

ANEXO I

DOENÇAS ESPECIFICADAS EM LEI

1. ALIENAÇÃO MENTAL

1.1 CONCEITUAÇÃO

1.1.1 Considera-se alienação mental todo caso de distúrbio mental ou neuro-mental 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, o pragmatismo e tornando o paciente total e permanentemente impossibilitado para qualquer trabalho.

1.1.2 As Juntas de Inspeção de Saúde deverão "preservar-se contra uma exagerada admissão de irresponsabilidade" (N. Hungria) e identificar nos quadros clínicos de alienação mental os seguintes elementos:

- a. transtorno intelectual – atinge as funções mentais em conjunto e não apenas algumas delas;
- b. falta de autoconsciência – o paciente ignora o caráter patológico de seu transtorno ou tem dele uma noção parcial ou descontínua;
- c. inadaptabilidade – o transtorno mental é evidenciado pela desarmonia de conduta do paciente em relação às regras relativas que dirigem a vida normal em sociedade;
- d. ausência de utilidade – a perda da adaptabilidade redundando em prejuízo para o paciente e para a sociedade (Beca Soto).

1.1.3 As Juntas de Inspeção de Saúde poderão identificar a alienação mental no curso de qualquer enfermidade psiquiátrica desde que, em seu estágio evolutivo, estejam atendidas todas as condições abaixo discriminadas:

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

1.1.4 São considerados meios habituais de tratamento:

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

1.1.5 Não é considerado meio de tratamento a utilização de psicofármacos em fase de experimentação laboratorial.

1.2 QUADROS CLÍNICOS QUE CURSAM COM ALIENAÇÃO MENTAL

1.2.1 São necessariamente casos de alienação mental:

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

1.2.2 São excepcionalmente considerados casos de alienação mental:

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

1.2.3 Não são casos de alienação mental:

- a. transtornos 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)

1.2.4 Os casos excepcionalmente graves e persistentes de estados psicopatológicos citados na letra a) do item anterior podem, entretanto, causar invalidez.

1.3 NORMAS DE PROCEDIMENTO DAS JUNTAS DE INSPEÇÃO DE SAÚDE.

1.3.1 As juntas de inspeção de saúde, para maior clareza e definição imediata da situação do inspecionado, deverão fazer constar, obrigatoriamente, dos laudos declaratórios da invalidez do portador de alienação mental, os seguintes dados.

- a. diagnóstico da enfermidade básica, inclusive o diagnóstico numérico, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças;
- b. modalidade fenomênica;
- c. estágio evolutivo;
- d. expressão "alienação mental" entre parênteses

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

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

1.3.4 Não poderão ser emitidos laudos de Alienação Mental com base em diagnóstico de enfermidade psiquiátrica aguda.

1.3.5 Exemplos de laudos:

- a. Esquizofrenia Paranóide, F.20.0 CID-Revisão 1993, estágio pré-terminal grave, (Alienação Mental) – CERTO;
- b. Psicose Afetiva, F.31.6 CID-Revisão 1993, estágio pré-terminal grave, (Alienação Mental) – CERTO;
- c. Psicose Afetiva, F.32.3 CID- Revisão 1993, forma monopolar depressiva, fase crônica irremissível. (Alienação Mental) – CERTO;
- d. Psicose afetiva (alienação Mental) – ERRADO;
- e. Psicose pós-traumática grave, T.90.2 CID-Revisão 1993, (Alienação Mental) - ERRADO.
- f. Psicose pós traumática, T.90.2 CID-Revisão 1993, estado de demência pós-traumática (Alienação Mental) – CERTO.
- g. Reação Exógena Aguda de Bonhoffer (Alienação Mental) – ERRADO.

1.3.6 As Juntas de Inspeção de Saúde deverão, explicitamente, fazer constar dos laudos das Inspeções de Saúde a ausência de Alienação Mental, quando a doença do examinando determinar a sua invalidez, mas não se enquadrar nos parâmetros que definam Alienação Mental.

1.3.7 Exemplo de laudo;

- a. Esquizofrenia Paranóide, F.20.0 CID- Revisão 1993 – ERRADO
- b. Esquizofrenia Paranóide, F.20.0 CID –Revisão 1993 – estado de defeito leve (não é Alienação Mental) – CERTO.

2. CARDIOPATIA GRAVE

2.1 CONCEITUAÇÃO

2.1.1 São consideradas cardiopatias graves as entidades nozológicas que reduzem a capacidade funcional do coração, ultrapassando os limites de eficiência dos mecanismos de compensação, impedindo o exercício de atividades normais dos pacientes, apesar da terapêutica, e que, por sua natureza, implicam na redução da expectativa de vida.

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

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

2.1.3 Os meios diagnósticos mínimos a serem empregados na avaliação da capacidade funcional do coração são os seguintes:

- a. – história clínica;
- b. - exame clínico;
- c. – estudo radiológico do tórax, objetivando o coração, vasos e campos pulmonares, usando um mínimo de duas incidências;
- d. eletrocardiograma em repouso;
- e. - ecocardiograma uni e bidimensional com "doppler".

2.1.4 Nos inspecionados portadores de doença cardíaca não identificável com os meios diagnósticos mínimos, citados no parágrafo anterior, deverão ser utilizados outros exames e métodos complementares que a medicina especializada venha a exigir.

2.1.5 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.

2.2 AFECÇÕES OU DOENÇAS CAPAZES DE CAUSAR CARDIOPATIA GRAVE

2.2.1 Cardiopatia Isquêmica – caracterizada por:

- a. sinais e/ou sintomas de insuficiência coronariana, em qualquer de suas formas, e/ou de insuficiência cardíacas;
- b. sinais eletrocardiográficos de insuficiência coronariana;
- c. provas cardíacas de esforço anormais;
- d. arritmias comprovadas eletrocardiograficamente;
- e. obstruções arteriais comprovadas pela arteriografia coronária;
- f. evidência de áreas isquêmicas ou de necroses, por meio de cintigrafia miocárdica com ou sem teste de esforço ou prova farmacológica;
- g. sinais ecocardiográficos de alterações segmentares da contratilidade de miocárdio e complicações associadas com disfunção dos músculos papilares, insuficiência mitral, comunicação interventricular, pseudo aneurismas, anomalias e trombos intra-cavitários.

2.2.1.1 Cardiopatia valvular – caracterizada por:

- a. sinais clínicos de lesão orovalvular e de insuficiência cardíaca;
- b. aumento da área cardíaca comprovada radiologicamente;
- c. sinais eletrocardiográficos de aumento de câmaras cardíacas;
- d. sinais ecocardiográficos de lesão orovalvular e de repercussão hemodinâmica que justifiquem o quadro clínico do paciente.

