

ANEXO ÚNICO

DOENÇAS ESPECIFICADAS EM LEI

1. ALIENAÇÃO MENTAL

Conceito:

Alienação mental é todo quadro de distúrbio psiquiátrico ou neuropsiquiátrico grave e persistente, no qual, esgotados os meios habituais de tratamento, permaneça alteração completa ou considerável da personalidade, comprometendo gravemente os juízos de valor e de realidade, bem como a capacidade de entendimento e de autodeterminação, tornando o indivíduo inválido total e permanente para qualquer trabalho.

O indivíduo torna-se absolutamente incapaz para o exercício dos atos da vida civil, ou seja, torna-se impossibilitado de reger sua vida e administrar seus bens, mostrando-se inteiramente dependente de terceiros no que tange às diversas responsabilidades exigidas pelo convívio em sociedade.

A Interdição ocorre quando o indivíduo é considerado incapaz para exercer pessoalmente os atos da vida civil, sendo declarado interdito pela justiça e sendo-lhe nomeado um curador. A interdição e a curatela são atos privativos da justiça.

Crítérios de Enquadramento:

A alienação mental poderá ser identificada no curso de qualquer enfermidade psiquiátrica ou neuropsiquiátrica. No entanto, o simples diagnóstico desses quadros não é indicativo de enquadramento. São necessárias que todas as condições abaixo discriminadas sejam atendidas:

1. Seja grave e persistente;
2. Seja refratária aos meios habituais de tratamento;
3. Provoque alteração completa ou considerável da personalidade;
4. Comprometa gravemente os juízos de valor e realidade, bem como a capacidade de entendimento e de autodeterminação;
5. Torne o indivíduo inválido de forma total e permanente para qualquer trabalho.

São Passíveis de Enquadramento:

1. Psicoses esquizofrênicas nos estados crônicos;
2. Outras psicoses graves nos estados crônicos;
3. Estados demenciais de qualquer etiologia (vascular, doença de Alzheimer, doença de Parkinson, etc.);
4. Oligofrenias graves.

São Excepcionalmente Considerados Casos de Alienação Mental:

1. Psicoses afetivas, mono ou bipolares, quando comprovadamente cronificadas e refratárias ao tratamento, ou quando exibirem elevada frequência de repetição fásica, ou ainda, quando configurarem comprometimento grave e irreversível da personalidade;
2. Psicoses epiléticas, quando caracterizadamente cronificadas e resistentes à terapêutica, ou quando apresentarem elevada frequência de surtos psicóticos;
3. Psicoses pós-traumáticas e outras psicoses orgânicas, quando caracterizadamente cronificadas e refratárias ao tratamento, ou quando configurarem um quadro irreversível de demência;

4. Alcoolismo e outras dependências químicas nas formas graves.

Quadros Não Passíveis de Enquadramento:

1. Transtornos da personalidade;
2. Alcoolismo e outras dependências químicas nas formas leves e moderadas;
3. Oligofrenias leves e moderadas;
4. Psicoses do tipo reativo (reação de ajustamento, reação ao estresse);
5. Psicoses orgânicas transitórias (estados confusionais reversíveis);
6. Transtornos neuróticos (mesmo os mais graves).

Laudo de Conclusão Pericial: Os laudos declaratórios da invalidez do portador de alienação mental deverão constar os seguintes dados:

1. Diagnóstico da enfermidade básica, inclusive o diagnóstico numérico, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID);
2. Estágio evolutivo;
3. Data do início da doença;
4. Descrição dos tratamentos propostos e realizados, sobre a refratariedade do tratamento se for o caso;
5. A expressão “alienação mental”.

2. CARDIOPATIA GRAVE

Conceito:

Na medicina Médico pericial podemos classificar a cardiopatia grave quando a doença limitar progressivamente, a capacidade física e funcional do coração, ultrapassando os limites de eficiência dos mecanismos de compensação, independente do tratamento adequado.

Aspectos Práticos:

A avaliação da capacidade funcional do coração, realizada pela Perícia Médica do Distrito Federal, permite a distribuição dos indivíduos em classes, segundo o critério adotado pela II Diretriz Brasileira de Cardiopatia Grave, em consonância com a classificação funcional cardíaca adotada pela NYHA (New York Heart Association) descrita a seguir:

Tabela 3: Classificação Funcional Cardíaca segundo NYHA - New York Heart Association

Classe I	Portadores de doença cardíaca sem limitação da atividade física. A atividade física normal não provoca sintomas de fadiga acentuada, nem palpitações, nem dispnéias, nem angina de peito, nem sinais e sintomas de baixo fluxo cerebral;
Classe II	Portadores de doenças cardíacas com leve limitação da atividade física. Estes periciandos sentem-se bem em repouso, porém os grandes esforços provocam fadiga, dispnéia, palpitações ou angina de peito;
Classe III	Portadores de doença cardíaca com nítida limitação da atividade física. Estes periciandos sentem-se bem em repouso, embora acusem fadiga, dispnéia, palpitações ou angina de peito, quando efetuam pequenos esforços;
Classe IV	Portadores de doença cardíaca que os impossibilita de qualquer atividade física. Estes periciandos, mesmo em repouso, apresentam dispnéia, palpitações, fadiga ou angina de peito.

A limitação funcional cardíaca será definida pela análise de métodos propedêuticos, dentre os quais:

1. História clínica, com dados evolutivos da doença;
2. Exame clínico;
3. Eletrocardiograma, em repouso;
4. Eletrocardiografia dinâmica (Holter);
5. Teste ergométrico;
6. Ecocardiograma, em repouso;
7. Ecocardiograma associado a esforço ou procedimentos farmacológicos;
8. Estudo radiológico do tórax, objetivando o coração, vasos e campos pulmonares, usando um mínimo de duas incidências;
9. Cintilografia miocárdica, associada a teste ergométrico (Tálio, MIBI, Tecnécio);
10. Cintigrafia miocárdica associada a Dipiridamol e outros fármacos;
11. Cinecoronarioventriculografia

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

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

As seguintes entidades nosológicas podem relacionar-se à cardiopatia grave:

1. Cardiopatias isquêmicas;
2. Cardiopatias hipertensivas;
3. Cardiomiopatias primárias ou secundárias;
4. Cardiopatias valvulares;
5. Cardiopatias congênitas;
6. Cor pulmonale crônico;
7. Arritmias complexas e graves;
8. Pericardiopatias;
9. Aortopatias.

Critérios de enquadramento:

Podemos considerar como cardiopatia grave:

1. Síndrome de Insuficiência Cardíaca: de qualquer etiologia, que curse com importante disfunção ventricular, podendo ser classificadas de forma subjetiva como III e IV da NYHA, e avaliada de forma objetiva através da fração de ejeção (FE) – obtida por exames cardiológicos de imagem. Valores da FE menores ou iguais a 40% é critério de gravidade, bem como um incremento na FE menor que 5% nos exames cardiológicos realizados sob estresse.

2. Síndrome de Insuficiência Coronariana Crônica: Periciandos com classe funcional III e IV da NYHA ou com angina classes III ou IV da CCS – Canadian Cardiovascular Society, refratários à terapêutica sem indicação cirúrgica. Manifestações clínicas de insuficiência cardíaca, associada à isquemia aguda nas formas crônicas; Presença de disfunção ventricular

progressiva; Presença de arritmias graves associadas ao quadro anginoso, principalmente do tipo ventricular (salvas de extra-sístoles, taquicardia ventricular não sustentada ou sustentada), além de fibrilação atrial e flutter atrial associados à isquemia; distúrbios de condução atrioventricular e intraventricular relacionados à isquemia – bloqueios de ramos induzidos pelo esforço físico. Presença na cinecoronariografografia de lesão de tronco de coronária esquerda >50%; lesões em três vasos, moderadas a importantes (>70% em 1/3 proximal ou médio) e, eventualmente, do leito distal, dependendo da massa miocárdica envolvida; lesões em 1 ou 2 vasos de > 70%, com grande massa miocárdica em risco; lesões ateromatosas extensas e difusas, sem viabilidade de correção cirúrgica ou por intervenção percutânea; fração de ejeção na dependência de fatores de risco como: idade avançada (>70 anos), existência de comorbidades (diabetes mellitus; doença pulmonar obstrutiva severa, neoplasias, hipertensão arterial, hipercolesterolemia familiar; vasculopatia aterosclerótica importante em outros territórios, como carótidas, membros inferiores, renais, cerebrais), atividade profissional e características funcionais do cargo, incapacidade de reabilitação, apesar de tratamento médico em curso.

3. Arritmias graves: fibrilação atrial, flutter atrial e arritmias ventriculares complexas, síndromes bradi-taquicárdicas, bloqueios atrio-ventriculares de 2º e 3º graus;

Para arritmias graves, considerar-se-á aquelas complexas, com alto grau de instabilidade elétrica do miocárdio, advindo daí manifestações sistêmicas e frequentes por fenômenos tromboembólicos e/ou sinais e sintomas de baixo débito circulatório, e não controláveis por drogas e/ou dispositivos de estimulação cardíaca artificial, por isso com alto risco de morte súbita.

4. Cardiopatias congênitas: Presença de crises hipoxêmicas; insuficiência cardíaca (classe III e IV); hemoptises, pela presença de circulação colateral brônquica; arritmias de difícil controle e potencialmente malignas.

5. Miocardiopatias:

Quando hipertróficas - Presença de um ou mais fatores a seguir: paciente sintomático, especialmente com história de síncope, angina, insuficiência cardíaca e embolia sistêmica; diagnóstico na infância (baixa idade); hipertrofia moderada ou severa, com alterações isquêmicas de ST-T; cardiomegalia; disfunção ventricular esquerda sistólica, com fração de ejeção abaixo de 40%; fibrilação atrial; síndrome de WolffParkinson-White associada; arritmias ventriculares complexas; regurgitação mitral importante; doença arterial coronariana grave associada; forma obstrutiva com gradiente de via de saída >50mmHg; perfil citogenético de alto risco.

Quando dilatadas (primárias ou secundárias) – Presença de um ou mais fatores abaixo: história de fenômenos tromboembólicos sistêmicos; cardiomegalia importante; ritmo de galope (B3); insuficiência cardíaca classe funcional III e IV; fração de ejeção < 0,40; fibrilação atrial; arritmias ventriculares complexas; distúrbios da condução intraventricular, com complexos QRS > 120mms ou presença de assincronia ventricular demonstrada por ecocardiograma, com Doppler tissular.

Quando restritiva – Presença de um ou mais fatores abaixo: história de fenômenos tromboembólicos; cardiomegalia acentuada; insuficiência cardíaca classe funcional III e IV; envolvimento do ventrículo direito; fibrose miocárdica acentuada; regurgitação mitral e/ou de tricúspide importante.

