

ANEXO

(ANEXO I DA PORTARIA PMDF Nº 522, DE 25 DE AGOSTO DE 2006)

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.

1.2 NORMAS DE PROCEDIMENTO DAS JUNTAS DE INSPEÇÃO DE SAÚDE

1.2.1 As juntas de inspeção de saúde, para maior clareza e definição imediata da situação do inspecionado, deverão fazer constar, obrigatoriamente, nos 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 (CID);
- b. modalidade fenomênica;
- c. expressão "alienação mental" entre parênteses.

1.2.2 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.

1.2.3 Não poderão ser emitidos laudos de alienação mental com base em diagnóstico de enfermidade psiquiátrica aguda.

2. CARDIOPATIA GRAVE

2.1 CONCEITUAÇÃO

2.1.1 São consideradas cardiopatias graves as entidades nosológicas 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 dispneia, 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, dispneia, 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, dispneia,

- 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 dispneia, palpitações, fadiga ou angina de peito.

2.2 NORMAS DE PROCEDIMENTOS DAS JUNTAS DE INSPEÇÃO DE SAÚDE

2.2.1 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.

2.2.2 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.

2.2.3 Os portadores de lesões cardíacas, susceptíveis de correção cirúrgica, serão reavaliados após a cirurgia e incapacitados se enquadrados nos itens 2.2.1 e 2.2.2 destas Normas.

2.2.4 Os portadores de hipertensão arterial secundária, passível de tratamento cirúrgico, terão a capacidade funcional avaliada após o tratamento da doença hipertensiva.

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

2.2.6 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.

2.2.7 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 patológica, podendo aguardar o resultado do tratamento especializado por 24 (vinte e quatro) meses.

2.2.8 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.

2.2.9 Os laudos das Juntas de Inspeção de Saúde deverão conter os diagnósticos etiológico, anatômico e funcional (reserva cardíaca) e a afirmação de que é cardiopatia grave, quando comprovadamente for o caso, 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 igualmente considerados como cegueira:

- 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 20/200 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 mínima 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 for 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 20/1.200 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, II, III e IV 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 e 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 JAEQUER 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:

JAEQUER	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 visão (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 3.2, em decorrência de afecção crônica, progressiva, não susceptível de correção óptica, nem removível por tratamento médico-cirúrgico, à luz de parecer especializado.

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 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 Veu-Bechterew, espondilite reumatóide, espondilite juvenil ou do adolescente, espondilartrite anquilopoiética, espondilite deformante, espondilite atrófica ligamentar, pelviespondilite anquilosante, ou pelviespondilite reumática.

4.2 NORMAS DE PROCEDIMENTO DAS JUNTAS DE INSPEÇÃO DE SAÚDE

4.2.1 As Juntas de Inspeção de Saúde somente farão o enquadramento legal dos portadores de Espondilite Anquilosante quando verificada a incapacidade definitiva para o serviço ativo e para todo e qualquer trabalho.

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

- a. o diagnóstico nosológico;
- b. a citação expressa da existência da anquilose da coluna vertebral; e
- 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, 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. ressonância magnética nuclear ou 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 frequentemente, atingindo várias partes do esqueleto.

5.1.2 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 (Osteíte Deformante) os inspecionados que apresentarem as formas extensas da doença, de acordo com o item 5.1.2.

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; e
- 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.

6.2 NORMAS DE PROCEDIMENTO DAS JUNTAS DE INSPEÇÃO DE SAÚDE

6.2.1 Fica proscrita a sinonímia "LEPRA" nos documentos oficiais do Serviço de Saúde da PMDF.

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

6.2.3 Os portadores de Hanseníase Tuberculoide (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 policiais militares;
- b. cursarem com surtos reacionais;

6.2.4 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.

6.2.5 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.

6.2.6 Os inspecionados já curados de Hanseníase, mas que apresentarem sequelas incompatíveis com o desempenho das atividades policiais militares, sem contudo determinar invalidez, serão incapacitados de acordo com a legislação vigente, sem o enquadramento em Hanseníase.

6.2.7 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 frequentes durante o tratamento ou após a cura;
- d. apresentarem sequelas invalidantes.