2.2.2 Cardiopatia hipertensiva – caracterizada por:

- a. hipertensão essencial ou hipertensão secundária;
- b. sinais ecocardiográficos de disfunção contrátil miocárdica grave, com hipertrofia cardíaca indispensável;
- c. sinais e/ou sintomas de insuficiência cardíaca;
- d. cardiopatia hipertensiva agravada pelo comprometimento de órgãos alvo, como:
 - a) Cérebro:
Isquemia cerebral transitória, acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico;
 - b) Rins:
Creatinina maior ou igual a 30 mm/dl;
 - c) Artérias periféricas:
Aneurisma e/ou dissecação da aorta, trombose arterial periférica;
 - d) Retina:
Hemorragias, exudato e papiledema.

2.2.3 Arritmias – caracterizadas por:

- a. disfunção do nó sinusal, sintomática, com correlação comprovada entre sintomas e arritmias e especialmente em síndrome bradi/taquiarrítmica;
- b. bloqueio atrio-ventricular de 2º grau, tipo II, permanente;
- c. bloqueio atrio-ventricular total sintomático;
- d. fibrilação atrial com resposta ventricular baixa;
- e. fibrilação ou "flutter" atrial crônico, irreversível, recidivante ou com episódios tromboembólicos;
- f. taquicardias ventriculares recorrentes ou permanentes, apesar do tratamento e de qualquer etiologia;
- g. taquicardias supraventriculares sintomáticas (claudicação cerebral, comprometimento hemodinâmico), de qualquer etiologia, recorrentes ou permanentes, apesar da terapêutica;
- h. síndrome de pré-excitação ventricular com arritmias sintomáticas determinadas por estudo eletrofisiológico (ECG de alta resolução e/ou ECG transesofágico e/ou estudo eletrofisiológico por cateterismo cardíaco);
- i. portadores de marca passo cardíaco definitivo, cuja capacidade funcional se mantém limitada pela cardiopatia subjacente.

2.2.4 Pericardites:

- a. adesiva;
- b. constrictiva;
- c. infecciosa aguda, com evolução desfavorável ou associada a arritmias graves.

2.2.5 Miocardiopatias.

2.2.6 Miocardiopatias Hipertróficas, com as seguintes características:

- a. comprovação ecocardiográfica de hipertrofia miocárdica moderada ou severa, eletrocardiograma com alterações isquêmicas de ST/T;
- b. Disfunção ventricular esquerda sistólica e/ou diastólica;
- c. Arritmias ventriculares complexas;
- d. Na forma obstrutiva, com gradiente de via de saída ≥ 50 mmHg;
- e. Fibrilação atrial;
- f. Paciente sintomático (sincope, angina, insuficiência cardíaca ou embolia sistêmica) e com história familiar de morte súbita.

2.2.7 Miocardiopatias Dilatadas, com as seguintes características:

- a. Insuficiência cardíaca Grau III ou IV;
- b. Cardiomegalia e sinais de disfunção miocárdica;
- c. Fibrilação atrial e/ou arritmias ventriculares complexas;
- d. Distúrbios da condução intraventricular.

2.2.8 Miocardiopatias Restritivas, com quadro de insuficiência cardíaca em classe funcional III ou IV.

2.2.9 Miocardiopatia Chagástica crônica, com história de insuficiência cardíaca, classe funcional III ou IV e/ou arritmias ou bloqueio do sistema de condução, sintomáticos.

2.2.11 Cardiopatias Congênitas que produzirem incapacidade funcional, não susceptíveis de correção cirúrgica.

2.2.12 Endocardite Infecciosa com cura não demonstrada, com comprovação ecocardiográfica e com episódios tromboembólicos.

2.2.13 Cor Pulmonale Crônico, caracterizado por:

- a. Antecedentes de doença pulmonar crônica;
- b. Sinais clínicos de insuficiência cardíaca direita;
- c. Hipertrofia cardíaca demonstrada por meio de raio-X, eletrocardiograma ou ecocardiograma.
- d. Provas funcionais respiratórias.

2.2.14 Tumores cardíacos:

2.2.15 Tumores malignos.

2.2.16 Tumores benignos com alterações funcionais irreversíveis.

2.2.17 A ausência de um e outro item de caracterização não afasta o diagnóstico, desde que seja identificada a doença pelas características que se fizerem evidentes.

2.3 NORMAS DE PROCEDIMENTOS DAS JUNTAS DE INSPEÇÃO DE SAÚDE.

2.3.1 Os portadores de lesões cardíacas que incidem nas especificações dos Graus III ou IV da avaliação funcional descrita no item 2.1.2 destas Normas serão considerados como portadores de Cardiopatia Grave pelas Juntas de Inspeção de Saúde.

2.3.2 Os portadores de lesões cardíacas Grau II de avaliação funcional do item 2.1.2 destas Normas e que puderem desempenhar tarefas compatíveis com a eficiência funcional, somente serão considerados incapazes por cardiopatia Grave quando houver progressão inexorável da patologia, comprovada por exames subsidiários.

2.3.4 Os portadores de lesões cardíacas, susceptíveis de correção cirúrgica, serão reavaliados após a cirurgia e incapacitados se enquadrados nos itens 2.3.1 e 2.3.2 destas Normas..

2.3.5 Os portadores de hipertensão arterial secundária passível de tratamento cirúrgico terão sua capacidade funcional avaliada após o tratamento da doença hipertensiva.

2.3.6 Os portadores de vavulopatias susceptíveis de correção cirúrgica terão sua capacidade funcional reavaliada após a correção, salvo se, as alterações cardiovasculares pela longa evolução ou gravidade sejam consideradas irreversíveis ou comprometedoras da atividade funcional.

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

2.3.8 As Juntas de Inspeção de Saúde somente enquadrarão os pacientes como portadores de Cardiopatia Grave quando afastada totalmente a possibilidade de regressão completa da condição patogênica, podendo aguardar o resultado do tratamento especializado por 24 (vinte e quatro) meses.

2.3.9 As Juntas de Inspeção de Saúde poderão fazer o enquadramento de Cardiopatia Grave, dispensando o prazo de observação e tratamento, nos casos de enfermidade cardiovascular sem terapêutica específica ou de evolução rápida e/ou com prognóstico sombrio.

2.3.10 Os laudos das Juntas de Inspeção de Saúde deverão conter os diagnósticos etiológico, anatômico e funcional (reserva cardíaca) e a afirmação ou negação de cardiopatia Grave, para o enquadramento legal da lesão incapacitante.