6. Cardiopatias variadas, tratadas cirurgicamente (revascularização do miocárdio, próteses valvulares, implante de marcapasso, aneurismectomias, correções cirúrgicas de anomalias congênitas), quando depois de reavaliadas funcionalmente forem consideradas pertencentes às classes III e IV, ou a critério, classe II da NYHA.

A reavaliação funcional será obtida através da história clínica (reavaliando o grau de limitação e sintomas apresentados durante as atividades do dia a dia, assim como pelo teste

ergométrico ao avaliar o equivalente metabólico (METs) atingido no esforço máximo e porque o esforço foi interrompido. Valores menores que 5 METs é sinal de gravidade.

Laudo de Conclusão Pericial:

Os laudos declaratórios de Cardiopatia Grave deverão constar os seguintes dados:

1. Diagnóstico da cardiopatia; inclusive o diagnóstico numérico, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID);
2. Classe funcional (NYHA);
3. Elementos propedêuticos usados que permitiram o enquadramento legal;
4. Data do início da doença;
5. Descrição dos tratamentos propostos e realizados, sobre refratariedade do tratamento se for o caso;
6. Conclusão quanto à existência ou não de Cardiopatia Grave.

3. CEGUEIRA POSTERIOR AO INGRESSO NO SERVIÇO PÚBLICO

Conceito:

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

São equivalentes à cegueira e como tais considerados:

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

Avaliação da Acuidade Visual:

Escalas Adotadas:

Para uniformidade de linguagem e facilidade de julgamento dos graus de perda da acuidade visual, as juntas médicas adotarão as escalas de SNELLEN e de WECKER (DECIMAL) na avaliação de acuidade visual para longe, e a escala JAEGUER na avaliação da acuidade visual para perto.

A escala de Snellen é composta por uma fileira de elementos gráficos aleatórios (números, letras ou desenhos), conhecidos como optótipos usados para testar a visão a distância. A menor distância possível para se medir a acuidade visual com os olhos paralelos é de 06 metros, que corresponde a 20 pés, compondo o numerador da escala de Snellen. O denominador é composto por um número (20,40,60, ...) que equivale a distância em pés ou metros, na qual o optótipos forma 5 graus com o observador.

A fração de Snellen pode ser reduzida para forma decimal que compõe a escala de Wecker. A acuidade visual para perto é geralmente testada para avaliar a visão de leitura, e é testada a uma distância de 35,5 centímetros. O resultado é expresso como Snellen equivalente ou Jaeger 1 a 12.

Equivalência das Escalas Usadas na Avaliação da Acuidade Visual para Longe e para Perto:			
SNELLEN	DECIMAL	JAEGER	% DE VISÃO
20/20	1,0	1,2	100
20/22	0,9		98,0
20/25	0,8	3	95,5
20/29	0,7	4	92,5
20/33	0,6	5	88,5
20/40	0,5		84,5
20/50	0,4		76,5
20/67	0,3		67,5
20/100	0,2	7	49,0
20/200	0,1	9	20,0
20/400	0,05	12	10,0

Classificação dos Graus de Perda Parcial da Visão:

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

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

GRAU III – quando a acuidade visual máxima, em ambos os olhos e com a melhor correção óptica possível, for inferior a 20/400 SNELLEN e a mínima for igual ou superior a 20/1.200 SNELLEN;

GRAU IV - quando a acuidade visual máxima, em ambos os olhos e com a melhor correção óptica possível, for inferior a 20/20.000 SNELLEN ou apresentar, como índice máximo, a capacidade de contar dedos à distância de 01(um) metro e a mínima limitar-se à percepção luminosa.

Aspectos Práticos:

1. Somente a cegueira adquirida posterior ao ingresso do policial militar no cargo constitui motivo para aposentadoria por invalidez permanente.

2. Os casos de perda transitória de visão não poderão ser considerados para esse critério. A perda visual deverá ser permanente, não susceptível de correção óptica ou tratamento cirúrgico.

3. Serão considerados portadores de deficiência visual comparável a cegueira os examinados que apresentarem acuidade visual no melhor olho, de 20/200 (0,1), esgotados os meios ópticos e cirúrgicos para correção.

4. Serão considerados portadores de deficiência visual comparável a cegueira os examinados que apresentarem campo visual inferior a 20 graus (campo tubular), esgotados os meios ópticos e cirúrgicos para correção.

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

6. As juntas médicas, de acordo com a amplitude de conceito legal, também concluirão pela invalidez permanente, por cegueira, dos inspecionados que apresentarem diminuição acentuada da acuidade visual, nos graus II, III e IV, em decorrência de afecção crônica, progressiva, não susceptível de correção óptica, nem removível por tratamento médico- cirúrgico, à luz de parecer especializado.

7. As juntas médicas ao emitir o laudo de invalidez de portadores de afecção que os incluam nos graus de diminuição da acuidade visual descritos anteriormente, deverá escrever entre parênteses ao lado do diagnóstico, a expressão “Equivalente à Cegueira”.

Critérios para Enquadramento:

1. Consideradas perdas parciais de visão equivalentes a cegueira e enquadrados em lei, os graus II, III e IV;

2. Consideradas perdas parciais de visão equivalentes a cegueira e enquadrados em lei, os Graus I, II, III, quando associados com redução do campo visual, no melhor olho, entre 20° e 10°, entre 10° e 5° e menor que 5°, respectivamente.

Laudo de Conclusão Pericial:

Os laudos declaratórios da invalidez do portador de Cegueira posterior ao ingresso na Polícia Militar público deverão constar os seguintes dados:

1. O nome da doença oftalmológica com CID;

2. A descrição da acuidade visual e /ou campo visual;

3. Elementos propedêuticos usados que permitiram o enquadramento legal;

4. Data de ingresso no serviço público;

5. Data de início da doença;

6. Descrição dos tratamentos propostos e realizados, sobre refratariedade do tratamento se for o caso;

7. Conclusão quanto à existência ou não de Cegueira ou “equivalente à cegueira”.

4. ESPONDILOARTROSE ANQUILOSANTE

Conceito:

A Espondilite Anquilosante (EA) é uma doença sistêmica inflamatória e crônica, que se destaca pelo acometimento preferencial da coluna vertebral e as articulações sacroilíacas de forma simétrica, se traduzindo inicialmente por lombalgia de caráter inflamatória, e que atinge a grande maioria homens abaixo dos 40 anos de idade com componente genético associado

(presença do antígeno de histocompatibilidade, HLAB27 positivo nos exames laboratoriais). Nomeadas erroneamente na legislação como Espondiloartrose Anquilosante.

O desafio para a perícia médica em relação à caracterização de invalidez por EA é grande, em virtude da grande frequência de diagnósticos realizados sem o preenchimento dos critérios necessários, seja por falta de exames complementares fidedignos, seja pela própria característica clínica da doença que apresenta um espectro variado que se confundem com outras doenças, apresentando assim, um amplo diagnóstico diferencial, as quais, não são devidamente investigadas, resultando assim, em diagnósticos “falsos positivos” de doença e invalidez.

Primeiramente para firmar o diagnóstico de EA, o perito deve estar familiarizado com alguns conceitos básicos do diagnóstico, quadro clínico, evolução da doença, exame físico, tratamento e a extensão que o dano avaliado no momento pericial se traduz nas atividades do cotidiano, de lazer e laborativas do periciando, podendo assim identificar e classificar se existe ou não incapacidade e/ou invalidez em consequência da doença.

Dentre alguns diagnósticos diferenciais temos as lombalgias de caráter mecânico, infecciosas e/ou tumorais; outras espondiloartropatias que não são enquadradas como doenças especificadas em lei, como: as artrites psoriásicas, artrites reativas e principalmente, as espondiloartropatias indiferenciadas que não se enquadram especificamente em nenhum dos critérios propostos.

São características da lombalgia de caráter inflamatória em paciente com EA:

1. Idade de início antes dos 40 anos;
2. Início insidioso;
3. Duração maior que 03 meses;
4. Rigidez matinal prolongada;
5. Melhora do quadro clínico com o exercício e piora com o repouso.

Em relação ao quadro articular, outros segmentos ósseos podem ser atingidos pela doença, levando a um quadro de oligoartrite assimétrica, preferencialmente nas grandes articulações dos membros inferiores, como:

1. Coxofemurais;
2. Joelhos;
3. Tornozelos.

Podendo, ainda, acometer as inserções ligamentares ou tendíneas, provocando as entesites.

No exame físico pericial, como se trata de queixas, em sua grande maioria, de caráter subjetivo, deve o perito ficar atento para a efetiva constatação da doença. Alguns sinais objetivos, que são observados através de algumas manobras, podem ajudar e devem ter seu resultado descrito como rotina diagnóstica pericial.

1. A manobra de Schoeber (que avalia a limitação da flexão da coluna lombar).
2. O exame da distância occipito-parede (que avalia a limitação da mobilidade cervical)
3. O exame da limitação da expansibilidade torácica.

Com a evolução natural da doença, espera-se que a partir do décimo ano do início da doença, que o periciando apresente alguns sinais clínicos clássicos, em maior ou menor grau: retificação cervical e lombar com acentuação da cifose torácica, acompanhados pela flexão parcial dos joelhos, assumindo a postura clássica do esquiador.

Outros dados objetivos, e que deverão servir de parâmetro para a concessão do benefício por invalidez, são os graus de alterações radiológicas presentes no Rx simples, como:

1. Sindesmófitos (na fase inicial);
2. Quadratura dos corpos vertebrais (fase inicial);
3. Calcificações ligamentares (fase inicial);
4. A fusão da coluna lombar, traduzindo um aspecto em bambu (fase tardia da doença);
5. Esporão de calcâneo (ocorrem pelas entesites e se apresentam com bordas indefinidas, tipicamente de aspecto inflamatório);
6. Alterações das articulações sacroilíacas demonstrando sacroileíte (geralmente bilateral e simétrica, em estágio inicial, esclerose; erosões e alargamento do espaço articular e nas fases tardias, anquilose).

Os exames de laboratório não são patognomônicos, porém, alguns podem ajudar o perito a avaliar a intensidade do processo inflamatório atual, principalmente, quando da necessidade de se avaliar incapacidade temporária. As alterações laboratoriais mais esperadas são:

1. A elevação do VHS e PCR, principalmente nos quadros de agudização.
2. HLAB27 positivo. (Tal exame, entretanto, não está ligado ao prognóstico ou gravidade, e sua negatividade não exclui a doença).

O perito deve também ficar atento, nos casos tidos como Espondilite Anquilosante, que, entretanto, não apresentam na prática ou comprovação por parte do periciando, de um tratamento compatível com o descrito na literatura médica atual, exigindo uma análise mais criteriosa do caso, ademais, o conhecimento da rotina terapêutica medicamentosa, também ajudará o perito, na identificação daqueles doentes cujos recursos terapêuticos já se esgotaram, outro critério necessário para a constatação de invalidez.

