno precocemente e introduzir o tratamento adequado é de extrema importância, uma vez que por volta de 15% a 20% dos pacientes tentam o suicídio.

- A 8ª turma do TRT da 3ª região manteve sentença que reconheceu a depressão como doença ocupacional de trabalhadora e condenou uma empresa do ramo automotivo a pagar indenização estabilitária e indenização por danos morais no valor de R\$ 3 mil.
- A empresa alega que não há nexo de causalidade entre a doença apresentada e a atividade laboral da empregada. Afirma ainda que a doença da reclamante **não é ocupacional, não podendo ser equiparada a acidente de trabalho e que a depressão não é reconhecida como doença profissional pelo Ministério da Previdência Social, nos termos do art. 20, §2º, da lei 8.213/91.**
- Para o relator do recurso, desembargador Sercio da Silva Peçanha, embora a depressão não esteja elencada no rol de doenças ocupacionais elaborado pelo Ministério do Trabalho e pela Previdência Social (decreto 3.048/99), *"o artigo 20, §2º, da lei 8.213/91, deixa claro que em casos excepcionais a doença não incluída nessa relação pode ser considerada como acidente do trabalho"*.
- Segundo o desembargador, ficou demonstrado que **as condições de trabalho contribuíram para o quadro de depressão da trabalhadora**. Ele afirma que uma testemunha contou que a reclamante estava bem de saúde quando começou a trabalhar, mas passou a apresentar queixas três anos depois.
- Ao analisar os cartões de ponto, o relator constatou que a jornada de trabalho era prorrogada com frequência, muitas vezes em mais de duas horas extras diárias. *"A exigência da extensa carga horária foi prejudicial a saúde mental da empregada, atuando como fator desencadeante ou agravante de seu adoecimento"*, ressaltou.
- Processo: 0001186-19.2012.5.03.0070

Perícias para processos demenciais.

- **Transtornos mentais orgânicos incluindo sintomáticos.**
- Diagnóstico: F00 – F09
- Verificar a quanto tempo iniciaram-se os sintomas.
- Por se tratarem de doenças crônicas ou irreversíveis, deve-se encaminhar para a aposentadoria na maioria dos casos.
- O diagnóstico de demência em seus estágios iniciais são normalmente imperceptíveis aos familiares e ao próprio periciando. A pessoa apenas se queixa de falta de motivação e seu comportamento passa a se tornar progressivamente mais apático.
- Para realizar o diagnóstico transcrevemos trecho publicado por Portela Câmara [2].
- **Deterioração Cognitiva (Tabela V).**
- Aproximadamente 5% dos adultos maiores de 65 anos sofre de deterioração cognitiva, percentual que sobe para cerca de 16% quando se tem mais de 85 anos [3]. Por outro lado, cerca de metade dos idosos em instituições asilares sofrem de séria deterioração cognitiva. O MMSE (Mini-Mental State Examination) é o instrumento mais usado para se avaliar o grau de deterioração cognitiva neste contingente humano

Exame do Estado Mental (MMSE)

- Orientação : mês, data, ano, estação, dia da semana (1 PONTO CADA) >5 pontos
- cidade, estado, país, onde está no momento e a localização (1 PONTO CADA) >5 pontos
- Registrar: Repetir 3 palavras faladas pelo examinador (bola, gato, menino) 3 pontos
- Recordar (após 5 minutos ou final do exame): Repetir as mesmas 3 palavras 3 pontos
- Atenção/concentração: o paciente faz subtrações em seqüências → subtrai 7 de 100 em seqüência (93, 86, 79, 72, 65) ou soletra “marte” de trás para a frente (e-t-r-a-m) 5 pontos
- Linguagem: o paciente repete “não se, e, ou porém” 1 ponto
- Nomear 2 objetos comuns apresentados pelo examinador (1 PONTO CADA) 2 pontos
- Siga um comando em 3 passos (1 PONTO CADA) 3 pontos
- Escrever uma frase 1 ponto
- Leia a frase abaixo e faça o que ela diz: <FECHE OS SEUS OLHOS> 1 ponto
- Construção: o paciente copia o desenho abaixo:
<DOIS PENTÁGONOS ENTRELAÇADOS> 1 ponto TOTAL 30 pontos

Perícias em transtornos mentais e de comportamento devido ao uso de substâncias psicoativas

- Verificar a quanto tempo faz uso da substância, com que frequência, tratamentos anteriores, internações e consequências para as atividades da vida.
- Se houver algum grau de demência devido ao uso da substância, encaminhar para a aposentadoria.
- O grau de demência necessita ser avaliado de forma indireta por relato de familiares.
- Se o sujeito estiver exercendo atividade que dependa do uso de arma de fogo ou que seja motorista ou ainda que lide com máquinas que podem ocasionar lesões por déficit de atenção do usuário, encaminhar o periciando para readaptação de função.
- **O SUJEITO NÃO DIZ O PERITO DESCOBRE**