3. CEGUEIRA

3.1 CONCEITUAÇÃO

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

3.1.2 São equivalentes à cegueira e como tal considerados:

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

3.2 GRAUS DE PERDA PARCIAL DA VISÃO EQUIVALENTES À CEGUEIRA

3.2.1 GRAU I - quando a acuidade visual máxima, em ambos os olhos e com a melhor correção óptica possível, for inferior a 20/70 na escala SNELLEN; e a mínima igual ou superior a 20/700 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;

3.2.2 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 for igual ou superior a 20/400 SNELLEN.

3.2.3 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 igual ou superior a 20/1.200 SNELLEN;

3.2.4 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.

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

3.3 AVALIAÇÃO DA ACUIDADE VISUAL – ESCALAS ADOTADAS

3.3.1 Para uniformidade de linguagem a facilidade de julgamento dos graus de perda da acuidade visual, as JUNTAS DE Inspeção de Saúde adotarão as escalas SNELLEN e DECIMAL na avaliação da acuidade visual para longe, e a escala JAEGUER na avaliação da acuidade visual para perto.

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

SNELLEN	DECIMAL	% DE VISÃO
20/20	1,0	100
20/22	0,9	98,0
20/25	0,8	95,5
20/29	0,7	92,5
20/33	0,6	88,5
20/40	0,5	84,5
20/50	0,4	76,5
20/67	0,3	67,5
20/100	0,2	49,0
20/200	0,1	20,0
20/400	0,05	10,0

3.3.3 Equivalência das escalas usadas na avaliação da acuidade visual para perto;

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

3.3.4 Após a avaliação da acuidade visual de cada olho em separado, sendo dado o peso 3 ao percentual de visão do olho melhor e peso 1 ao percentual de visão do olho pior, saberemos a Eficiência Visual Binocular(EVB) somando os valores percentuais multiplicados por seus pesos e dividindo-os por 4. Assim se a eficiência de OD = 90% e de OE = 30, teremos EVB $(3 \times 90 + 1 \times 30) \div 4 = 75\%$.

3.4 NORMAS DE PROCEDIMENTO DAS JUNTAS DE INSPEÇÃO DE SAÚDE

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

3.4.2 As Juntas de Inspeção de Saúde, de acordo com a amplitude de conceito legal, também concluirão pela incapacidade definitiva, por cegueira, dos inspecionados que apresentarem diminuição acentuada da acuidade visual, em qualquer dos graus descritos no item 2, em decorrência de afecção crônica, progressiva, não susceptível de correção óptica, nem removível por tratamento médico-cirúrgico, à luz de parecer especializado.

3.4.3 As Juntas de Inspeção de Saúde, ao emitirem laudos de invalidez de portadores de afecção que os incluam nos graus de diminuição da acuidade visual descritos no item 2, deverão escrever entre parênteses, ao lado do diagnóstico, a expressão "Equivalente à Cegueira".

4. ESPONDILITE ANQUILOSANTE

4.1 CONCEITUAÇÃO

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

4.1.2 Entende-se por anquilose ou ancilose a rigidez ou fixação de uma articulação, reservando-se o conceito de anquilose óssea verdadeira à fixação completa de uma articulação em consequência da fusão patológica dos ossos que a constituem.

4.1.3 Dentre as denominações comumente dadas à espondilite anquilosante podemos destacar as seguintes espondilite (ou espondilose) rizomélia, doença de Pierre-Marie-Strumpell, espondilite ossificante ligamentar, síndrome (ou doença) de Veit-Bechterew, espondilite reumatóide, espondilite juvenil ou do adolescente, espondilartrite anquilopoiética, espondilite deformante, espondilite atrófica ligamentar, pelviespondilite anquilosante, apesar de a Escola Francesa utilizar a designação de pelviespondilite reumática.

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

4.2 NORMAS DE PROCEDIMENTO DAS JUNTAS DE INSPEÇÃO DE SAÚDE.

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

4.2.2 Ao firmarem seus laudos, as Juntas de Inspeção de Saúde deverão fazer contar:

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

4.2.3 As juntas de Inspeção de Saúde farão o enquadramento legal equiparado ao da Espondiloartrose Anquilosante aos portadores de artropatias degenerativas da coluna vertebral em

estado grave, com extenso comprometimento e acentuado prejuízo à mobilidade da coluna vertebral.

4.2.4 As Juntas de Inspeção de Saúde acrescentarão, entre parênteses, a expressão "equivalente à Espondilite Anquilosante", ao concluírem os laudos dos portadores das afecções da coluna vertebral que, por seu grave comprometimento e extensa imobilidade, se tornarem total e permanentemente incapacitados para qualquer trabalho.

4.2.5 As Juntas de Inspeção de Saúde, além dos elementos clínicos de que disponham e dos pareceres da medicina especializada, deverão obrigatoriamente ter os seguintes exames subsidiários elucidativos:

- a. comprovação radiológica de anquilose ou do comprometimento da coluna vertebral e bacia (articulações sacroilíacas);
- b. cintilografia óssea;
- c. teste sorológico específico HLA – B27; e
- d. tomografia computadorizada de articulações sacroilíacas e coluna.

5. ESTADOS AVANÇADOS DA DOENÇA DE PAGET (OSTEITE DEFORMANTE)

5.1 CONCEITUAÇÃO

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

5.1.2 A evolução da doença, que pode acompanhar-se de sintomatologia dolorosa e fraturas espontâneas, processa-se em duas fases:

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

5.1.3 Os estados Avançados da Doença de Paget apresentam as seguintes características:

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

5.2 NORMAS DE PROCEDIMENTO DAS JUNTAS DE INSPEÇÃO DE SAÚDE

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

5.2.2 As Juntas de Inspeção de Saúde enquadrarão em incapacidade definitiva por Estados Avançados da doença de Paget (Osteite Deformante) os inspecionados que apresentarem as formas extensas da doença de acordo com o Art. 86 destas Normas.

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

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

5.2.5 Exames subsidiários elucidativos, indispensáveis:

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

6. HANSENÍASE

6.1 CONCEITUAÇÃO

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

Parágrafo Único – Fica proscrita a sinonímia "LEPRA" nos documentos oficiais do Serviço de Saúde das Forças Armadas.

6.2 CLASSIFICAÇÃO

6.2.1 A Hanseníase pode ser classificada nas seguintes formas clínicas:

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

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

6.2.3 Principais características das formas clínicas de Hanseníase.

6.2.3.1 Hanseníase Tuberculóides (T) – apresenta lesões tórpidas ou reacionais anestésicas ou hipoestésicas, circunscritas, acompanhadas de anidrose ou hipoidrose e alopecia com acentuada estabilidade dentro do tipo.