Por fim, temos que ter, para fins periciais, um diagnóstico confirmatório de EA com comprovação que o periciando apresenta os critérios atualmente utilizados (critérios de nova York modificado, 1985) para o diagnóstico, são eles:

1. Dor lombar com mais de 03 meses de duração que melhora com o exercício e não é aliviado com o repouso;
2. Limitação da coluna lombar frontal e sagital;
3. Expansibilidade torácica diminuída (corrigida para idade e sexo);
4. Critérios radiológicos:
 - a) Sacroileíte bilateral, grau 2, 3 ou 4;
 - b) Sacroileíte unilateral grau 3 ou 4.

Atenção: Para o diagnóstico da EA, é necessária a presença de 01 critério clínico e 01 critério radiológico.

Aspectos Práticos:

1. A presença de sacroileíte é mandatória para o diagnóstico, portanto, recomenda-se que o perito tenha comprovado tal acometimento através de um exame radiológico (RX simples, Cintilografia ou Tomografia Computadorizada das articulações sacroilíacas). A Tomografia Computadorizada é o exame que apresenta maior sensibilidade em casos altamente suspeitos, quando comparado com o Rx e Cintilografia normal, tais exames devem estar datados e identificados;

2. Para caracterização da invalidez definitiva as alterações de coluna vertebral e quadril se mostram em estágio avançado de doença, comprovado em imagens radiológicas; na ausência destas alterações, o perito deve entender que não há elementos médicos periciais suficientes para a concessão de aposentadoria por invalidez.

Critérios de Enquadramento:

O portador de Espondilartrose Anquilosante será aposentado por invalidez quando as manifestações clínicas e radiológicas (anquilose) da doença, demonstrarem que a doença encontra-se em fase avançada e determinarem o impedimento ao desempenho das atividades laborativas;

Laudo de Conclusão Pericial:

Os laudos declaratórios de invalidez por Espondilite Anquilosante deverão constar os seguintes dados:

1. Descrição da enfermidade básica; inclusive o diagnóstico numérico, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID);
2. Elementos propedêuticos usados que permitiram o enquadramento legal;
3. Descrição dos critérios clínicos e radiológicos que possibilitaram o enquadramento legal;
4. Data do início da doença;
5. Descrição dos tratamentos propostos e realizados, sobre refratariedade do tratamento se for o caso;
6. A expressão “Espondilite Anquilosante”.

5. ESTADO AVANÇADO DA DOENÇA DE PAGET (OSTEÍTE DEFORMANTE)

Conceito:

A Doença de Paget foi descrita pela primeira vez, em 1877, por um médico Inglês Sir James Paget. É uma doença esquelética localizada, monostótica ou poliestótica, caracterizada por um aumento da remodelação óssea, em que os principais sítios comprometidos são: vértebras, ossos longos dos membros inferiores, pélvis e crânio.

As principais manifestações clínicas incluem dor óssea, fraturas, deformidades esqueléticas e artrite secundária. Na maioria dos casos, o diagnóstico da doença de Paget pode ser feito pela combinação dos sintomas, achados radiológicos e elevação da concentração dos marcadores bioquímicos da remodelação óssea. O principal método diagnóstico para doença de Paget é o radiológico, tendo como principais características as lesões osteolíticas (lesões em forma de chama de vela em ossos longos e osteoporose circunscrita no crânio); ossos aumentados de tamanho, espessamento cortical e alterações escleróticas. A cintilografia óssea, classicamente, demonstra hipercaptação do radiofármaco na região do osso anormal, nas três fases da doença. A cintilografia óssea, apesar de pouco específica, tem alta sensibilidade quando comparada à radiologia. Uma vez que é mais sensível a alterações na vascularização, a natureza hipervascular da doença de Paget pode ser detectada pela hipercaptação do radiofármaco até mesmo antes das alterações líticas na radiografia simples. Por este motivo, cerca de 10% a 15% das lesões detectadas à cintilografia aparecem normais à radiografia. A cintilografia também é importante na identificação da forma poliestótica da doença. Caso haja suspeita clínica ou radiográfica de transformação maligna, é importante a realização da tomografia computadorizada ou da ressonância magnética. Graças a sua excelente capacidade de resolução para os diferentes

tecidos, a ressonância é o método de escolha para o estadiamento de uma degeneração sarcomatosa em um osso acometido por Paget ou para guiar uma biópsia, afastando-a de áreas necróticas ou hemorrágicas.

Os estados avançados da doença de Paget apresentam as seguintes características:

1. Lesões ósseas generalizadas, deformidades ósseas, osteoartrites secundárias, fraturas espontâneas e degeneração maligna (sarcoma osteogênico, fibrossarcoma e sarcoma de células redondas);
2. Complicações neurológicas e sensoriais: surdez, perturbações olfativas e neuralgia;
3. Complicações cardiovasculares: insuficiência cardíaca, arteriosclerose periférica e hipertensão arterial.

Critérios de Enquadramento:

A perícia enquadrará em incapacidade definitiva por Estados Avançados do Mal de Paget (Osteíte Deformante) os policiais militares:

1. Portadores de formas extensas da doença de acordo com as características já citadas anteriormente.
2. Portadores de formas monostóticas com deformidades acentuadas e dolorosas;
3. Portadores de coxopatia Pagética, que apresentarem dificuldade para marcha.

Laudo de Conclusão Pericial:

Os laudos declaratórios de invalidez por Osteíte Deformante deverão constar os seguintes dados:

1. Descrição da enfermidade básica; inclusive o diagnóstico numérico, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID);
2. Elementos propedêuticos usados que permitiram o enquadramento legal;
3. Descrição da extensão das deformidades e as partes ósseas atingidas;
4. Data do início da doença;
5. Descrição dos tratamentos propostos e realizados, sobre a refratariedade do tratamento se for o caso;
6. A expressão “Osteíte Deformante”.

6. HANSENÍASE

Conceito:

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

São considerados Sinais Cardinais da Hanseníase:

1. Lesão(ões) de pele com alteração da sensibilidade;
2. Acometimento de nervo(s) periférico(s) com ou sem espessamento, associado à alteração de sensibilidade.
3. Baciloscopia positiva.

As formas clínicas da Hanseníase podem ser classificadas em:

1. Forma Paucibacilar (PB) Casos com até 05 lesões de pele e baciloscopia negativa. Compreendem as formas Indeterminada e Tuberculóide.

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

1.2. Hanseníase Tuberculóide: Poucas lesões bem delimitadas, em placas ou anulares com bordas papulosas e áreas da pele eritematosas ou hipocrômicas, anestésicas e de distribuição assimétrica, com crescimento centrífugo lento levando à atrofia no interior da lesão;

2. Forma Multibacilar Casos com mais de 05 lesões de pele. Compreendem as formas Dimorfa; Virchowiana e Não Especificada.

2.1. Hanseníase Dimorfa: Manifestações clínicas variáveis na pele, nos nervos ou no comprometimento sistêmico; Lesões neurais precoces, assimétricas, levando a deficiências físicas;

2.2. Hanseníase Virchowiana: Evolução crônica com infiltração progressiva e difusa da pele, mucosas das vias aéreas superior e olhos, testículos, nervos, podendo afetar os linfonodos, o fígado e o baço.

Quando das neurites, podem ocorrer lesões das fibras autonômicas, sensitivas ou motoras, resultando em deficiências sensitivas ou sensitivo-motoras, provocando incapacidades e deformidades que podem resultar em sequelas. Os nervos mais afetados na doença são os da face (trigêmeo e facial), os dos braços (radial, ulnar e mediano), os das pernas (fibular comum e tibial).

As formas clínicas reacionais (Reação tipo I e II) são caracterizadas pelo aparecimento de novas lesões dermatológicas (manchas ou placas), infiltração, alterações de cor e edema nas lesões antigas, com ou sem espessamento, com sintomas gerais como: febre, mal-estar geral, neurites agudas ou subagudas, levando à dor, alteração da sensibilidade (parestesias e hipoestésias) e diminuição da força muscular e/ou da precisão de movimentos.

Em alguns casos, o quadro reacional evolui com neurite, orquite, irite, iridociclite, artrite, mão e pé reacionais, linfadenite, proteinúria e dano hepático.

Aspectos Práticos:

1. A hanseníase, por si só, não leva o policial militar a afastar-se de suas atividades laborativas, uma vez que, iniciada a terapia específica (poliquimioterapia), o indivíduo bacilífero torna-se não contagiante após a primeira dose da medicação.

2. O exame baciloscópico de pele (esfregaço intradérmico), quando disponível, deve ser utilizado como exame complementar para a classificação dos casos em PB ou MB. A baciloscopia positiva classifica o caso como MB, independentemente do número de lesões. Porém, o resultado negativo da baciloscopia não exclui o diagnóstico de hanseníase

3. Exame histopatológico é indicado como suporte na elucidação diagnóstica e em pesquisas.

4. Episódios reacionais (Reação tipo I e II) podem levar ao afastamento das atividades laborativas com incapacidade temporária ou definitiva.

5. Durante o exame pericial deve-se avaliar o grau de incapacidade física e de função neural de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS). Os testes de sensibilidade dos olhos, mãos e pés podem ser realizados com um conjunto de monofilamentos de Semmes-Weinstein e do fio dental (sem sabor) para os olhos.

Grau de Incapacidade Física de Acordo com a Organização Mundial de Saúde

GRAU	CARACTERÍSTICAS
0	Nenhum problema com os olhos, mãos e pés devido à hanseníase.
1	Diminuição ou perda da sensibilidade nos olhos Diminuição ou perda da sensibilidade nas mãos e /ou pés.
2	Olhos: lagofalmo e/ou ectrópio; triquíase; opacidade corneana central; acuidade visual menor que 0,1 ou não conta dedos a 6m de distância. Mãos: lesões tróficas e/ou lesões traumáticas; garras; reabsorção; mão caída. Pés: lesões tróficas e/ou traumáticas; garras; reabsorção; pé caído; contratura do tornozelo.

Nota: A inspeção do nariz deverá ser realizada concomitante ao exame de mãos, pés e olhos, com o objetivo de detectar ressecamento e úlceras da mucosa nasal, perfuração do septo e desabamento da pirâmide nasal.

Critérios de Enquadramento:

A perícia concluirá pelo afastamento definitivo das atividades laborativas quando os policiais militares apresentarem sequelas incapacitantes sem possibilidade de recuperação.