6.2.8 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. paresia ou paralisia de músculos não afetados anteriormente;
- f. surgimento de novas áreas anestésicas.

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 consequente lentidão de movimentos.

7.1.2 O Parkinsonismo Secundário, também chamado Síndrome de Parkinson, é consequente 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.

7.2.4 Um portador de Doença de Parkinson 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. A avaliação da invalidez de um paciente

portador de Parkinson é fundamentada na pontuação expressa na tabela de Webster.

7.2.5 - TABELA DE WEBSTER

A tabela permite pontuação com valores crescentes de 0 (zero) a 3 (três) pontos por item analisado. Concluído o estudo, é emitido parecer sobre a condição do examinado, fundamentado no somatório dos valores obtidos.

ITEM AVALIADO	00 NORMAL	01 POUCO COMPROMETIDO	02 MODERADO	03 GRAVE
Bradicinesia de mãos				
Postura Balanceio de membros superiores				
Rigidez				
Marcha				
Tremor				
Face				
Seborréia				
Fala				
Cuidados pessoais				

O somatório dos valores encontrados possibilita identificar e classificar o estado e a evolução da doença a partir dos valores obtidos, permitindo definir pela invalidez. Assim temos:

- a. de 01 a 10 – início da doença (apto);
- b. de 11 a 20 – incapacidade moderada (incapaz, mas não inválido); e
- c. de 21 a 30 – doença grave ou avançada (inválido).

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.

8.2 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%.

8.3 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 de que “é Nefropatia Grave” quando comprovadamente for o caso, 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.

9.2 NORMAS DE PROCEDIMENTOS DAS JUNTAS DE INSPEÇÃO DE SAÚDE

9.2.1 Para o policial militar da ativa:

9.2.1.1 Serão considerados portadores de Neoplasia Maligna e poderão ser mantidos em LTSP ou Restrição Médica, conforme o caso, os policiais militares que:

- a. apresentarem exames comprobatórios do diagnóstico de Neoplasia Maligna, de qualquer prognóstico;
- b. a doença seja, na ocasião da inspeção, susceptível de tratamento cirúrgico, radioterápico e/ou quimioterápico ou que o seu estadiamento clínico indicar bom prognóstico.

9.2.1.2 As Juntas de Inspeção de Saúde farão o enquadramento da incapacidade definitiva por Neoplasia Maligna dos inspecionandos que satisfizerem uma das condições abaixo:

- a. apresentarem neoplasia com mau prognóstico a curto prazo;
- b. tornarem-se inválidos em consequência de sequelas do tratamento, mesmo quando extirpada a lesão neoplásica maligna;
- c. manifestarem recidiva ou metástase de neoplasia maligna sem possibilidade de cura.

9.2.1.3 Os portadores de neoplasia maligna não enquadrados no item 9.2.1.2 poderão permanecer em Serviço Ativo, devendo, obrigatoriamente, nos primeiros 5 (cinco) anos após o laudo inicial, ser submetidos a revisões médicas especializadas, em períodos não superiores a 1 (um) ano, findo os quais, caso não apresentem evidência de atividade da neoplasia, poderão ser considerados não-portadores de neoplasia maligna.

9.2.1.4 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.

9.2.2 Para o Policial Militar inativo (Na Reserva Remunerada ou Reformado):

9.2.2.1 Serão considerados portadores de Neoplasia Maligna os Policiais Militares que:

- a. apresentarem exames comprobatórios do diagnóstico de Neoplasia Maligna de qualquer prognóstico;
- b. a doença seja, na ocasião da inspeção, susceptível de tratamento cirúrgico, radioterápico e/ou quimioterápico ou que o seu estadiamento clínico indicar bom prognóstico.

9.2.2.2 Os portadores de neoplasia maligna enquadrados no item 9.2.2.1 serão reformados, ou terão sua reforma revista, conforme o caso, obrigatoriamente, nos primeiros 5 (cinco) anos após o laudo

inicial, devendo ser submetidos à perícias médicas periódicas, em períodos não superiores a 1 (um) ano, findo os quais, caso não apresentem evidência de atividade da neoplasia, deverão ser considerados não- portadores de neoplasia maligna, estando sujeitos a novo enquadramento legal.

9.2.3 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”.