I – Lesões Tórpidas:

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

II – Lesões Reacionais:

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

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

I – Características Principais:

- a. reação de Mitsuda negativa;
- b. ao exame bacteriológico: numerosos bacilos e globais nas lesões e na linfa cutânea;
- c. ao exame histopatológico: infiltrado perineural, perivascular e periglandular dos histiócitos contendo bacilo, com a formação de globias (células de Virchow- degeneração lipoldica), formando a estrutura hansenomatosa patognomônica;
- d. as lesões cutâneas, em geral anestésicas, consiste em: eritema e infiltração difusa, máculas eritemato-pigmentadas acompanhadas de tubérculos e nódulos formando hansenomas, alopecia (principalmente dos supercílios – madarose), atrofia da pele e músculos, infiltração da face com intumescimento nasal e dos pavilhões auriculares (fácies leonino). No comprometimento das mucosas, é precoce o aparecimento de rinite posterior e destruição do septo nasal. Podem ocorrer também lesões viscerais principalmente do fígado, baço e testículos. Os nervos mais comumente atingidos são: cubital, ciático poplíteo externo e auricular magno.

6.2.3.3 Hanseníase indeterminada (I) – assim classificada porque, na ausência de tratamento, pode evoluir para forma Tuberculóide ou para a Virchowiana.

Apresenta as seguintes características.

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

6.2.3.4 Hanseníase dimorfa (D) – apresenta lesões cutâneas semelhantes tanto às da forma Virchowiana quanto às da forma tuberculóide e que tendem, freqüentemente, a evoluir para a forma virchowiana na ausência de tratamento.

Apresenta as seguintes características;

- a) clinicamente, as lesões dermatológicas lembram, pelo aspecto e distribuição, as da reação tuberculóide das quais se distinguem pela imprecisão dos limites externos e pela pigmentação ocre ou ferruginosa, dando uma tonalidade fulva ou acastanhada, próprias da HANSENÍASE Virchowiana. As lesões, geralmente cervicais, apresentam anestesia, anidrose e alopecia e cursam com surtos eruptivos. Mãos túmidas, cianóticas e com extremidades afiladas;
- b) a bacterioscopia da pele é fortemente positiva nas lesões fulvas e menos intensa nas lesões semelhantes às da reação tuberculóide;
 - a. histologicamente, apresenta granulomas tuberculóides e infiltrados de células de virchow;
 - b. reação de Mitsuda negativa ou fracamente positiva.

6.3 PRESCRIÇÕES DIVERSAS

6.3.1 Tratamento específico: será eminentemente ambulatorial, mediante esquema padrão preconizado pela Organização Mundial de Saúde (Poliquimioterapia) e aprovado pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 814, de 22 jul 93, publicada no D. O U nº 147, de 04 de ago 93, Páginas 1167 a 1171.

6.3.2 Critérios clínicos de atividades:

- a. presença de eritema e/ou infiltração nas lesões;
- b. aparecimento de novas lesões;
- c. aumento e lesões preexistentes;
- d. espessamento e/ou parestesia de nervos ou troncos nervosos previamente normais;
- e. parestesia ou paralisia de músculos não afetados anteriormente;
- f. surgimento de novas áreas anestésicas.

6.4 NORMAS DE PROCEDIMENTO DAS JUNTAS DE INSPEÇÃO DE SAÚDE.

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

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

- a. apresentarem manifestações cutâneas e/ou neurológicas incompatíveis com o desempenho das atividades militares;
- b. cursarem com surtos reacionais;

6.4.3 Os portadores de Hanseníase Virchowiana e Dimorfa farão o tratamento afastados temporariamente do serviço ativo, enquanto permanecerem com as lesões em atividade ou quando evoluírem com surtos reacionais.

6.4.4 Os portadores de Hanseníase, mesmo nos casos de tratamento sem afastamento do serviço ativo, obrigatoriamente, serão submetidos a inspeção de saúde nas seguintes situações:

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

6.4.5 Os inspecionados já curados de Hanseníase, mas que apresentarem seqüelas incompatíveis com o desempenho das atividades militares, sem contudo determinarem invalidez, serão incapacitados de acordo com a legislação vigente em cada força, sem o enquadramento em Hanseníase.

6.4.6 As Juntas de Inspeção de Saúde farão o enquadramento da incapacidade definitiva por Hanseníase dos inspecionados que:

- a. permanecerem com sinais de atividade clínica após completarem o tratamento;
- b. tiverem a ocorrência de atividade clínica após a data por cura, isto é, recidiva;
- c. manifestarem surtos reacionais freqüentes durante o tratamento ou após a cura;
- d. apresentarem seqüelas invalidantes.

6.4.7 Todos os inspecionandos portadores de Hanseníase, independente do julgamento das Juntas de Inspeção de saúde, permanecerão sob rigoroso controle médico e deverão submeter-se a exames periódicos determinados pela clínica especializada.

7. MAL DE PARKINSON

7.1 CONCEITUAÇÃO

7.1.1 O Mal de Parkinson (Doença de Parkinson) , também chamado Paralisia agitante, é um quadro mórbido de etiologia ainda não estabelecida, resultante do comprometimento do sistema Nervoso Extra-Piramidal e caracterizado pelos seguintes sinais:

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

7.1.2 A expressão doença de Parkinson, por sua maior abrangência e por melhor atender os conceitos científicos mais modernos sobre a enfermidade, é preferida à de Mal de Parkinson, embora esta denominação se mantenha nestas Normas, de conformidade com a Lei.

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

7.2 NORMAS DE PROCEDIMENTO DAS JUNTAS DE INSPEÇÃO DE SAÚDE.

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

7.2.2 As Juntas de Inspeção de Saúde não deverão enquadrar como incapazes definitivamente para o Serviço ativo os portadores de Parkinsonismo Secundário ao uso de medicamentos quando, pela supressão destes, houver regressão e desaparecimento do quadro clínico.

7.2.3 As Juntas de Inspeção de Saúde deverão especificar a etiologia da síndrome de Parkinson responsável pela incapacidade do inspecionando, sempre que possível.

8. NEFROPATIA GRAVE

8.1 CONCEITUAÇÃO

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

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

8.1.3 Manifestações clínicas (**PODERIA DEIXAR APENAS MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS, SEM ESPECIFICÁ-LAS**)

- a. Ectoscópicas – palidez amarelada, edema, hemorragia cutânea e sinais de prurido.
- b. Cardiovasculares - pericardite sero-fibrinosa, hipertensão arterial e insuficiência cardíaca;
- c. Gastrointestinais – soluço, língua saburrosa, hálito amoniacal, náuseas, vômitos, hemorragias digestivas, diarreia ou obstipação;

- d. Neurológicas – cefaléia, astenia, insônia, lassidão, tremor muscular, convulsão e coma.
- e. Oftalmológicas – retinopatia hipertensiva e retinopatia arteriosclerótica.
- f. Pulmonares – pulmão urêmico e derrame pleural.
- g. Urinárias – nictúria.