Laudo de Conclusão Pericial:

Os laudos declaratórios da invalidez do portador de Hanseníase deverão constar os seguintes dados:

1. Diagnóstico da enfermidade básica, inclusive o diagnóstico numérico, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID);
2. Elementos propedêuticos usados que permitiram o enquadramento legal;
3. Forma clínica;
4. Descrição da presença de sequelas;
5. Data do início da doença;
6. Descrição dos tratamentos propostos e realizados, sobre refratariedade do tratamento se for o caso;
7. Conclusão quanto à existência ou não de invalidez.

7. DOENÇA DE PARKINSON

Conceito:

A Doença de Parkinson (DP) é um distúrbio degenerativo do sistema nervoso central, idiopático, lentamente progressivo, decorrente de um comprometimento do sistema nervoso extrapiramidal.

Na maioria dos casos, não é possível conhecer sua etiologia, sendo denominada parkinsonismo primário ou Doença de Parkinson propriamente dita. Quando identificada a causa (pós-encefalite, arteriosclerótica etc.), a doença é conhecida como Síndrome de Parkinson ou parkinsonismo secundário.

Suas principais manifestações motoras são:

1. Tremor de repouso: hipercinesia, predominantemente postural, rítmica e não intencional, que diminui com a execução de movimentos voluntários e pode cessar com o relaxamento total;

2. Bradicinesia: diminuição da atividade motora espontânea e consequente lentidão de movimentos. Os movimentos lentos são típicos à medida que a rigidez progride.

3. Rigidez muscular: acompanha-se do exagero dos reflexos tônicos de postura e determina o aparecimento de movimentos em sucessão fracionária, conhecidos como "sinal da roda dentada";

4. Instabilidade postural: dificuldade na marcha (início, giros, parada) e na postura.

A presença de processo degenerativo além do sistema nigroestriatal pode explicar uma série de sintomas e sinais não motores, tais como alterações do olfato, distúrbios do sono, hipotensão postural, constipação, mudanças emocionais, depressão, ansiedade, sintomas psicóticos, prejuízos cognitivos e demência, dentre outros.

A evolução da doença, a gravidade e a progressão dos sintomas variam enormemente de um paciente para outro. Usualmente acarreta incapacidade grave após 10 a 15 anos do início da doença.

Não se dispõe, até o momento, de teste diagnóstico para a doença. Embora neurologistas geralmente concordem que o diagnóstico da DP requer a identificação de alguma combinação dos sinais motores cardinais (tremor de repouso, bradicinesia, rigidez com roda dentada, anormalidades posturais), uma classificação clínica padrão ainda não foi obtida.

Estima-se que a taxa de morte dos neurônios dopaminérgicos da substância nigra situa-se ao redor de 10% ao ano. Consequentemente, com o tempo, a sintomatologia parkinsoniana piora e a necessidade de medicamentos sintomáticos aumenta. O grau de resposta aos medicamentos tende a decrescer com a progressão da doença e novos sintomas podem surgir.

Aspectos Práticos:

1. O exame pericial tem como objetivo comprovar o acometimento por Doença de Parkinson e o grau de incapacidade laborativa e/ou de invalidez.

2. Ambas as formas clínicas (Doença de Parkinson primária ou secundária) satisfazem o critério da legislação, exigindo apenas o reconhecimento da incapacidade laborativa e/ou de invalidez e da impossibilidade do controle terapêutico da doença.

3. Não se incluem nos dispositivos da lei as formas de parkinsonismo secundário, de caráter transitório, ocasionadas por medicamentos, cujo quadro clínico regride com a suspensão da droga, e por outras etiologias.

4. Quaisquer das formas clínicas da Doença de Parkinson ou do parkinsonismo secundário podem levar à incapacidade definitiva para o trabalho quando determinarem impedimento do policial militar ao desempenho das atividades normais e não for possível o controle terapêutico da doença.

5. A avaliação de invalidez de um paciente portador de Parkinson é fundamentada na pontuação expressa na tabela de Webster.

6. A escala de Webster foi criada em 1968 e é composta de 10 itens que avaliam a bradicinesia manual, rigidez, postura, balanceio de membros superiores, marcha, tremor, face, seborréia, fala e cuidados pessoais. A pontuação de cada item varia de 0 a 3, sendo que a obtenção de um escore total entre 1 e 10 refere-se à fase inicial da doença, indicando os primeiros sinais de comprometimento. O escore de 11 a 20 corresponde a uma incapacidade moderada e, de 21 a 30, a doença mais avançada ou grave (Tabela 4).

Tabela 4: Tabela de Webster para Avaliação da Doença de Parkinson.

Bradicinesia De Mãos – Incluindo Escrita Manual	PONTOS
1. Sem comprometimento;	0
2. Lentificação detectável do uso de supinação-pronação evidenciada pela dificuldade no início do manuseio de instrumentos, abotoamento de roupas e durante a escrita manual;	1
3. Lentificação moderada do uso de supinação-pronação, em um ou ambos os lados, evidenciada pelo comprometimento moderado da função das mãos. A escrita manual encontra-se fortemente prejudicada com micrografia presente;	2
4. Lentificação grave do uso da supinação-pronação - incapaz de escrever ou abotoar as roupas. Dificuldade acentuada no manuseio de utensílios.	3
Rigidez	PONTOS
1. Não detectável;	0
2. Rigidez detectável no pescoço e ombros. O fenômeno de ativação encontra-se presente. Um ou ambos os braços apresentam rigidez leve, negativa, durante o repouso;	1
3. Rigidez moderada no pescoço e ombros. A rigidez durante o repouso é positiva quando o paciente não está medicado;	2
4. Rigidez grave no pescoço e ombros. A rigidez de repouso não pode ser revertida por medicação.	3
Postura	PONTOS
1. Postura normal. Cabeça fletida para frente, menos que 10 cm;	0
2. Começando a apresentar coluna de atizador. Cabeça fletida para frente, mais de 12 cm;	1
3. Começa a apresentar flexão de braço. Cabeça fletida para frente mais de 15 cm. Um ou ambos os braços elevados, mas, abaixo da cintura;	2
4. Início da postura simiesca. Cabeça fletida para frente mais de 15 cm. Uma ou ambas as mãos elevadas acima da cintura. Flexão aguda da mão. Começando a extensão inter-falange. Começando a flexão dos joelhos.	3
Balanceio De Membros Superiores	PONTOS
1. Balanceio correto dos dois braços ;	0
2. Um dos braços com diminuição definida do balanceio;	1
3. Um braço não balança;	2
4. Os dois braços não balançam.	3

Marcha	PONTOS
1. Passos bons, com passada de 40 a 75 cm. Faz giro sem esforço;	0
2. Marcha encurtada para passada com 30 a 45 cm. Começando a bater um calcanhar, faz giro mais lentamente. Requer vários passos;	1
3. Passada moderadamente encurtada agora com 15 a 30 cm. Os dois calcanhares começam a bater no solo forçadamente;	2
4. Início da marcha com interrupções, passos com menos de 7 cm. Ocasionalmente, a marcha apresenta um tipo de bloqueio como “gaguejar”. O paciente anda sobre os artelhos e faz os giros muito lentamente.	3
Tremor	PONTOS
1. Sem tremor detectado;	0
2. Observado movimento de tremor com menos de 2,5 cm de pico a pico, nos membros ou na cabeça, durante o repouso ou em qualquer mão durante a marcha ou durante o teste dedo-nariz;	1
3. O evento máximo de tremor não excede 10 cm. O tremor é grave, mas não constante. O paciente retém algum controle das mãos;	2
4. Um evento de tremor excedendo 10 cm. O tremor é constante e grave. O paciente não consegue livrar-se do tremor enquanto está acordado, a menos que este seja do tipo cerebelar puro. A escrita e a auto-alimentação são impossíveis.	3
Face	PONTOS
1. Normal. Expressão completa, sem aparência de espanto;	0
2. Imobilidade detectável. A boca permanece aberta. Começam as características de ansiedade e depressão;	1
3. Imobilidade moderada. A emoção é interrompida, com aumento acentuado no limiar. Os lábios se partem com o tempo. Aparência moderada de ansiedade e depressão. Pode ocorrer perda de saliva pela boca;	2
4. Face congelada. Boca aberta 0,5 cm ou mais. Pode haver perda intensa de saliva pela boca.	3
Seborreia	PONTOS
1. Nenhuma;	0
2. Aumento da perspiração. A secreção permanece fina;	1
3. Oleosidade óbvia presente. Secreção mais espessa;	2
4. Seborreia acentuada. Toda a face e a cabeça cobertas por uma secreção espessa	3
Fala	PONTOS

1. Clara, sonora, ressonante, fácil de entender;	0
2. Começando uma rouquidão com perda de inflexão e ressonância. Com bom volume e ainda fácil de entender;	1
3. Rouquidão e fraqueza moderadas. Monotonia constante, sem variações de altura. Início da disartria. Hesitação, gaguejamento, dificuldade para ser compreendido;	2
4. Rouquidão e fraqueza acentuadas. Muito difícil de ouvir e compreender.	3
Cuidados Pessoais	PONTOS
1. Sem comprometimento;	0
2. Ainda capaz de todos os cuidados pessoais mas a velocidade com que se veste torna-se um empecilho definitivo. Capaz de viver sozinho e frequentemente ainda empregado;	1
3. Requer ajuda em certas áreas críticas, como para virarse na cama, levantar-se de cadeiras, etc. Muito lento no desempenho da maioria das atividades mas trata estes problemas designando mais tempo para cada atividade;	2
4. Continuamente incapacitado. Incapaz de vestir-se, alimentar-se ou andar sozinho.	3
Análise	TOTAL
1. Início da doença	1-10
2. Incapacidade moderada	11-20
3. Doença grave ou avançada	20-30

Critérios de Enquadramento:

O policial militar com Doença de Parkinson será aposentado por invalidez quando:

1. As manifestações clínicas e a evolução da doença o impedirem de desempenhar suas atividades laborativas e à realização das atividades normais da vida diária;
2. Não for possível o controle terapêutico da enfermidade.

Laudo de Conclusão Pericial:

Os laudos declaratórios de Doença de Parkinson deverão constar os seguintes dados:

1. Diagnóstico da Doença de Parkinson; inclusive o diagnóstico numérico, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID);
2. Elementos propedêuticos usados que permitiram o enquadramento legal;
3. Classificação da incapacidade através da tabela de Webster;
4. Data do início da doença;
5. Descrição dos tratamentos propostos e realizados, sobre refratariedade do tratamento se for o caso.

8. NEFROPATIA GRAVE

Conceito:

São patologias de qualquer etiologia que acarretem comprometimento da função renal de modo irreversível de evolução aguda ou crônica, determinando incapacidade para o trabalho, com base nos sintomas clínicos e nas alterações bioquímicas.