ÁLCOOL E DROGAS

Triagem	
Álcool	<ol style="list-style-type: none">1. Com que frequência você usa bebidas alcoólicas?2. Nos dias em que você bebe, quantos “drinks” você toma em média?
Drogas	<ol style="list-style-type: none">1. Você usa medicamentos com frequência para:<ul style="list-style-type: none">• Relaxar ou aliviar o estresse?• Acalmar seus nervos?• Controlar sua dor?• Ficar “alto”?2. Nos dias em que você usa medicamentos ou drogas por essas razões, que quantidades você costuma usar (ex.: número de comprimidos, quantia gasta em dinheiro?)
Bebedor Pesado (critérios do NIAAA)	Adultos masculinos: bebe >14x/semana ou >4x/dia, >1x/semana Adultos femininos: bebe > 7x/semana ou >3x/dia, >1x/semana Adultos idosos ≥65 y: bebe > 7x/semana ou >2x/dia, >1x/semana
Uso Problemático de Drogas	Drogas compradas ilegalmente Medicamentos: uso exagerado da receita, uso de outras receitas, compra de medicamentos sem prescrição.
Confirmação (critérios do CAGE-AID)	<ul style="list-style-type: none">• Esforços para Cortar (“cut down”) a bebida ou a droga?• Perturbado (“annoyance”) por pessoas que o/a criticam por beber ou usar drogas?• Sente-se Culpado(a) (“guilt”) por usar álcool ou drogas?• Bebe logo ao Acordar (“eye-opener”) ou usa drogas para firmar seus nervos, livrar-se de uma ressaca, ou aliviar sintomas de abstinência?

Perícias em transtornos neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes

- Para os diagnósticos F40 - F48, verificar:
- Início dos sintomas
- Qual foi o desencadeante que fez surgir o sintoma pela primeira vez.
- Verificar se antes do surgimento dos sintomas, o sujeito já apresentava sintomas de ansiedade ou insegurança emocional. Verificar se foi uma criança, ou mesmo um adulto jovem inseguro. Uma vez constatado que existe um padrão permanente e refratário a tratamentos efetuados caracterizados por ansiedade e insegurança, pesquisar se este sujeito seria capaz de desenvolver outras atividades laborativas que não a atual. Caso o sujeito associe a incapacidade laborativa atual com a função que exerce, elaborar parecer administrativo sugerindo mudança de atividade.

PÂNICO E ANSIEDADE F. 41

Triagem	<ol style="list-style-type: none">1. Você tem ataques súbitos ou inesperados de ansiedade ou nervosismo?2. Você se sente tenso, preocupado ou estressado com frequência?
Confirmação	<ul style="list-style-type: none">• Ataque agudo de sintomas autônomos (dor no peito, palpitações, respiração ofegante, tremor, suores, rubores, náuseas).• Presença de ansiedade ou preocupação crônicas (pessimismo)• Evitação de lugares ou situações devido a ansiedade ou preocupações• Presença de obsessões ou compulsões

DSM-IV Transtornos de Ansiedade

Transt. de Pânico	Espontâneos ou múltiplos ataques de pânico > ansiedade crônica
Pânico com Agorafobia	Múltiplos ataques de pânico = evitação freqüente > ansiedade crônica
Ansiedade Generalizada	Ansiedade crônica ou preocupação > evitação > ataques de pânico
Fobia Social	Evitação > ansiedade crônica = ataques de pânico (situações sociais)
Transt. Obsessivo-compulsivo	Obsessões ± compulsões > ansiedade crônica > ataques de pânico (ansiedade e pânico geralmente relacionados a conteúdos obsessivos)

F42 – Transtorno Obsessivo-Compulsivo

- Esse tipo de transtorno pode ter gravidade variável, desde comportamentos compulsivos ou idéias obsessivas, que não prejudicam a atividade laborativa. Pode ocorrer na forma de idéia prevalente, como também serem transtornos passageiros. Dependendo da gravidade dos sintomas pode inviabilizar o exercício da atividade laborativa. Verificar se o sujeito está em tratamento e fornecer licenças de 15 a 30 dias enquanto o sujeito estiver em tratamento ambulatorial.

F43 – Reação a estresse grave e transtornos da adaptação.