8.1.4 Alterações nos exames complementares:

- a. Alterações laboratoriais;
 - 1. Diminuição da filtração glomerular;
 - 2. Diminuição da capacidade renal de diluição e concentração (isostenúria);
 - 3. Aumento dos níveis sanguíneos de uréia, creatinina e ácido úrico;
 - 4. Distúrbios dos níveis de sódio, potássio, cálcio, fósforo, glicose e lipídeos;
 - 5. Acidose.
- b. Alteração nos exames por imagem:
 - 1. Diminuição das áreas renais nas patologias crônicas ou nas isquemias agudas intensas.
 - 2. Distorções da imagem normal conseqüentes a cicatrizes, cistos, hematomas, abscessos ou tumores;
 - 3. Distensão do sistema coletor nos processos primariamente obstrutivos;
 - 4. Diminuição da eliminação de contraste, quando usados.

8.2 CLASSIFICAÇÃO

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

- a. Insuficiência renal leve - classe I
 - 1. Filtração glomerular maior que 50ml/min;
 - 2. Creatinina sérica entre 1,4 e 3,5 mg%
- b. Insuficiência renal moderada – classe II
 - 1. Filtração glomerular entre 20 e 50 ml/min
 - 2. Creatinina sérica entre 1,4 e 3,5 mg%
- c. Insuficiência renal severa – classe III
 - 1. Filtração glomerular inferior a 20 ml/min
 - 2. Creatinina sérica acima de 3,5 mg%

8.2.2 Principais grupos de patologias que cursam com insuficiência renal e são capazes de produzir Nefropatia grave:

- a. Glomerulonefrites crônicas conseqüentes a depósitos de imunocomplexos;
- b. Glomerulonefrites crônicas conseqüente a anticorpo antimembrana basal;
- c. Vasculites;
- d. Nefropatia diabética;
- e. Nefropatia hipertensiva;
- f. Amiloidose renal;
- g. Nefropatia por irradiação;
- h. Nefropatia conseqüente à obstrução do fluxo urinário;
- i. Neoplasias (hipernefrôma, linfoma, infiltração leucêmica);
- j. Necrose cortical difusa;
- k. Necrose medular bilateral;
- l. Pielonefrite crônica;
- m. Obstrução arterial e/ou venosa grave (aguda ou crônica);
- n. Nefrite intersticial crônica;
- o. Nefropatias hereditárias (rins policísticos, Alport e outras).

8.3 NORMAS DE PROCEDIMENTOS DAS JUNTAS DE INSPEÇÃO DE SAÚDE.

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

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

8.3.3 As nefropatias que cursam com insuficiência renal severa, classe III, são enquadradas como Nefropatias Graves.

8.3.4 As Juntas de Inspeção de Saúde deverão, ao registrar o diagnóstico, identificar o tipo de nefropatia seguido da afirmativa ou negativa de Nefropatia Grave, para fim de enquadramento legal.

9. NEOPLASIA MALIGNA

9.1 CONCEITUAÇÃO

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

9.1.2 PROGNÓSTICO – é determinado pelo grau de malignidade de neoplasia e influenciado pelos seguintes fatores:

- a. Grau de diferenciação celular;
- b. Grau de proliferação celular;
- c. Grau de invasão vascular e linfática;
- d. Estadiamento clínico e/ou cirúrgico;
- e. Resposta à terapêutica específica; e
- f. Estatísticas de morbidade e mortalidade de cada tipo de neoplasia.

9.2 AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA E ESTADIAMENTO

9.2.1 DIAGNÓSTICO – o diagnóstico e a extensão da neoplasia maligna podem ser determinados pelos seguintes meios propedêuticos;

- a. Exame clínico especializado;
- b. Exame radiológicos;
- c. Exames ultrassonográficos;
- d. Exames endoscópicos;
- e. Exames de tomografia computadorizada;
- f. Exames de ressonância nuclear magnética;
- g. Exames cintilográficos;
- h. Pesquisas de marcadores tumorais específicos;
- i. Biópsia da lesão com estudo histopatológicos;
- j. Exames citológicos.

9.2.2 São consideradas Neoplasias Malignas as relacionadas na classificação internacional de Doenças (CID).

9.3 NORMAS DE PROCEDIMENTOS DAS JUNTAS DE INSPEÇÃO DE SAÚDE

9.3.1 As Juntas de Inspeção de Saúde farão o enquadramento da incapacidade definitiva por Neoplasia Maligna dos inspecionandos que:

- a. Apresentarem neoplasia com mau prognóstico a curto prazo;
- b. Forem portadores de neoplasias malignas incuráveis;
- c. Tornarem-se inválidos em consequência de seqüelas do tratamento, mesmo quando extirpada a lesão neoplásica maligna;
- d. Manifestarem recidiva ou metástase de neoplasia maligna, exceto se curável por algum método terapêutico.

9.3.2 Não serão considerados incapazes por Neoplasia Maligna, os inspecionandos cuja doença for susceptível de tratamento cirúrgico, radioterápico e/ou quimioterápico e seu estadiamento clínico indicar bom prognóstico, ou seja, baixa percentagem de recidiva nos primeiros cinco anos.

9.3.3 As Juntas de Inspeção de Saúde deverão, ao firmar o diagnóstico, citar o tipo anatomopatológico da neoplasia, sua localização, presença ou não de metástases, estadiamento clínico e acrescentar a expressão Neoplasia Maligna, para fim de enquadramento legal.

Exemplo de laudo:

Adenocarcinoma do Pulmão Esquerdo, Metástase Cerebral, estadiamento clínico IV, é Neoplasia Maligna.

9.3.4 As Juntas de Inspeção de Saúde ao firmarem o diagnóstico de inspecionandos que tiverem sido submetidos à ressecção cirúrgica de Neoplasia Maligna, deverão fazer menção desse procedimento.

Exemplo de laudo:

Mastectomia total esquerda conseqüente à Carcinoma ductal, sem evidência de metástase, estadiamento clínico I, é neoplasia Maligna.

9.3.5 Devido ao avanço dos tratamentos e ao diagnóstico precoce, atualmente nem todas as neoplasias malignas são incapacitantes.