Dentre as patologias que podem cursar com nefropatia grave estão as glomerulonefrites crônicas consequentes a depósitos de imunocomplexos; glomerulonefrite crônica consequente a anticorpo antimembrana basal; vasculites; nefropatia diabética; nefropatia hipertensiva; amiloidose renal; nefropatia por irradiação; nefropatia consequente à obstrução do fluxo urinário; neoplasias (hiper nefroma, linfoma, infiltração leucêmica); necrose cortical difusa; necrose medular bilateral; pielonefrite crônica; obstrução arterial e/ou venosa grave (aguda ou crônica); nefrite intersticial crônica; nefropatias hereditárias (rins policísticos, Alport e outras).

Dentre as manifestações clínicas das nefropatias graves estão:

1. Ectoscópicas - palidez amarelada, edema, hemorragia cutânea e sinais de prurido;
2. Cardiovasculares - pericardite sero-fibrinosa, hipertensão arterial e insuficiência cardíaca;
3. Gastrointestinais - soluço, língua saburrosa, hálito amoniacal, náuseas, vômitos, hemorragias digestivas, diarreia ou obstipação crônicas;
4. Neurológicas - cefaléia, astenia, insônia, lassidão, tremor muscular, convulsão e coma;
5. Oftalmológicas - retinopatia hipertensiva e retinopatia arteriosclerótica;
6. Pulmonares - pulmão urêmico e derrame pleural;
7. Urinárias - nictúria.

Dentre as alterações bioquímicas evidenciadas nos exames complementares estão:

1. Alterações Laboratoriais: redução da filtração glomerular; redução da capacidade renal de diluição e concentração (isostenúria); aumento dos níveis sanguíneos de uréia, creatinina e ácido úrico; distúrbios dos níveis de sódio, potássio, cálcio, fósforo, glicose e lipídios; acidose;
2. Alteração nos exames por imagem: diminuição das áreas renais nas enfermidades crônicas ou nas isquemias agudas intensas; distorções da imagem normal consequentes a cicatrizes, cistos, hematomas, abscessos ou tumores; distensão do sistema coletor nos processos primariamente obstrutivos; diminuição da eliminação de contrastes.

Aspectos Práticos:

1. A classificação do grau de insuficiência renal crônica é feita de acordo com os níveis de alteração da função renal:
 - a) Insuficiência Renal Leve: filtração glomerular entre 60 e 89 ml/min e creatinina sérica entre 1,5 e 2,0 mg/dl;
 - b) Insuficiência Renal Moderada: filtração glomerular entre 30 e 59 ml/min e creatinina sérica entre 2,1 e 6,0 mg/dl;
 - c) Insuficiência Renal Severa: filtração glomerular entre 15 e 29 ml/min e creatinina sérica entre 6,1 e 9,0 mg/dl;

d) Insuficiência Renal Terminal ou Pré-dialítica: filtração glomerular inferior a 15 ml/min e creatinina sérica superior a 9,0 mg/dl.

2. As nefropatias graves que cursam com insuficiência renal leve não são enquadradas como nefropatia grave.

Critérios de Enquadramento:

1. Portadores de nefropatia que cursam com insuficiência renal moderada, desde que acompanhadas de sintomas e sinais que determinem incapacidade laborativa;

2. Portadores de nefropatia que cursam com insuficiência renal severa ou terminal.

Laudo de Conclusão Pericial:

Os laudos declaratórios de invalidez por Nefropatia Grave deverão constar os seguintes dados:

1. Descrição da enfermidade básica; inclusive o diagnóstico numérico, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID);

2. Elementos propedêuticos usados que permitiram o enquadramento legal;

3. Descrição do nível de função renal;

4. Data do início da doença;

5. Descrição dos tratamentos propostos e realizados, sobre a refratariedade do tratamento se for o caso;

6. A expressão “Nefropatia Grave”.

9. NEOPLASIA MALIGNA

Conceito:

É um grupo de doenças caracterizadas pelo desenvolvimento incontrolado de células anormais que se disseminam a partir de um sítio anatômico primitivo. São consideradas neoplasias malignas as relacionadas na Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

O diagnóstico e a extensão da neoplasia maligna podem ser determinados pelos seguintes meios propedêuticos:

1. biópsia da lesão com estudo histopatológico;

2. exames citológicos;

3. exames ultrassonográficos;

4. exames endoscópicos;

5. exames de tomografia computadorizada;

6. exames de ressonância nuclear magnética;

7. exames cintilográficos;

8. pesquisa de marcadores tumorais específicos;

9. exames radiológicos.

O prognóstico é determinado pelo grau de malignidade da neoplasia influenciado pelos seguintes fatores:

1. grau de proliferação celular;

2. grau de diferenciação celular;

3. grau de invasão vascular e linfática;
4. estadiamento clínico e/ou cirúrgico;
5. resposta à terapêutica específica;
6. estatísticas de morbidade e mortalidade de cada tipo de neoplasia.

Critérios de Enquadramento:

A perícia poderá concluir pelo afastamento definitivo das atividades laborativas quando os policiais militares forem:

1. Portadores de neoplasias malignas refratárias ao tratamento;
2. Portadores de neoplasias malignas que manifestarem recidiva da doença;
3. Portadores de neoplasias malignas que manifestarem metástases da doença;
4. Portadores de neoplasias malignas que tornarem-se inválidos em consequência de seqüelas do tratamento, mesmo quando erradicada a lesão neoplásica maligna.

Laudo de Conclusão Pericial:

Os laudos declaratórios da invalidez do portador de neoplasia maligna deverão constar os seguintes dados:

1. Diagnóstico da neoplasia, inclusive o diagnóstico numérico, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID);
2. Elementos propedêuticos usados que permitiram o enquadramento legal;
3. Estágio evolutivo;
4. O tipo anatomopatológico da neoplasia;
5. Localização;
6. Descrição dos tratamentos propostos e realizados, sobre a refratariedade do tratamento se for o caso;
7. Presença de metástases;
8. Presença de sequelas;
9. Data de início da doença;
10. A expressão “Neoplasia Maligna”.

10. PARALISIA IRREVERSÍVEL E INCAPACITANTE

Conceito:

Entende-se como paralisia a abolição completa da mobilidade voluntária, da capacidade de efetuar um movimento em certo território do corpo. O mecanismo ocorre com a interrupção, em qualquer ponto, de uma via motora, desde o córtex cerebral até a própria fibra muscular, gerado pela lesão do neurônio motor periférico ou central, de natureza destrutiva ou degenerativa.

É considerada irreversível e incapacitante quando, esgotados os recursos terapêuticos da medicina especializada e os prazos necessários à recuperação motora, permanecendo distúrbios graves e extensos que afetem a mobilidade, a sensibilidade e a troficidade, tornando o policial militar impossibilitado para qualquer trabalho de forma total e permanente.

São equiparadas às paralisias:

1. Lesões osteomusculoarticulares (exceto as lesões que envolvam a coluna vertebral) que resultem alterações extensas e definitivas das funções nervosas, da mobilidade e da troficidade, esgotados os recursos terapêuticos da medicina especializada e os prazos necessários à recuperação;

2. Lesões vasculares graves e crônicas, das quais resultem alterações extensas e definitivas das funções nervosas, da mobilidade e da troficidade, esgotados os recursos terapêuticos da medicina especializada e os prazos necessários à recuperação;

3. Ausências de membros, segmentos de membros ou de feixes musculares, resultantes de amputação ou ressecções cirúrgicas que resultem em distúrbios graves e extensos da mobilidade de um ou mais membros.

Aspectos Práticos:

1. Caracteriza-se paralisia funcional a abolição das funções sensoriais, na ausência de lesões orgânicas das vias nervosas;

2. As paralisias são classificadas quanto à localização e a extensão das lesões:

a. Paralisia isolada ou periférica: quando é acometido apenas um músculo ou um grupo de músculos;

b. Monoplegia: quando são acometidos todos os músculos de um só membro;

c. Hemiplegia: quando são acometidos os membros superiores e inferiores do mesmo lado, com ou sem paralisia facial homolateral;

d. Paraplegia ou diplegia: quando são acometidos os membros superiores ou os inferiores, simultaneamente;

e. Triplegia: quando resulta no acometimento de três membros;

f. Tetraplegia: quando são acometidos os membros superiores e inferiores.

3. A paralisia de um músculo ou grupo de músculos não apresenta por si só e na maioria das vezes não leva a incapacidade, portanto, não é motivo para concessão das vantagens da lei.

Crerios de Enquadramento:

1. O policial militar portador de paralisia irreversível e incapacitante que tenha esgotado todas as possibilidades de medidas terapêuticas disponíveis, sendo considerado impossibilitado para qualquer trabalho de forma total e permanente.

Laudo de Conclusão Pericial:

Os laudos declaratórios por Invalidez de Paralisia Irreversível e Incapacitante deverão constar os seguintes dados:

1. Diagnóstico da enfermidade básica, anatômico e etiológico, inclusive o diagnóstico numérico, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID);

2. Estágio evolutivo;

3. Elementos propedêuticos usados que permitiram o enquadramento legal;

4. Data de início da doença;

5. Descrição dos tratamentos propostos e realizados, sobre refratariedade do tratamento se for o caso;

6. Caráter definitivo e permanente;

7. A expressão “Paralisia Irreversível e Incapacitante” ou “equivalente a Paralisia Irreversível e Incapacitante”.

11. PÊNFIGO FOLIÁCEO

Conceito:

Há duas formas de pênfigo foliáceo: Clássico ou doença de Cazenave e Endêmico, conhecido como fogo selvagem ou pênfigo foliáceo brasileiro. O pênfigo foliáceo clássico é de ocorrência universal e predomina entre a quarta e quinta décadas da vida, sem predileção por sexo. O fogo selvagem é endêmico no Brasil, particularmente nos estados de Goiás, Distrito Federal, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Tocantins, Minas Gerais, Paraná e São Paulo. Tem ocorrência familiar, acomete principalmente adultos jovens e crianças de áreas rurais, próximas a córregos e rios.

Critérios de Enquadramento:

O pênfigo foliáceo endêmico inicia-se apresentando bolhas superficiais que se rompem facilmente deixando erosões, com escamas e crostas finas e aderentes. Geralmente, ocorrem na face, pescoço e parte superior do tronco - forma frustra ou localizada. A doença dissemina, no sentido craniocaudal, de forma gradual, durante semanas ou meses, podendo evoluir para a forma generalizada, tendo sua expressão máxima na eritrodermia. Nesta forma já não se observam mais bolhas. Há eritema e descamação disseminados que podem durar de semanas a meses. Os pacientes apresentam sensação de ardor e queimação, o que originou o termo “fogo selvagem”. São geralmente intolerantes ao frio. As complicações como as infecções secundárias diversas são comuns.