9.2.4 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 consequente à Carcinoma ductal, sem evidência de metástase, estadiamento clínico I, é neoplasia Maligna”.

9.2.5 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 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.

10.1.3 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.

10.1.4 São equiparadas às paralisias, as paresias 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 NORMAS DE PROCEDIMENTO DAS JUNTAS DE INSPEÇÃO DE SAÚDE

10.2.1 Os portadores de paralisias irreversíveis e incapacitantes de um dos tipos descritos no item anterior, satisfeitas as condições conceituais especificadas no item 10.1.2 destas Normas, serão consideradas total e permanentemente impossibilitados para qualquer trabalho.

10.2.2 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.

10.2.3 As Juntas de Inspeção de Saúde deverão declarar, após enunciar o diagnóstico, a expressão: “É Paralisia Irreversível e Incapacitante”, quando concluírem pela invalidez dos inspecionandos portadores das lesões citadas nos itens 10.1.3 e 10.1.4 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 NORMAS DE PROCEDIMENTO DAS JUNTAS DE INSPEÇÃO DE SAÚDE

11.2.1 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.

11.2.2 As Juntas de Inspeção de Saúde concluirão, inicialmente, por LTSP ou Restrição Médica, de acordo com o quadro clínico, considerando-se a resposta terapêutica em todos os casos e formas de Pênfigos.

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

11.2.4 Um portador de Pênfigo 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.

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).

c) 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 Os portadores assintomáticos ou em fase de linfadenopatia persistente generalizada (LPG), serão considerados pela SAMP com restrição médica por tempo indeterminado devendo ser submetidos a acompanhamento médico especializado e a novas inspeções de saúde em períodos não superior a 12 (doze) meses;

12.4.2 Os inspecionados classificados nas categorias A2, B1 e B2, respeitando a finalidade da inspeção de saúde e a natureza da sua atividade militar, se julgada de risco para o agravamento da

sua condição de saúde, deverão ser submetidos à Licença para Tratamento de Saúde Própria (LTSP) com acompanhamento médico especializado e a novas inspeções de saúde em período não superiores a 180 (cento e oitenta dias);

12.4.3 Os inspecionados classificados nas categorias A2, B1 e B2, respeitando a finalidade da inspeção de saúde e a natureza da sua atividade militar, se não julgada de alto risco para o agravamento da sua condição de saúde, em princípio e a critério da SAMP, serão considerados com restrição médica por tempo indeterminado, devendo ser submetidos a acompanhamento médico especializado e a novas inspeções de saúde em períodos não superiores a 180 (cento e oitenta) dias caso apresentem remissão do quadro clínico e laboratorial após um período de 90 (noventa) dias de tratamento especializado;

12.4.5 Em princípio, serão considerados incapazes definitivamente para o serviço ativo os inspecionados classificados nas categorias A3, B3 e C;

12.4.6 Constituem exemplos de laudo:

- a) “Portador de HIV, classificação A1, estando com restrição médica por tempo indeterminado, devendo ser submetido a acompanhamento médico especializado e a novas inspeções de saúde em período não superior a 12 (doze) meses”;
- b) “Portador de HIV, classificação A2, estando com restrição médica por tempo indeterminado, devendo ser submetido a acompanhamento médico especializado e a novas inspeções de saúde em período não superiores a 180 (cento e oitenta) dias;
- c) “Portador de HIV, classificação A2, estando em gozo de Licença para Tratamento de Saúde Própria (LTSP), devendo ser submetido a acompanhamento médico especializado e a novas inspeções de saúde em períodos não superiores a 180 (cento e oitenta) dias;
- d) “SIDA/Aids, classificação A3, estando em gozo de Licença para Tratamento de Saúde Própria (LTSP)

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 NORMAS DE PROCEDIMENTO DAS JUNTAS DE INSPEÇÃO DE SAÚDE.

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

13.2.2 Os inspecionados portadores de tuberculose ativa permanecerão em LTSP 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.

13.2.3 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.

13.2.4 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.

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

13.2.6 Os inspecionados 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.

13.2.7 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.

13.2.8 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.

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

13.2.10 As sequelas 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 NORMAS DE PROCEDIMENTO DAS JUNTAS DE INSPEÇÃO DE SAÚDE

14.2.1 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.