10. PARALISIA IRREVERSÍVEL E INCAPACITANTE

10.1 CONCEITUAÇÃO

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

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

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

10.1.4 São equiparadas às paralisias as lesões ósteo-músculo-articulares, exceto as da coluna vertebral, e vasculares graves e crônicas, das quais resultem alterações extensas e definitivas das funções nervosas, da motilidade e da troficidade, esgotados os recursos terapêuticos da medicina especializada e os prazos necessários à recuperação.

10.1.5 São equiparadas às paralisias das quais resultem alterações extensas das funções nervosas e da motilidade, esgotados os recursos terapêuticos da medicina especializada e os prazos necessários à recuperação.

10.2 CLASSIFICAÇÃO DAS PARALISIAS

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

- a. Paralisia isolada ou Periférica – quando é atingido um músculo ou um grupo de músculos;
- b. Monoplegia – quando são atingidos todos os músculos de um só membro;
- c. Hemiplegia – quando são atingidos os membros superiores e inferiores do mesmo lado, com ou sem paralisia facial homolateral;
- d. Paraplegia ou diplegia – quando são atingidos os membros superiores ou os inferiores, simultaneamente;
- e. Triplegia – quando resulta da paralisia de três membros
- f. Tetraplegia – quando são atingidos os membros superiores e os inferiores.

10.3 NORMAS DE PROCEDIMENTO DAS JUNTAS DE INSPEÇÃO DE SAÚDE.

10.3.1 Os portadores de paralisias irreversíveis e incapacitantes de um dos tipos descritos no item anterior, satisfeitas as condições conceituais especificadas no item 10.1.3 destas Normas, serão consideradas total e permanentemente impossibilitados para qualquer trabalho.

10.3.2 As Juntas de Inspeção de Saúde deverão especificar em seus laudos os diagnósticos etiológico e anatômico, caracterizando como condição indispensável para o enquadramento legal de que tratam estas Normas, o caráter definitivo e permanente da lesão.

10.3.3 As Juntas de Inspeção de saúde deverão declarar entre parênteses, após enunciar o diagnóstico, a expressão equivalente à Paralisia Irreversível e Incapacitante", quando concluírem pela invalidez dos inspecionandos portadores das lesões citadas nos itens 10.1.4 e 10.1.5 destas Normas, satisfeitas todas as condições desses itens.

11. PÊNFIGO

11.1 CONCEITUAÇÃO

11.1.1 Os Pênfigos compreendem um grupo de dermatoses de curso crônico, de etiologia ainda desconhecida, cujas características principais são:

- a. Erupção bolhosa;
- b. Acantólise;
- c. Auto-imunidade.

11.2 CLASSIFICAÇÃO E CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

11.2.1 Os Pênfigos, por suas características clínicas e histopatológicas, classificam-se em:

- a. Pênfigo Vulgar: dermatose bolhosa, crônica, caracterizada pela presença de volumosas bolhas intra-epidérmicas, intramalpighiana, acantolíticas, suprabasais, disseminadas na pele e mucosa e acompanhada de manifestações orgânicas gerais graves.
- b. Pênfigo Foliáceo – dermatose de caráter endêmico, mais comum em jovens, evolução crônica, com progressivo agravamento do estado geral devido à espoliação protéica que leva à caquexia e morte. Caracterizada pela presença de manchas eritematosas na pele, sobre as quais se desenvolvem bolhas flácidas, intramalpighianas altas, com células acantolíticas. As lesões tendem para a descamação, com ardor local, febre irregular e exagerada sensibilidade

ao frio. As lesões das mucosas não são comuns. Têm-se registrado casos de evolução benigna com regressão e cura da doença.

- c. Pênfigo Vegetante – dermatose bolhosa na qual as bolhas freqüentemente se rompem e exsudam um líquido de odor fétido. Após o rompimento das bolhas há o aparecimento de formações vegetantes papilomatosas, com maceração da pele ao microabscessos intra-epiteliais e presença de acantólise e hiperqueratose ao exame histológico. De grande malignidade e evolução rápida, apresenta alto índice de mortalidade quando não tratado.
- d. Pênfigo Eritematoso – síndrome de SENAR-USHER, dermatose escamosa com lesões eritematosas ou bolhosas na face e regiões pré-esternal e médio-dorsal. Não ataca as mucosas. De evolução benigna; não compromete o estado geral dos pacientes. As lesões, pelo aspecto em vespertílio, lembram o Lupus Eritematoso Discóide e as bolhas podem, como no Pênfigo Foliáceo, localizar-se em regiões pré-esternal e médio-dorsal.

11.3 NORMAS DE PROCEDIMENTO DAS JUNTAS DE INSPEÇÃO DE SAÚDE.

11.3.1 As Juntas de Inspeção de Saúde somente poderão concluir os seus laudos quando o diagnóstico clínico de Pênfigo for confirmado por meio de exame histológico (citodiagnóstico de TZANCK), de imunofluorescência direta e outros exames que a medicina especializada indicar.

11.3.2 As Juntas de Inspeção de Saúde concluirão inicialmente pela incapacidade temporária, até o prazo máximo previsto em Lei, considerando-se a resposta terapêutica em todos os casos e formas de Pênfigos.

11.3.3 As Juntas de Inspeção de Saúde não deverão enquadrar como Pênfigo os casos provocados por fármacos.

12. SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA (SIDA/AIDS)

12.1 CONCEITUAÇÃO

12.1.1 A SIDA/AIDS é uma síndrome de imunodeficiência secundária, causada pelo vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), que pode acometer qualquer indivíduo que apresente um comportamento considerado de risco, resultando em infecções oportunistas, doenças malignas e lesões neurológicas.

12.2 CLASSIFICAÇÃO E MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

12.2.1 A infecção pelo HIV pode ser classificada de acordo com as manifestações clínicas e a contagem de linfócitos CD4.

12.2.2 Quanto às manifestações clínicas os pacientes pertencem às seguintes categorias:

a) CATEGORIA "A".

1. infecção Assintomática – indivíduos com sorologia positiva para o HIV, sem apresentar sintomas;
2. Linfadenopatia Generalizada Persistente – linfadenomegalia, envolvendo duas ou mais regiões extra-inguinais, com duração 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;

b) 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);
- a. CATEGORIA "C" – pacientes soropositivos e sintomáticos, que apresentem infecções oportunistas ou neoplasias;
 1. candidíase esofágica, traqueal ou brônquica;
 2. criptococose extrapulmonar;
 3. câncer cervical uterino;
 4. 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.