As lesões do pênfigo foliáceo endêmico podem surgir ou agravar-se após exposição ao sol. No pênfigo de Cazenave não se observam estas fases evolutivas, mas as lesões habitualmente predominam na porção superior do tronco e segmento cefálico.

Não há acometimento mucoso no pênfigo foliáceo, clássico ou endêmico.

Diagnóstico Laboratorial dos Pênfigos:

- Exame citológico: presença de células acantolíticas, de formato arredondado. Não distingue o pênfigo vulgar do foliáceo.

- Exame histopatológico: deve ser selecionada uma lesão recente e íntegra. No caso do pênfigo vulgar observa-se clivagem intraepidérmica baixa, supra-basal. No pênfigo foliáceo clássico e endêmico a clivagem é mais alta, logo abaixo da camada córnea ou granulosa. Em ambos os casos há a presença de células acantolíticas.

- Imunofluorescência direta (IFD): realizar biópsia da pele perilesional. Há depósito de IgG intercelular na epiderme, conferindo aspecto rendilhado ou “em malha”.

- Imunofluorescência indireta (IFI): demonstra a presença de IgG circulante no soro do paciente, utilizando-se como substrato o esôfago de macaco, esôfago de cobaia. Os títulos geralmente se correlacionam com atividade clínica no caso do pênfigo vulgar.

A técnica de imunofluorescência (IFD e IFI) não diferencia o pênfigo vulgar do foliáceo, podendo para tanto ser utilizado o método ELISA.

Muitas vezes se consegue obter o controle total do pênfigo, o que possibilita a suspensão do tratamento devendo-se, no entanto manter o paciente sob observação uma vez que as recidivas são frequentes.

A mortalidade dos pênfigos é atualmente estimada entre 5 % e 10% sendo a septicemia a principal causa de óbito.

Critérios de Enquadramento:

A perícia concluirá pelo afastamento definitivo das atividades laborativas quando os policiais militares apresentarem:

1. Lesões generalizadas com ou sem infecção secundária, refratárias à terapêutica com corticosteróides e imunossupressores;
2. Eritrodermia com ou sem infecção secundária, refratária à terapêutica com corticosteróides e imunossupressores.

Laudo de Conclusão Pericial: Os laudos declaratórios da invalidez do portador de pênfigo foliáceo deverão constar os seguintes dados:

1. Diagnóstico da enfermidade básica, inclusive o diagnóstico numérico, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID)
2. Forma clínica;
3. Elementos propedêuticos usados que permitiram o enquadramento legal;
4. Data do início da doença;
5. Descrição dos tratamentos propostos e realizados, sobre a refratariedade do tratamento se for o caso.

12. SÍNDROME DA DEFICIÊNCIA IMUNOLÓGICA ADQUIRIDA

Conceito:

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS) é a manifestação mais tardia da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). Caracterizada por uma grave imunodeficiência, que se manifesta com o aparecimento de doenças oportunistas, neoplasias malignas e lesões neurológicas.

Sabemos que a infecção pelo vírus do HIV, um retrovírus com genoma RNA, cursa com amplo espectro de apresentações clínicas, da fase aguda até a fase avançada, com manifestações definidoras de AIDS (SIDA), em um tempo médio de 10 anos entre o contágio e o adoecimento.

Entretanto, com o avanço das terapias antiretrovirais, o que outrora cursava com uma evolução desfavorável, que culminava em invalidez, atualmente se apresenta com um novo e benéfico perfil evolutivo para a síndrome, o que permite a recuperação da capacidade laborativa.

Dessa forma, é imprescindível a análise pericial de cada caso quanto à situação clínico-laboratorial e prognóstica, a fim de definir a capacidade laboral e o enquadramento no estágio que hoje é especificado na lei.

Classificação:

A infecção pelo HIV pode ser classificada de acordo com as **manifestações clínicas** e a **contagem de linfócitos T-CD4 +**.

Tabela 5: Classificação Quanto às Manifestações Clínicas

Categoria "A"	1) Infecção assintomática: indivíduos com sorologia positiva para o HIV, sem apresentar sintomas;
	2) Linfadenopatia generalizada persistente: linfadenomegalia, envolvendo duas ou mais regiões extrainguinais, com duração de pelo menos 3 (três) meses, associada à sorologia positiva para o HIV;
	3) Infecção aguda: síndrome de

	mononucleose, caracterizada por febre, linfadenomegalia e esplenomegalia. A sorologia para o HIV é negativa, tornando-se positiva geralmente duas a três semanas após o início do quadro clínico.
Categoria "B"	Indivíduos com sorologia positiva para o HIV, sintomáticos, com as seguintes condições clínicas:
	1) Angiomatose bacilar;
	2) Candidíase vulvovaginal persistente, de mais de um mês, que não responde ao tratamento específico;
	3) Candidíase orofaríngea;
	4) Sintomas constitucionais (febre maior que 38,5° C ou diarreia com mais de um mês de duração);
Categoria "C"	Indivíduos soropositivos e sintomáticos que apresentam infecções oportunistas ou neoplasias:
	1) Candidíase esofágica, traqueal ou brônquica;
	2) Criptococose extrapulmonar;
	3) Câncer cervical uterino;
	4) Rinite, esplenite ou hepatite por citomegalovírus;
	5) Herpes simples mucocutâneo com mais de um mês de evolução;
	6) Histoplasmose disseminada;
	7) Isosporíase crônica;
	8) Micobacteriose atípica;
	9) Tuberculose pulmonar ou extrapulmonar;
	10) Pneumonia por P. carinii;
	11) Pneumonia recorrente com mais de dois episódios em um ano;
	12) Bacteremia recorrente por "salmonella";
	13) Toxoplasmose cerebral;

	14) Leucoencefalopatia multifocal progressiva;
	15) Criptosporidiose intestinal crônica;
	16) Sarcoma de Kaposi;
	17) Linfoma de Burkitt, imunoblástico ou primário de cérebro;
	18) Encefalopatia pelo HIV;
	19) Síndrome consumptiva pelo HIV.

Tabela 6: Classificação Quanto à Contagem de Linfócitos T-CD4+

Grupo 1	Indivíduos com número absoluto de linfócitos T auxiliares (CD4) $\geq 500/\text{mm}^3$
Grupo 2	Indivíduos com número absoluto de linfócitos T auxiliares (CD4) entre 200 e 499/ mm^3
Grupo 3	Indivíduos com número absoluto de linfócitos T auxiliares (CD4) $< 200/\text{mm}^3$

Tabela 7: Classificação Clínica e Laboratorial

Grupos	Contagem T-CD4	CATEGORIA CLÍNICA A	CATEGORIA CLÍNICA B	CATEGORIA CLÍNICA C
1	$>500/\text{mm}^3$	A1	B1	C1
2	$200-499/\text{mm}^3$	A2	B2	C2
3	$< 200/\text{mm}^3$	A3	B3	C3

Aspectos Práticos:

1. São consideradas SIDA/AIDS as classificações A3, B3, C1, C2 e C3. As demais são consideradas portadores do vírus HIV.

2. Podem ser considerados incapazes temporariamente para o serviço os policiais militares classificados nas categorias A1, A2, B1 e B2, na presença de manifestações clínicas incapacitantes e deverão ser mantidos em licença para tratamento de saúde.

3. No caso de presença de capacidade laboral parcial o policial militar deverá ser enquadrado como apto com restrições temporárias.

Critérios de Enquadramento:

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

Laudo de Conclusão Pericial: Os laudos declaratórios por Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS) deverão constar os seguintes dados:

1. Diagnóstico da doença;
2. Elementos propedêuticos usados que permitiram o enquadramento legal;
3. Classificação da categoria clínica e laboratorial;
4. Data do início da doença;
5. Descrição dos tratamentos propostos e realizados.

13. TUBERCULOSE ATIVA

Conceito:

A tuberculose é uma doença infectocontagiosa causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, cuja evolução é aguda ou crônica e de notificação compulsória.

Devido a grande possibilidade de cura dos casos de tuberculose uma vez diagnosticados precocemente e a boa evolução dos casos tratados corretamente, ressalta-se a necessidade de se fazer uma adequada avaliação da fase evolutiva da doença ou da condição das lesões e de sua fase evolutiva para que se estabeleça a noção de cura ou a resposta ao tratamento.

No contexto médico pericial, a presença da doença, por si só, não aponta para a existência de incapacidade laboral, pois deverá ser levado em consideração a repercussão geral da doença e o comprometimento das atividades laborais do indivíduo.

O estado evolutivo das lesões tuberculosas são classificadas em: ativas, inativas, de atividade indeterminada (potencial evolutivo incerto) e curadas.

Apresentam as seguintes características:

1. Lesões Ativas:

1.1. Características clínicas: presença de sinais clínicos e sintomas compatíveis com a doença tuberculosa;

1.2. Características bacteriológicas: pesquisa positiva do *Mycobacterium tuberculosis* nos diferentes materiais (exame direto, cultura de qualquer secreção ou material ou inoculação em animais sensíveis);

1.3. Características radiológicas pulmonares:

1.3.1. Presença do caráter infiltrativo-inflamatório das lesões, evidenciado pela lesão perifocal;

1.3.2. Presença de instabilidade das lesões infiltrativas, observadas nas séries de radiografias;

1.3.3. Presença de cavidades com paredes espessas, com ou sem nível líquido e reação perifocal;

1.3.4. Derrame pleural associado;

1.3.5. Complexo gânglio pulmonar recente.

1.4. Características imunológicas: evidência de viragem tuberculínica recente, quando ausente vacinação BCG (PPD-Forte Reator).

2. Lesões Inativas:

2.1. Características Clínicas:

Ausência de sinais e sintomas relacionados à tuberculose:

Existência eventual de manifestações de entidades mórbidas não tuberculosas consequentes à doença ou à cura (resíduos sintomáticos com lesões tuberculosas inativas);

Persistência das condições clínicas favoráveis com duração de, pelo menos, três meses.

2.2. Características Bacteriológicas: ausência do *Mycobacterium tuberculosis* nos diferentes materiais: ao exame direto e/ou cultura do material colhido, com negatividade nos resultados dos exames mensais realizados pelo menos três meses, incluindo os materiais colhidos por broncoaspiração e negatividade dos exames realizados nas peças de ressecção;

2.3. Características Radiológicas: “limpeza” radiológica completa ou muito acentuada, onde os resíduos de lesão deverão apresentar-se estáveis em séries de radiografias. Se permanecerem cavidades, estas devem apresentar saneamento, paredes finas com nível líquido ou reação perifocal, aspecto cístico ou bolhoso.

3. Lesões de atividade indeterminada (potencial evolutivo incerto):

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

4. Lesões Curadas:

As lesões são classificadas com curadas quando, após o tratamento regular com esquema tríplice, durante 6 (seis) meses, apresentam características de inatividade.