14.2.2 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.

14.2.3 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.

15 ESCLEROSE MÚLTIPLA (Art. 186 da Lei Nº 8.112 de 11DEZ1990)

15.1 CONCEITUAÇÃO

15.1.1 Enquadra-se no capítulo das doenças desmielinizantes do sistema nervoso central lentamente progressiva, caracterizada por placas disseminadas de desmielinização do cérebro e medula espinhal, resultando em múltiplos e variados sinais e sintomas, geralmente com remissões e exacerbações.

15.2 CLASSIFICAÇÃO

15.2.1 Surto-remissão - se a pessoa com EM tiver uma recuperação parcial ou total (remissão) após os ataques (surto), então esta é chamada evolução por surtos-remissão. Geralmente os doentes podem viver normalmente, sem sintomas, entre dois surtos. Podem ocorrer mais surtos ou nunca sequer reaparecerem.

15.2.2 Secundariamente Progressiva - a EM secundária-progressiva é uma fase da doença que se segue a EM por surtos de exacerbação-remissão. Ocorre quando o grau de incapacidade persiste e/ou agrava durante os surtos. Cerca de 30-50% dos portadores de EM, que inicialmente apresentem a forma por surtos-remissão, desenvolvem a EM secundariamente-progressiva ao fim de 10 anos.

15.2.3 Primariamente Progressiva - a forma primariamente-progressiva da EM é mais rara. Aqui a incapacidade e os sintomas agravam-se continuamente desde o início, sem ataques e sem remissões intermédias da incapacidade.

15.2.4 Benigna - independente desta classificação, a denominada evolução benigna da EM acontece se o doente viver sem limitações na sua vida quotidiana durante mais de 15 anos após ter sido diagnosticado com EM. Esta forma de EM não agrava com o tempo e só pode ser identificada retrospectivamente. A EM benigna tende a estar associada a sintomas iniciais menos graves, por exemplo, sensoriais.

15.3 EXAMES PARA AVALIAR O DIAGNÓSTICO:

- a) exame do líquido cefalorraquidiano: (anormal até 55% dos casos);
- b) avaliação por ressonância magnética: (É técnica mais sensível, podendo mostrar as placas);
- c) potencial evocado: (são análises das respostas elétricas repetidas pela estimulação de um sistema sensorial: geralmente alterados).

15.4 ESCALA EDSS (completa):

GRADAÇÃO	CRITÉRIOS CLÍNICOS
0	Exame neurológico normal (todos indicadores de grau 0 nos sistemas funcionais (SF)).
1.0	Ausência de incapacidade funcional, sinais neurológicos mínimos num dos SF.
1.5	Ausência de incapacidade funcional, sinais neurológicos mínimos em mais de um SF.
2.0	Incapacidade funcional mínima num SF.
2.5	Incapacidade funcional mínima em dois SF.
3.0	Incapacidade funcional moderada num SF ou incapacidade ligeira em três ou quatro SF, embora com plena capacidade ambulatoria.
3.5	Plena capacidade ambulatoria, mas com incapacidade funcional moderada num SF, e um ou dois SF com grau 2, ou dois SF com grau 3, ou cinco SF com grau 2.