12.2.3 Quanto à contagem de linfócitos CD4 os pacientes pertencem aos seguintes Grupos:

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

12.3 QUADRO DE CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA E LABORATORIAL

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

A3, B3 e C são considerados SIDA/AIDS

12.4 NORMAS DE PROCEDIMENTOS DAS JUNTAS DE INSPEÇÃO DE SAÚDE.

12.4.1 Serão considerados incapazes definitivamente para o Serviço Ativo os inspecionandos classificados nas categorias A3, B3 e C.

12.4.2 Serão considerados incapazes temporariamente para o Serviço ativo os inspecionandos classificados nas categorias A1, A2, B1 e B2.

12.4.3 Os portadores assintomáticos ou em fase de Linfadenopatia Persistente generalizada (LPG) deverão ser mantidos em Licença para tratamento de saúde (LTS), por até três anos, com um controle trimestral por Junta de Inspeção de Saúde. Após três anos mantidos em LTS, caso permaneçam com sorologia positiva, serão reformados.

12.4.4 A revisão de reforma, em qualquer situação, será feita por meio de nova inspeção de saúde.

12.4.5 Exemplos de Laudos:

- a. Portador do HIV, classificação A2;
- b. SIDA/AIDS, classificação A3;
- c. SIDA/AIDS – SARCOMA DE KAPOSÍ, classificação C2.

13. TUBERCULOSE ATIVA

13.1 CONCEITUAÇÃO

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

13.2 CLASSIFICAÇÃO

13.2.1 As lesões tuberculosas são classificadas em:

- a. Ativas;
- b. Inativas;
- c. De atividade indeterminada (potencial evolutivo incerto);
- d. Curadas

13.2.2 Os paciente são distribuídos em classes, com as seguintes características;

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

13.3 AVALIAÇÃO DO POTENCIAL EVOLUTIVO DAS LESÕES TUBERCULOSAS

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

13.3.2 Avaliação imunológica: prova tuberculínica.

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

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

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

13.4 AVALIAÇÃO DO ESTADO EVOLUTIVO DAS LESÕES TUBERCULOSAS

13.4.1 As lesões ATIVAS apresentam as seguintes características:

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

13.4.2 As lesões INATIVAS apresentam as seguintes características:

- a. bacteriológicas: ausência de *Mycobacterium tuberculosis* no exame direto e/ou cultura do material colhido, com negatividade nos resultados dos exames mensais durante pelo menos 3 (três) meses, inclusive em material obtido por bronco-aspiração e negatividade dos exames das peças de ressecção;
- b. radiológicas: "limpeza" radiológica completa ou muito acentuada, onde os resíduos de lesão deverão apresentar-se estáveis em séries de radiografias. Se permanecerem cavidades, estas devem apresentar saneamento, paredes finas com nível líquido ou reação perifocal, aspecto cístico ou bolhoso;
- c. clínicas:
 1. ausência de sinais e sintomas relacionados à tuberculose;
 2. existência eventual de manifestações de entidades mórbidas não tuberculosas conseqüentes à doença e à cura (resíduos sintomáticos com lesões tuberculosas inativas);
 3. persistência das condições clínicas favoráveis com duração de, pelo menos, 3 (três) meses.

13.4.3 As lesões de ATIVIDADE INDETERMINADA são aquelas que, por faltarem elementos elucidativos para caracterizar o seu estado evolutivo, são temporariamente assim classificadas, até que a obtenção de dados possibilite sua inclusão no grupo das Lesões Ativas ou no das Inativas ou Curadas.

13.4.4 As lesões tuberculosas são ditas CURADAS quando após o tratamento regular com esquema triplice, durante 6 (seis) meses, apresentem características de inatividade descritas no Artigo 158 destas Normas.

13.5 NORMAS DE PROCEDIMENTO DAS JUNTAS DE INSPEÇÃO DE SAÚDE.

13.5.1 Nos exames de saúde para admissão ao serviço ativo, o diagnóstico de tuberculose ativa ou em estágio evolutivo indeterminado implica na incapacitação do candidato.

13.5.2 Os inspecionandos portadores de tuberculose Ativa permanecerão em LTS (ou em situação similar no caso de cabos e/ou soldados) até que a baciloscopia no escarro seja negativa e que ocorra recuperação clínica do paciente, quando poderão ser julgados aptos, a despeito da necessidade de continuarem a quimioterapia pelo tempo previsto e sob vigilância médica.

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

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

13.5.5 Os inspecionandos considerados curados em período inferior a 2 (dois) anos de afastamento do serviço para tratamento de saúde retornarão ao serviço ativo.

13.5.6 Os inspecionandos que apresentarem lesões em atividade após 2 (dois) anos de afastamento do serviço, para efetivo tratamento de saúde, e naqueles que ainda restarem dúvidas quanto ao estado evolutivo de suas lesões tuberculosas, após o mesmo período de tratamento, serão julgados incapazes definitivamente para o serviço ativo como portadores de Tuberculose Ativa.

13.5.7 Os inspecionandos que apresentarem "Cor pulmonale" crônico acompanhado de sinais de insuficiência cardíaca congestiva em consequência da gravidade ou extensão das lesões pulmonares tuberculosas serão julgados de acordo com o previsto no item 2. Cardiopatia grave deste anexo.

13.5.8 Os inspecionandos portadores de lesões tuberculosas extra-pulmonares serão julgados pelas Juntas de Inspeção de Saúde à luz dos critérios gerais descritos nestas Normas e daqueles pertinentes a cada caso, conforme parecer das clínicas especializadas.

13.5.9 As Juntas de Inspeção de Saúde, ao concluírem pela incapacidade definitiva dos inspecionados, deverão fazer contar dos laudos o diagnóstico, acrescido da expressão "Tuberculose Ativa" entre parênteses complementando com os dados que permitam o enquadramento legal aplicável ao caso.

13.5.10 As seqüelas das lesões tuberculosas, quando irreversíveis, graves e determinantes de invalidez definitiva do inspecionando, terão enquadramento legal análogo ao dispensado à Tuberculose Ativa, pois que dela diretamente decorrem.

14. HEPATOPATIA GRAVE

14.1 CONCEITUAÇÃO

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

14.2 CLASSIFICAÇÃO DAS DOENÇAS HEPÁTICAS

14.2.1 Apresentam-se classificadas geralmente em duas categorias: hepatocelular e colestática (obstrutiva). Nas doenças hepatocelulares (como a hepatite viral ou a doença hepática alcoólica), inflamação e necrose hepáticas predominam como característica do dano celular. Nas doenças colestáticas (como a colelitíase, obstrução maligna, cirrose biliar primária e muitas doenças induzidas por fármacos), sobressai a inibição da excreção biliar. A exuberância dos sintomas iniciais pode sugerir de imediato um diagnóstico, particularmente se os principais fatores de risco forem considerados, como a idade, o sexo e a história de exposição ou comportamentos de risco.