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

CLASSE O : Sem exposição à tuberculose e sem infecção tuberculosa;

CLASSE I : História de exposição à tuberculose, porém, sem evidência de infecção tuberculosa (teste cutâneo tuberculínico negativo);

CLASSE II: Infecção tuberculosa, caracterizada pela positividade da prova cutânea tuberculínica, porém, sem tuberculose e

CLASSE III: Doença ativa e que apresenta quadros clínico, bacteriológico, radiológico e imunológico que evidenciam e definem as lesões tuberculosas.

Aspectos Práticos:

1. O policial militar que seja portador de tuberculose pulmonar ativa deverá permanecer em licença médica até que a baciloscopia no escarro seja negativa e também, após a sua recuperação clínica.

2. Naqueles casos em que houver comprovada resistência bacilar aos esquemas usados (determinada por vários testes terapêuticos) ou nos casos em que, por consequência da resolução fibrocicatricial de cura, tenha ocorrido importante limitação funcional respiratória, ou seja, superior a 55% do volume corrente ou da capacidade pulmonar total e que imponham importante limitação física ou profilático-sanitária ao portador da doença, será avaliada a possibilidade de aposentadoria por tuberculose pulmonar.

3. Quando tratar-se de quadro de cor pulmonale crônico, acompanhado de sinais de insuficiência cardíaca congestiva, em consequência da gravidade ou extensão das lesões pulmonares tuberculosas, a junta médica avaliará o caso de acordo com as normas referentes à cardiopatia grave, desta Portaria.

4. policiais militares que sejam portadores de lesões pulmonares extrapulmonares, a junta médica avaliará cada caso de acordo com os pareceres das clínicas especializadas.

5. As sequelas das lesões tuberculosas se irreversíveis, graves e determinantes de invalidez permanente do policial militar, serão enquadradas, do ponto de vista legal, de forma semelhante aos de tuberculose ativa, pois dela decorrem diretamente.

Critérios de Enquadramento:

1. Indivíduos que tenham adquirido a doença ou desenvolvam formas resistentes de bacilos da tuberculose, que sejam refratários aos esquemas terapêuticos existentes;
2. Indivíduos que foram considerados curados, mas que por consequência da resolução cicatricial do processo, desenvolveram uma extensa limitação funcional que comprometem, diretamente, a sua capacidade laboral.

Laudo de Conclusão Pericial:

Os laudos declaratórios da invalidez do portador de Tuberculose Ativa deverão constar os seguintes dados:

1. Diagnóstico da doença “Tuberculose Ativa”;
2. Estágio evolutivo;
3. Elementos propedêuticos usados que permitiram o enquadramento legal;
4. Data do início da doença;
5. Descrição dos tratamentos propostos e realizados, sobre refratariedade do tratamento se for o caso;
6. Conclusão quanto à existência ou não de invalidez.

14. HEPATOPATIA GRAVE

Conceito:

É um grupo de doenças que atingem o fígado de forma primária ou secundária, com evolução aguda ou crônica, ocasionando alteração da estrutura e deficiência funcional intensa, progressiva e grave.

Para definir de maneira exata e objetiva a dimensão da incapacidade secundária às doenças hepáticas, vamos discutir o enquadramento quanto à hepatopatia grave.

Queixas inespecíficas de mal estar, fadiga ou depressão em pacientes hepatopatas crônicos sem comprometimento acentuado das funções hepáticas não encontram ainda evidência científica, na literatura médico-científica atual.

São causas etiológicas das hepatopatias graves:

1. Hepatites fulminantes: virais, tóxicas, metabólicas, autoimunes, vasculares;
2. Cirroses hepáticas: virais, tóxicas, metabólicas, autoimunes, vasculares;
3. Doenças parasitárias e granulomatosas;
4. Tumores hepáticos malignos: primários ou metastáticos;
5. Doenças hepatobiliares e da vesícula biliar levando a cirrose biliar secundária.

A única forma segura para o enquadramento quanto à hepatopatia grave é a aplicação de pelo menos uma dentre as duas classificações de gravidade de doenças hepáticas amplamente conhecidas e utilizadas na medicina hepatológica, o modelo CHILD-PUGH e o MELD.

O modelo Child-Pugh envolve cinco variáveis: dois critérios clínicos (encefalopatia e ascite) e três critérios laboratoriais (INR, albumina e bilirrubina). Tem um

sistema de escore de cinco a quinze:(escores 5 a 6 = classe A de Child-Pugh (“cirrose compensada”), escores 7 a 9 = classe B (“cirrose descompensada”) e escores 10 a 15 = classe C (hepatopatia grave). Este modelo ocasiona uma avaliação clínica mais minuciosa (Tabela 1).

No caso da ascite, caso haja dúvida entre ausência de ascite e ascite discreta, deve ser utilizado um exame ultrassonográfico abdominal recente. No caso da encefalopatia deve ser utilizada uma gradação, através de análise de sinais e sintomas (Tabela 2).

Tabela 1: Classificação de Child-Pugh

Fator	1 ponto	2 pontos	3 pontos
Bilirrubina sérica, $\mu\text{mol/l}$ (mg/dl)	< 34 (<2,0	34-51 (2,0-3,0)	> 51 (> 3,0
Albumina sérica, g/l (g/dl)	> 35 (> 3,5)	30-35 (3,0-3,5)	< 30 (< 3,0)
Ascite	Nenhuma	Discreta ou moderada, facilmente controlada com medicação.	Grande ou moderada, refratária a medicação.
Distúrbio neurológico	Ausente ou Grau 0 G	Grau I ou II	Grau III e IV
Tempo de protrombina (Segundos de prolongamento) INR	0-4 ou < 1,7	4-6 ou 1,7 – 2,3	> 6 ou > 2,3

Tabela 2: Gradação do Distúrbio Neurológico – Classificação Child-Pugh

GRAU	SINAIS	SINTOMAS
0	Hipomímia e Disartria	Imperceptíveis Alterações no padrão sono-vigília
I	Apraxia, Perda de atenção, Dificuldade para somar e Asterixe	Alterações no padrão sono-vigília conduta inapropriada, depressão ou euforia e perda de afeto
II	Os mesmos do grau I mais Dificuldade para descansar e Hálito hepático	Desorientação mínima, letargia ou apatia, sonolência e confusão
III	Os mesmos do grau II mais Clônus, Babinsky, hiper-reflexia e rigidez ou espasticidade de membros	Desorientação ou confusão mais acentuada sonolência ou insônia intermediárias e estupor
IV	Hálito hepático, flacidez (perda do	Coma, falta de resposta a estímulos verbais ou dolorosos

	tônus muscular), hiporreflexia ou arreflexia	
--	--	--

Outro sistema de classificação é o modelo matemático MELD, que utiliza três parâmetros laboratoriais: creatinina (mg/dL), bilirrubina total (mg/dL) e INR. A equação para calcular o escore MELD é:

$$(9,57 \times [\log \text{ creatinina}]) + (3,78 \times [\log \text{ bilirrubina total}]) + (11,20 \times [\log \text{ INR}]) + 6,42$$

Para conceituação de hepatopatia grave, se aceita atualmente o valor do MELD igual ou maior que 15.

Aspectos Práticos:

Em relação à capacidade laborativa, a exata precisão dos dados numéricos e das fórmulas matemáticas envolvidas nos critérios de avaliação deve ser complementada por avaliação médica individualizada e pautada em bom senso, conhecimento técnico e vivência profissional. Um periciado classificado na classe C pode ser considerado excepcionalmente capaz ao trabalho, principalmente em funções administrativas. E ainda, pacientes classificados segundo os critérios de Child-Pugh como classe “A”, mas que apresentam hipertensão porta com varizes esofágicas de médio e/ou grosso calibre, estão incapazes para atividades laborativas que requeiram maiores esforços físicos, em vista do risco aumentado de ruptura das varizes e sangramento digestivo alto; estando aptos para o exercício de outras atividades laborais compatíveis com seu estado de saúde.

Crerios de Enquadramento:

A perícia poderá concluir pelo afastamento definitivo das atividades laborais quando os policiais militares forem:

1. Portadores de hepatopatia grave que se enquadre na classe C do escore Child-Pugh e/ou MELD > 15;
2. Portadores de hepatopatia grave que se enquadre na classe B do escore Child-Pugh quando houver presença de ascite e/ou encefalopatia de forma recidivante.

Laudo de Conclusão Pericial:

Os laudos declaratórios por Invalidez por Hepatopatia Grave deverão constar os seguintes dados:

1. Diagnóstico da enfermidade básica, diagnóstico anatomopatológico, etiológico, inclusive o diagnóstico numérico, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID);
2. Estágio evolutivo / Classificação funcional (CHILD-PUGH e MELD);
3. Elementos propedêuticos usados que permitiram o enquadramento legal;
4. Data de início da doença;
5. Descrição dos tratamentos propostos e realizados, sobre refratariedade do tratamento se for o caso;
6. A expressão “Hepatopatia Grave”.

15. ESCLEROSE MÚLTIPLA

Conceito:

Esclerose Múltipla (EM) é uma doença inflamatória crônica, imunomediada, que acomete a mielina (substância branca) do sistema nervoso central (SNC), ou seja, uma doença desmielinizante do sistema central. É a principal causa não traumática de incapacidade em adultos jovens, e no entendimento da fisiopatologia da doença passaram a incluir a EM também no grupo das doenças degenerativas, e não somente no espectro das doenças inflamatórias crônicas. Isso aconteceu pela evidência de acometimento patológico além da mielina, alcançando os próprios axônios.

A hipótese patogênica mais aceita é que a EM seja um fruto da conjunção de uma determinada predisposição genética e um fator ambiental desconhecido que ao se apresentarem num mesmo indivíduo, originaria uma disfunção do sistema imunológico, que desenvolveria uma ação autolesiva dirigida fundamentalmente contra a substância branca, com perda de oligodendrócitos e mielina, o que ocasionaria um defeito na condução dos impulsos nervosos e condicionaria o aparecimento dos Sintomas.

Dessa forma, os fatores ambientais também desempenham um papel. A doença manifesta-se em 1:2.000 indivíduos que passam a primeira década da sua vida em climas temperados, mas só 1:10.000 dos nascidos nos trópicos. A esclerose múltipla quase nunca ocorre em pessoas que passaram os primeiros anos da sua vida perto do equador. Parece ter mais importância o clima em que o indivíduo viveu os seus primeiros dez anos do que aquele em que passa os anos posteriores.

As sintomatologias da esclerose múltipla dependem de quais pontos do sistema nervoso são afetados.

A doença se manifesta normalmente em períodos de ataques e remissões progressivas. O doente apresenta sintomas agudos que duram dias a semanas e depois somem deixando ou não sequelas. O paciente permanece assintomático até um segundo ataque, que também desaparece. Conforme os ataques vão se acumulando, eles ficam cada vez mais agressivos e as sequelas vão se somando, de modo que o paciente vai ficando progressivamente pior ao final de cada exacerbação.