4.0	Plena capacidade ambulatoria sem necessidade de assistência, plena independência funcional, atividade durante cerca de 12 horas por dia, apesar de alguma incapacidade funcional relativamente grave, caracterizada por um SF com grau 4 (os restantes SF com graus 0 ou 1) ou combinações de graus inferiores ultrapassando os limites dos níveis anteriores. Capacidade ambulatoria num percurso de cerca de 300 metros sem assistência ou descanso.
4.5	Plena capacidade ambulatoria sem assistência, atividade normal durante a maior parte do dia, capacidade de trabalhar durante um dia completo, eventualmente com algumas limitações à atividade plena ou com necessidades de assistência mínima; estado caracterizado por uma incapacidade funcional relativamente grave, apresentando um SF com grau 4 (os restantes com grau 0 ou 1), ou combinações de grau inferior, ultrapassando os limites dos níveis anteriores. Capacidade ambulatoria num percurso de cerca de 300 metros sem assistência ou descanso.
5.0	Capacidade ambulatoria num percurso de cerca de 200 metros sem assistência ou descanso; incapacidade funcional suficientemente grave para afectar adversamente o desempenho das atividades diárias (por exemplo, realizar o trabalho de um dia sem tomar medidas especiais). Um SF com grau 5 isolado, os restantes com grau 0 ou 1; ou combinações de graus inferiores, que ultrapassam geralmente os indicados para o nível 4.0.
5.5	Capacidade ambulatoria num percurso de cerca de 100 metros sem assistência ou descanso; incapacidade funcional suficientemente grave para impedir o desempenho das atividades diárias. Um SF com grau 5 isolado, os restantes com grau 0 ou 1; ou combinações de graus inferiores, que ultrapassam geralmente os indicados para o nível 4.0.
6.0	Apoio unilateral intermitente ou constante (bengala, canadiana ou outras próteses) necessário para andar cerca de 100 metros, com ou sem descanso. Combinações com mais de dois SF com grau 3+.
6.5	Apoio bilateral constante (bengalas, canadianas ou outras próteses) necessário para andar cerca de 20 metros sem descanso. Combinações com mais de dois SF com grau 3+.
7.0	Incapacidade de andar mais de 5 metros, mesmo com apoios, necessidade de utilizar uma cadeira de rodas; doente desloca-se sozinho na cadeira de rodas pelo menos 12 horas por dia. Combinações com mais de um SF com grau 4+; muito raramente, grau piramidal 5 isolado.
7.5	Incapacidade de dar mais de alguns passos; necessidade de utilizar uma cadeira de rodas; doente poderá necessitar de ajuda nos seus deslocamentos; doente consegue manipular a cadeira, mas não consegue aguentar-se numa cadeira de rodas normal durante o dia inteiro; poderá necessitar de uma cadeira de rodas elétrica. Combinações com mais de um SF com grau 4+.
8.0	Doente essencialmente confinado ao seu leito ou cadeira, ou deambulando de cadeira de rodas com ajuda de terceiros, podendo estar fora da cama durante a maior parte do dia; preservação de muitas das funções necessárias para cuidar de si próprio; de uma maneira geral ainda consegue usar os braços de forma eficaz. Combinações com mais de dois SF, normalmente com grau 4+ em diversos sistemas funcionais.
8.5	Doente essencialmente confinado ao leito durante a maior parte do dia; ainda consegue usar o(s) braço(s) de maneira eficaz; preservação de alguma capacidade para cuidar de si próprio. (equivalentes habituais de SF são combinações, normalmente com grau 4+ em diversos sistemas funcionais).
9.0	Doente acamado e totalmente dependente; capaz de comunicar e de comer. Combinações de SF maioritariamente de grau 4+.

9.5	Doente acamado e totalmente dependente, incapaz de comunicar e de comer. Combinações de SF quase todos com grau 4+.
10.0	Morte devida à Esclerose Multipla.

15.5 NORMAS DE PROCEDIMENTO DAS JUNTAS DE INSPEÇÃO DE SAÚDE

15.5.1 O policial da ativa que tiver o diagnóstico de EM, classificado na forma Surto-Remissão, que obtiver classificação EDSS igual ou superior a 6.0 na vigência de Surto, deverá ser mantido em LTSP e reavaliado em período não superior a 06 (seis) meses, e fora do surto(fase remissão).

15.5.2 O policial da ativa que tiver o diagnóstico de EM será mantido em LTSP ou Restrição Médica se obtiver uma classificação de EDSS inferior a 6.0;

15.5.3 O policial da ativa que tiver o diagnóstico de EM e obtiver uma classificação de EDSS igual ou superior a 6.0 na ausência de surto, será reformado.

15.5.4 O policial que na inatividade tiver o diagnóstico de EM e obtiver uma classificação de EDSS igual ou superior a 6.0 na ausência de surto, será reformado nos moldes da legislação vigente.

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

16.1 CONCEITUAÇÃO

16.1.1 Consideram-se "doenças causadas por radiação ionizante em estágio avançado" toda patologia 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.