14.2.2 Os sintomas típicos da doença hepática incluem icterícia, fadiga, prurido, dor no quadrante superior direito, distensão abdominal e hemorragia digestiva. Frequentemente, porém, muitos pacientes que tem diagnóstico de doença hepática crônica não possuem sintomas. As anormalidades aparecem nos exames bioquímicos hepáticos como parte de um exame de rotina ou na triagem para doação de sangue, para seguro de vida ou admissão no emprego. Os múltiplos exames disponíveis facilitam a identificação de hepatopatia.

14.2.3 A constatação de icterícia, hepatomegalia, dor no hipocôndrio direito, esplenomegalia, aranhas vasculares, eritema palmar, ascite, perda de peso, equimoses, edema, veias abdominais dilatadas, hálito hepático, asterixe, encefalopatia e coma são comemorativos presentes em maior ou menor grau nas doenças hepáticas.

14.3 EXAMES DE BIOPSIA HEPÁTICA

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

14.4 AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA DE DOENÇA HEPÁTICA

14.4.1 As causas mais comuns de doença hepática aguda são:

- hepatite viral, (particularmente hepatite A, B e C, Citomegalovirus, Epstein Baar virus, etc.);
- hepatite Criptogênica (causa desconhecida);
- lesão hepática induzida por fármacos, drogas ilícitas, chás;
- colangite supurativa aguda na obstrução biliar, Doença de Wilson, manifestação agudizada;
- doença hepática alcoólica;
- hepatite autoimune

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

- hepatite C crônica;
- doença hepática alcoólica;
- esteato-hepatite não alcoólica;
- hepatite B crônica;
- doença auto-imune;
- colangite esclerosante;
- cirrose biliar primária;
- hemocromatose;
- doença de Wilson.

14.5 CLASSIFICAÇÃO E ESTADIAMENTO DAS DOENÇAS HEPÁTICAS

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

14.5.2 A biopsia hepática é também o meio mais preciso para avaliar o estágio da doença como precoce ou avançada, pré-cirrótica. O estadiamento da doença está ligado amplamente a moléstias hepáticas crônicas, nas quais pode ocorrer progressão para cirrose e doença hepática terminal, mas

cujo desenvolvimento pode demorar anos ou décadas. As manifestações clínicas, os testes bioquímicos e os estudos de imagem hepática são úteis na avaliação do estágio, mas em geral se tornam anormais somente nas etapas intermediárias a tardias da cirrose. As fases iniciais da cirrose são geralmente detectáveis somente pela biopsia hepática, contudo alterações em métodos de imagem associados a hipertensão portal podem fortemente sugerir este diagnóstico. Na avaliação do estágio, o grau de fibrose é geralmente usado como medida quantitativa. No caso da hepatite viral a quantidade de fibrose portal é geralmente classificada de 0 a 4+ (índice de atividade histológica) ou escala de 0 a 6+ (escala de Ishak). As doenças metabólicas e tóxicas (Drogas e Álcool) tendem a Ter agressão controlobular com fibrose neste, na zona III do ácino hepático e fibrose perisinusoidal.

14.5.3 “Na avaliação do estágio ou estadiamento, o grau de alteração estrutural é semiquantificado de 0 a 4 ou de 0 a 6 (por diferentes classificações nacionais e estrangeiras). A presença e localização da fibrose em relação aos vasos intrahepáticos permitem o estadiamento, enquanto a semiquantificação do processo inflamatório fornece o grau de atividade histológica. A representatividade da biopsia, principalmente em hepatites crônicas, está diretamente relacionada com comprimento maior do que 1.6cm e/ou número de espaços porta igual ou superior a 10”. (Texto da Dra Edna Strauss – Sociedade de Hepatologia – fevereiro/2005)

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

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

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

14.5.5 Cirrose – Classificação de Child-Pugh

Fator	1 ponto	2 pontos	3 pontos
Bilirrubina sérica umol/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)
Aseite	Nenhuma	Facilmente controlada	Mal controlada
Distúrbio neurológico	Nenhum	Mínimo	Coma avançado
Tempo de protrombina (Segundos de prolongamento) INR	0-4 <1,7	4-6 1,7-2,3	>6 >2,3

Nota: O escore de Child-Pugh é calculado somando os pontos dos cinco fatores, e varia de 5 a 15. A classe de Child-Pugh é A (escore de 5 a 6), B (7 a 9), ou C (acima de 10). Em geral, a “descompensação” indica cirrose com um escore de Child-Pugh > 7 (classe B de Child-Pugh) e este nível é um critério aceito para inclusão no cadastro do transplante hepático.

14.5.6 “A Sociedade Brasileira de Hepatologia considera que, pelo princípio democrático, todo direito deve ser universal e igualmente distribuído. Direito não universal torna-se privilégio. Por outro lado, tratar de maneira idêntica indivíduos incapacitados passa a ser injustiça e conceder-lhes um benefício pode ser a maneira de restaurar-lhes o direito.

14.5.7 Para definir de maneira exata e objetiva a dimensão desta incapacidade em doenças do fígado, o benefício da lei deve ser concedido apenas aos hepatopatas crônicos que apresentem redução da capacidade produtiva e da qualidade de vida, com perspectiva inexorável desta redução. Assim, a única forma segura, passível de auditoria e, portanto, imune a fraudes é a aplicação de qualquer uma dentre as duas classificações de gravidade de doenças hepáticas amplamente conhecidas e utilizadas na medicina hepatológica, citadas abaixo:

- 1) Modelo matemático MELD, o qual utiliza três parâmetros laboratoriais, que se obtêm facilmente na rotina de qualquer hepatopatia crônica. A equação para calcular o escore MELD, o qual utiliza três parâmetros laboratoriais, que se calcular o escore MELD = { $9,57 \times \log_e \text{ creatina mg/dL} + 3,78 \times \log_e \text{ bilirrubina (total) mg/dL} + 11,20 \times \log_e \text{ INR} + 6,42$ }, arredondando-se o resultado para o próximo número inteiro. O valor máximo de creatinina vai até 4. (ref. 1)

A fórmula do MELD pode ser calculada, rapidamente, na Internet, no site abaixo:

www.mavoclinic.org.gr-rst.models.html

Para conceituação de hepatopatia grave, aceita-se atualmente o valor do MELD igual ou maior que 15 (ref 2)

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

14.5.8 Observação importante: Casos raros, eventualmente não contemplados pelas classificações referidas, poderão ser reavaliados por Comissão formada por 3 Especialistas em Hepatologia.” (texto do parecer da Sociedade Brasileira de Hepatologia)

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

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