Os sintomas geralmente se iniciam com dormência e fraqueza nas pernas, mãos, face, distúrbios visuais (cegueira parcial ou dor nos olhos), distúrbio na marcha, dificuldade de controle vesical, vertigens, entre outros.

Ocorrem sintomas mentais: apatia falta de julgamento, depressão, choro e riso sem razão aparente, manias e dificuldade para falar. Não existe um sintoma típico que feche o diagnóstico de esclerose múltipla, porém, alguns deles são muito sugestivos:

1. Neurite óptica: Normalmente se apresenta como um dor ocular aguda e unilateral, associada aos movimentos dos olhos e acompanhada de graus variáveis de perda visual. Pode ocorrer também visão dupla ou borrada. Nistagmo (discreto movimento involuntário dos olhos) também é um achado comum.

2. Sintomas sensoriais: Formigamento e dormências, principalmente nos membros, ocorrendo em um lado do corpo de cada vez. Tonturas e vertigens, Tremores, alterações na marcha, diminuição de força muscular e paralisias dos membros, normalmente unilateral no início e bilateral em fases avançadas.

3. Fenômeno de Lhermitte: Sensação de choque elétrico que se irradia pela espinha vertebral desencadeado por movimentos da cabeça e do pescoço.

4. Incontinência vesical, intestinal e impotência sexual.

Diagnóstico da esclerose múltipla:

Não existe um exame único que estabeleça o diagnóstico da esclerose múltipla. Os exames complementares mais usados para a elucidação do quadro são a ressonância magnética nuclear do sistema nervoso central, a análise do líquido cefalorraquidiano obtido através da punção lombar e o teste de potencial evocado. É indireto, por dedução através de características clínicas e laboratoriais.

O diagnóstico diferencial deve ser feito com as seguintes enfermidades: siringomielia; esclerose lateral amiotrófica; sífilis; artrite da coluna cervical; tumores do cérebro; ataxias hereditárias e malformações do cérebro e da medula.

Crerérios de Enquadramento:

A perícia enquadrará em incapacidade definitiva por Esclerose Múltipla, os policiais militares com comprometimento motor ou outros distúrbios orgânicos, de curso progressivo e irreversível, com incapacidade para o exercício de suas atividades.

Laudo de Conclusão Pericial:

Os laudos declaratórios de invalidez por Esclerose Múltipla deverão constar os seguintes dados:

1. Descrição da enfermidade básica; inclusive o diagnóstico numérico, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID);
2. Elementos propedêuticos usados que permitiram o enquadramento legal;
3. Data do início da doença;
4. Descrição dos tratamentos propostos e realizados, sobre a refratariedade do tratamento se for o caso;
5. A expressão “Esclerose Múltipla”.

16. CONTAMINAÇÃO POR RADIAÇÃO (Lei Nº 11.052, de 29 DEZ 2004)

Conceito:

A irradiação ocorre quando a fonte de irradiação encontra-se em local externo ao corpo do indivíduo, sendo ele atingido somente pela radiação por ela emitida, sem a necessidade de um contato íntimo com o radionuclídeo. A fonte de radiação é externa e, quando sai desse campo, a radiação cessa.

Na contaminação, o material radioativo fica em contato com o indivíduo, via pele, via pulmão, intestino ou poros. Neste caso, enquanto houver material radioativo ele está sendo irradiado.

Os efeitos prejudiciais da radiação dependem da quantidade (dose), da duração e do grau de exposição. Por outro lado, importante lembrar que o efeito da radiação é acumulativo durante toda vida e é maior quanto mais jovens são os órgãos expostos a ela, especialmente glândula tireóide, as mamas e as glândulas sexuais.

Considera-se “doença causada por radiação ionizante em estágio avançado” toda enfermidade que tenha, comprovadamente, relação de causa e efeito com a radiação ionizante e cujas alterações sejam consideradas incapacitantes e invalidantes, seja por caráter físico-motor, ou funcional ou mental.

A perícia deverá comprovar a relação de causa e efeito da radiação ionizante com a doença apresentada pelo indivíduo necessitando ser documentada e, quando for o caso, constar de atestado de origem, inquérito sanitário de origem ou ficha de evacuação do local.

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

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

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

Quadros clínicos que cursam com a síndrome aguda da radiação:

I. Hematopoiético: caracteriza-se por alterações hematológicas (leucopenia, trombocitopenia, reticulocitopenia, anemia) provenientes de exposição à radiação ionizante das células tronco e precursoras da medula óssea. O quadro surge ao ser alcançado o limiar de dose de 0,8 a 1,0 Gy, considerando-se uma distribuição uniforme e homogênea de dose;

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

III. Neurovascular: caracteriza-se por manifestações neurológicas e vasculares que conduzem, inevitavelmente, à morte. Surgem distúrbios neurológicos intensos, com estupor, coma e convulsões. Ocorrem com doses extremamente altas de radiação, superiores a 20 Gy.

2. Síndrome cutânea da radiação: um conjunto de sintomas e sinais clínicos decorrentes da exposição localizada ou de corpo inteiro e que levam a alterações cutâneas e de tecidos e estruturas subjacentes.

Quadros clínicos e classificação da síndrome cutânea da radiação

A síndrome cutânea da radiação pode ser classificada em:

Grau I ou leve (exposição de 8,0 Gy a 10,0 Gy): evolui com pele seca e pigmentação;

Grau II ou moderada (exposição > 12,0 Gy a 30,0 Gy): evolui com atrofia de pele, podendo se estender ao subcutâneo e músculos, e com úlcera tardia;

Grau III ou grave (exposição de 30,0 Gy a 50,0 Gy): evolui com cicatrizes, fibrose, alterações escleróticas, degenerativas e necrose;

Grau IV ou muito grave (exposição acima de 50,0 Gy): evolui com deformidade e recidiva de úlceras, podendo necessitar de ablação ou amputação.

Diagnóstico médico pericial:

Os meios de diagnóstico a serem empregados na avaliação da síndrome aguda da radiação e da síndrome cutânea da radiação são:

1. História clínica, com dados evolutivos da doença;
2. Exame clínico;
3. Dosimetria física (avaliação de dosímetro individual, de dosimetria de área e reconstrução do acidente com modelo experimental);
4. Dosimetria clínica (avaliação do tempo de surgimento dos sintomas e do tempo de duração das manifestações);
5. Avaliação hematológica;
6. Avaliação bioquímica (glicose, ureia, creatinina, amilase, lipase, fosfatase alcalina, desidrogenase láctica, transaminases glutâmico oxalacética e pirúvica);

7. Dosimetria citogenética;
8. Tomografia computadorizada;
9. Ressonância magnética;
10. Termografia;
11. Avaliação fotográfica seriada;
12. Estudos cintilográficos;
13. Estudos Doppler.

Critérios de Enquadramento:

A Junta Médica Oficial fará o enquadramento pela incapacidade definitiva (invalidez) por Contaminação por Radiação:

1. Os portadores da síndrome cutânea da radiação de Graus III e IV, descrita anteriormente;
2. Os portadores da síndrome aguda da radiação que se enquadrar em uma das seguintes condições:
 3. Apresentar alterações físicas e mentais de mau prognóstico no curto prazo;
 4. Apresentar alterações físicas e mentais que tenham durado ou têm expectativa de duração por período contínuo igual ou maior que 12 meses;
 5. Apresentar sequelas que limitam, significativamente, a capacidade física e mental do policial militar para executar atividades laborativas básicas.

Laudo de Conclusão Pericial:

A perícia deverá fazer constar obrigatoriamente nos laudos declaratórios da invalidez do portador de doença causada por radiação ionizante os seguintes dados:

1. Síndrome básica, inclusive o diagnóstico numérico, de acordo com a classificação internacional de doenças (CID);
2. O estágio evolutivo (descrição da gravidade da contaminação);
3. Elementos propedêuticos usados que permitiram o enquadramento legal;
4. Data do início da doença;
5. Descrição dos tratamentos propostos e realizados, sobre a refratariedade do tratamento se for o caso;
6. A expressão “sequela” se for quadro determinante da incapacidade.

17 MUCOVISCIDOSE ou FIBROSE CÍSTICA (Art. 30 da Lei Nº 9.250, DE 26DEZ1995)

Conceito:

A fibrose cística ou mucoviscidose é uma doença hereditária, que afeta todo o organismo, causando deficiências progressivas e, frequentemente, levando à morte prematura. O nome *fibrose cística* refere-se à característica cicatrizante (fibrose) e à formação de cistos no interior do pâncreas. A dificuldade para respirar é o sintoma mais sério e resulta das infecções crônicas no pulmão que são tratadas, mas apresentam-se resistentes aos antibióticos e a outras medicações.

A fibrose cística é causada por uma mutação no gene chamado regulador de condutância transmembranar de fibrose cística (CFTR). Esse gene intervém na produção do suor, dos sucos digestivos e dos mucos. Apesar de a maioria das pessoas não afetadas possuírem duas cópias funcionais do gene, somente uma é necessária para impedir o desenvolvimento da fibrose cística. A doença se desenvolve quando nenhum dos genes atua normalmente. Portanto, a fibrose cística é considerada uma doença autossômica recessiva.

A maioria dos diagnósticos é feita ainda na infância, contudo alguns diagnósticos ocorrem na adolescência ou até mesmo em adultos jovens. Não há cura para a FC e a maioria dos portadores morrem ainda jovens — muitos entre os 20 e 30 anos por insuficiência respiratória.

Normas de procedimento das juntas de inspeção de saúde

Enquadramento Diagnóstico:

1. Teste do suor - é específico para diagnóstico de fibrose cística. Níveis de cloro superiores a 60 milimoles por litro, em duas dosagens, associados a quadro clínico característico, indicam que a pessoa é portadora da doença;

2. Teste genético - identifica apenas os tipos mais frequentes da doença, porque as mutações do gene são muitas e os kits, padronizados. Mesmo assim, esse teste cobre aproximadamente 80% dos casos.

As Juntas de Inspeção de Saúde somente poderão concluir os seus laudos quando o diagnóstico clínico de Mucoviscidose for confirmado, por meio de exame clínico e complementares aceitos (e outros exames que a medicina especializada indicar).

As Juntas de Inspeção de Saúde poderão concluir, inicialmente, por LTSP ou Restrição Médica, de acordo com o quadro clínico, considerando-se a resposta terapêutica.

Um portador de Mucoviscidose/Fibrose Cística será reformado ou aposentado por invalidez quando os sinais clínicos da doença determinarem o impedimento ao desempenho das atividades normais e não for possível o controle terapêutico da enfermidade.