16.2 QUADROS CLÍNICOS QUE CURSAM COM A SÍNDROME AGUDA DA RADIAÇÃO

16.2.1 São necessariamente quadros de síndrome aguda da radiação os quadros sindrômicos que sejam decorrentes de evento considerado determinístico, no qual o limite de dose de 0,8 a 1,0 Gy tenha sido ultrapassado, a saber:

- a. Quadro Hematopoiético: caracteriza-se por alterações hematológicas (leucopenia, trombocitopenia, reticulocitopenia) 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;
- b. Quadro 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. As lesões da mucosa ocorrem, em geral, a partir do limiar de 7,0 Gy; e
- c. Quadro Neurovascular: caracteriza-se por manifestações neurológicas e vasculares que conduzem, inevitavelmente, à morte, e ocorre com doses extremamente altas de radiação, superiores a 20 Gy.

16.2.2 Os quadros clínicos decorrentes do acúmulo de pequenas doses de exposição por longo período de tempo não são considerados quadros de síndrome aguda da radiação.

16.3 QUADROS CLÍNICOS QUE CURSAM COM A SÍNDROME CUTÂNEA DA RADIAÇÃO

16.3.1 A síndrome cutânea da radiação pode ser classificada, quanto ao seu grau de severidade, em:

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

- b. Grau II ou Moderada (exposição > 12,0 a 30,0 Gy): evolui com atrofia de pele, podendo se estender ao subcutâneo e músculos, e com úlcera tardia;
- c. Grau III ou Severa (exposição de 30,0 a 50,0 Gy): evolui com cicatrizes, fibrose, alterações escleróticas, degenerativas e necrose; e
- d. Grau IV ou Muito Grave (exposição acima de 50,0 Gy): evolui com deformidade e recidiva de úlceras, podendo necessitar de amputação.

16.4 MEIOS DE DIAGNÓSTICO

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

- a. história clínica, com dados evolutivos da doença;
- b. exame clínico;
- c. dosimetria física (avaliação de dosímetro individual, de dosimetria de área e reconstrução do acidente com modelo experimental);
- d. dosimetria clínica (avaliação do tempo de surgimento dos sintomas e do tempo de duração das manifestações);
- e. avaliação hematológica;
- f. avaliação bioquímica (glicose, ureia, creatinina, amilase, lipase, fosfatase alcalina, desidrogenase láctica, transaminases glutâmico oxalacética e pirúvica);
- g. dosimetria citogenética;
- h. tomografia computadorizada;
- i. ressonância magnética;
- j. termografia;
- l. avaliação fotográfica seriada;
- m. estudos cintilográficos; e
- n. estudos Doppler.

16.5 NORMAS DE PROCEDIMENTO DAS JUNTAS DE INSPEÇÃO DE SAÚDE

16.5.1 A JIS deverá comprovar a relação de causa e efeito da radiação ionizante com a patologia apresentada pelo indivíduo.

16.5.2 A JIS fará o enquadramento pela incapacidade definitiva (invalidez) por síndrome aguda da radiação dos inspecionandos que satisfizerem a uma das seguintes condições:

- a. apresentarem alterações físicas e mentais de mau prognóstico a curto prazo;
- b. apresentarem alterações físicas e mentais que tenham durado ou têm expectativa de duração por período contínuo igual ou maior que 12 (doze) meses; ou
- c. apresentarem sequelas que limitam, significativamente, a capacidade física e mental do inspecionando para executar atividades laborativas básicas.

16.5.3 Os pacientes que não se enquadrarem no disposto no item 16.5.2 deverão ser mantidos em LTSP ou Restrição Médica, conforme o caso, devendo ser reavaliado periodicamente, dentro de um período não superior a 12(doze) meses.

16.5.4 No parecer da JIS deverá constar, obrigatoriamente, o diagnóstico numérico, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID) e o dizer “CONTAMINAÇÃO POR RADIAÇÃO”

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

17.1 CONCEITUAÇÃO

17.1.1 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.

17.1.2 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.

17.1.3 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.

17.2 NORMAS DE PROCEDIMENTO DAS JUNTAS DE INSPEÇÃO DE SAÚDE

17.2.1 Enquadramento Diagnóstico:

- a. 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;
- b. 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.

17.2.2 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).

17.2.3 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.

17.2.4 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.