- Verificar qual a condição que levou o sujeito a apresentar a reação ao estresse. Uma vez identificada a origem do fator traumático, verificar se está relacionado a condições da vida pessoal ou se está relacionado à função laborativa. Se estiver relacionado à função laborativa, verificar a concordância do sujeito em permanecer na mesma função pressupondo-se que o fator estressante foi ocasional ou sugerir mudança de função considerando fator estressante como permanente.
- Se o fator traumático foi gerado em situações não laborativas, portanto relacionadas à fatos ocorridos fora do ambiente de trabalho, verificar se o paciente se sente ameaçado por fatores objetiváveis e se tais fatores demandam providências policiais, judiciais ou se é possível afastar o fator estressante. Caso não seja possível afastar o fator estressante, verificar se ocorreu perturbação neurótica em relação ao trauma sofrido. Neste caso encaminhar para tratamento ambulatorial com licenças periódicas de quinze dias até o período de um ano. Caso não seja possível o segurado retornar à normalidade psíquica após um ano de tratamento, encaminhar para possível readaptação de função de forma que a mudança do ambiente de trabalho e de funções atue como terapêutica, fazendo com que ele se “desimpregne” do trauma sofrido.

Estresse Pós Traumático F43

Coração de soldado foi o nome dado durante a Guerra Civil Americana a uma síndrome semelhante ao que hoje é conceituado como TEPT, em função da presença de sintomas cardíacos autonômicos. O artigo de Jacob Da Costa, de 1871, “On irritable heart” (Sobre coração irritável), descrevia os soldados com essa síndrome. No início do século XX, sob a importante influência da psicanálise, particularmente nos EUA, os clínicos passaram a formular o diagnóstico de **neurose traumática** a essa condição. Durante a I Guerra Mundial, a síndrome foi denominada como “choque de granadas” (*shell shock*) e chegou a ser aventada a hipótese de que resultaria de traumatismo cerebral causado pela explosão de granadas.

Em 1941, os sobreviventes de um incêndio de uma boate lotada na cidade de Boston, a *Coconut Grove*, exibiam sintomas como ansiedade, fadiga e pesadelos após o incidente. Veteranos da II Guerra Mundial, sobreviventes de campos de concentração nazistas e sobreviventes de lançamentos de bombas atômicas no Japão também apresentavam sintomas semelhantes, muitas vezes denominados **neurose de combate ou fadiga operacional**. Finalmente, a morbidade psiquiátrica associada aos veteranos da guerra do Vietnã trouxe consigo o conceito de TEPT, como é atualmente conhecido.¹

EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)

- **Síndrome de *Burnout*, (Síndrome do esgotamento profissional).(Z 73.0).**

exaustão emocional, despersonalização e diminuição do envolvimento pessoal no trabalho

Compreende três dimensões:

Exaustão emocional : esgotamento dos recursos físicos e emocionais

Cinismo: impaciência, distanciamento e sentimentos negativos.

Diminuição da eficácia no profissional : sujeito sente-se incompetente, frustrado, incapaz de atingir as metas pessoais e da corporação.

F44 – Transtornos dissociativos (conversivos)

- Quando a pessoa descreve que apresentou uma crise dissociativa ou conversiva nos remete para conflitos emocionais intensos e originados em fatores traumáticos de primeira infância provavelmente. Ou seja, são pessoas extremamente frágeis emocionalmente. Normalmente apresentam elevada rigidez de conduta, como forma de defesa aos aspectos emocionais frágeis. Em geral, são litigantes e extremamente críticas em relação a chefes e colegas. Quando implicam com alguma situação laborativa tornam-se improdutivas para suas funções. Além disso são pessoas que se estressam facilmente. Em períodos de elevada sintomatologia ansiosa, devem ser afastadas por não mais do que quinze dias. Se for possível através de solicitação dos chefes imediatos de descreverem os fatores que desencadeiam crises de ansiedade neste paciente e de serem orientados para evitarem tais desencadeantes, o problema pode ser resolvido e o paciente continuar a ser capaz de desenvolver as suas atividades. Se o problema não puder ser resolvido com a chefia imediata, tentar mudança de função, intercalando com licenças quinzenais enquanto aguarda tempo de serviço para aposentadoria.

Psiquiatria:

- Uma psicose endógena, “não reacional”, pode ser desencadeada pelas condições de trabalho? Nesse caso, se desencadeada pelas condições de trabalho, considera-se concausa ou relação direta de causa e efeito? Sim, depende do caso.
- Os quadros de depressão e síndrome do pânico relacionados ao trabalho têm tratamento? Sim. Podem as condições de trabalho desencadear uma doença mental incurável? Não.
- O assédio moral e o assédio sexual podem ensejar doença mental incurável, em pessoa que não apresente nenhum antecedente psíquico/psiquiátrico? Não.

Perícias em Transtornos da Personalidade (TP)

Hilda Morais