Ministério da Cultura

AGÊNCIA NACIONAL DO CINEMA

DELIBERAÇÃO Nº 272, DE 15 DE SETEMBRO DE 2006

O DIRETOR-PRESIDENTE da ANCINE, no uso das atribuições legais conferidas pela Resolução de Diretoria Colegiada nº 04, de 25 de fevereiro de 2003, e em cumprimento ao disposto na Lei nº 8.313, de 23 de dezembro de 1991, Lei nº 8.685, de 20 de julho de 1993, Medida Provisória nº 2.228-1, de 06 de setembro de 2001, alterada pela Lei nº 10.454, de 13 de maio de 2002, e Decreto nº 4.456, de 04 de novembro de 2002, delibera:

Art. 1º Aprovar os projetos audiovisuais relacionados abaixo, para o qual as proponentes ficam autorizadas a captar recursos através da comercialização de Certificados de Investimento do Art. 1º da Lei nº 8.685, de 20 de julho de 1993.

06-0206 - Vila África
Processo: 01580.024460/2006-14
Proponente: Miração Filmes Ltda.
Cidade/UF: São Paulo/SP
CNPJ: 06.096.915/0001-29
Valor total do orçamento aprovado: R$ 662.069,22
Valor Aprovado no Artigo 1º da Lei nº 8.685/93: R$ 628.948,20
Banco: 001- Agência: 3339-1 - Conta Corrente: 5.241-8
Período de captação: até 31/12/2006.
Aprovado na RDC nº . 195, realizada em 15/08/2006.

Art. 2º - Esta Deliberação entra em vigor na data de sua publicação.

GUSTAVO DAHL

SUPERINTENDÊNCIA DE FOMENTO

DELIBERAÇÃO Nº 273, DE 15 DE SETEMBRO DE 2006

O SUPERINTENDENTE DE FOMENTO da ANCINE, no uso das atribuições legais conferidas pela Portaria nº 72 de 25 de agosto de 2006 e em cumprimento ao disposto na Lei nº 8.313, de 23 de dezembro de 1991, Lei nº 8.685, de 20 de julho de 1993, Medida Provisória nº 2.228-1, de 06 de setembro de 2001, alterada pela Lei nº 10.454, de 13 de maio de 2002, e Decreto nº 4.456, de 04 de novembro de 2002, delibera:

Art. 1º - Aprovar a alteração de título do projeto audiovisual relacionado abaixo de “Minerva é Nome de Mulher ” para “A Ilha da Morte”.

012081 - A Ilha da Morte
Processo:01400.007977/2001-05
Proponente:M Margarita Hernandez Pascual .
Cidade/UF: Fortaleza / CE
CNPJ: 00.993.636/0001-81
Prazo de captação: de 01/01/2006 até 31/12/2006

Art. 2º Tornar sem efeito os termos do Art. 4º da Deliberação nº 195, de 28 de junho de 2006, no que se refere à prorrogação do prazo de captação e revisão orçamentária do projeto “Histórias do Rio Negro”.

Art. 3º Prorrogar o prazo de captação do projeto audiovisual abaixo relacionado, para o qual a proponente fica autorizada a captar recursos mediante doações ou patrocínios, na forma prevista nos Arts. 25 e 26 da Lei nº 8.313/91.

040349 - Histórias do Rio Negro
Processo: 01580.014819/2004-75
Proponente: Mais Filmes Ltda.
Cidade/UF: São Paulo / SP
CNPJ: 68.153.956/0001-67
Prazo de captação: até 31/12/2006.

Art. 4º Prorrogar o prazo de captação e realizar a revisão orçamentária do projeto audiovisual abaixo relacionado, para o qual a proponente fica autorizada a captar recursos através da comercialização de Certificados de Investimento nos termos do Art. 1º da Lei nº 8.685/93.

030359 - Paulista Reserva Cultural
Processo: 00050.004730/2003-45
Proponente: Reserva Cultural de Cinema Ltda.
Cidade/UF: São Paulo / SP
CNPJ: 05.924.151/0001-50
Valor total do orçamento aprovado: de R$ 3.950.763,64 para R$ 3.878.684,50
Valor Aprovado no Artigo 1º da Lei nº 8.685/93: de R$ 2.623.307,00 para R$ 2.554.831,88
Banco: 001- Agência: 1189-4 Conta Corrente: 22.427-8
Prazo de captação: até 31/12/2006.

Art. 5º - Esta Deliberação entra em vigor na data de sua publicação.

LUIZ FERNANDO NOEL DE SOUZA

Ministério da Defesa

GABINETE DO MINISTRO

PORTARIA NORMATIVA Nº 1.174/MD, DE 6 DE SETEMBRO DE 2006

Aprova as normas para avaliação da incapacidade decorrente de doenças especificadas em lei pelas Juntas de Inspeção de Saúde da Marinha, do Exército, da Aeronáutica e do Hospital das Forças Armadas.

O MINISTRO DE ESTADO DA DEFESA, no uso das atribuições que lhe confere o art. 87, parágrafo único, inciso II, da Constituição Federal, e tendo em vista o disposto no Decreto nº 5.201, de 2 de setembro de 2004, resolve:

Art. 1º Aprovar as normas para avaliação da incapacidade decorrente de doenças especificadas em lei pelas Juntas de Inspeção de Saúde da Marinha, do Exército, da Aeronáutica e do Hospital das Forças Armadas, na forma do Anexo a esta Portaria Normativa.

Art. 2º Esta Portaria Normativa entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 3º Fica revogada a Portaria Normativa nº 328/GABINETE, de 17 de maio de 2001.

WALDIR PIRES

ANEXO

NORMAS PARA AVALIAÇÃO DA INCAPACIDADE DECORRENTE DE DOENÇAS ESPECIFICADAS EM LEI PELAS JUNTAS DE INSPEÇÃO DE SAÚDE DA MARINHA, DO EXÉRCITO, DA AERONÁUTICA E DO HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS

CAPÍTULO I
FINALIDADE, APLICAÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO LEGAL
Finalidade

As presentes Normas têm por finalidade conceituar as doenças que, à luz de dispositivos legais, são consideradas graves e incapacitantes, e padronizar os procedimentos a serem adotados pelas Juntas de Inspeção de Saúde da Marinha, do Exército, da Aeronáutica e do Hospital das Forças Armadas para uniformização dos pareceres por elas exarados.

Aplicação

Estas Normas aplicam-se às Juntas de Inspeção de Saúde das Forças Armadas e sua utilização será facilitada por instruções de cada Força, de maneira a atender às peculiaridades dos respectivos sistemas médico-periciais.

Fundamentação

Serviram de base à elaboração destes normativos os seguintes instrumentos legais:

- Lei nº 6.880, de 9 de dezembro de 1980 - Estatuto dos Militares;
- Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990 - Regime Jurídico Único;
- Lei nº 7.713, de 22 de dezembro de 1988 (inciso XIV do art. 6º, alterado pela Lei nº 11.052, de 29 de dezembro de 2004) e Lei nº 8.541, de 23 de dezembro de 1992 - Imposto de Renda; e
- Lei nº 7.670, de 8 de setembro de 1988 (Benefícios aos portadores da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS).

CAPÍTULO II
CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES
Apresentação

A rápida evolução dos conhecimentos científicos, o aparecimento de métodos semiológicos mais sensíveis, as novas descobertas sobre as doenças e seus mecanismos e os avanços terapêuticos ocorridos após a aprovação da 1ª edição da FA-N-06 - "Normas para Avaliação das Doenças Incapacitantes" tornaram imperativas a revisão e atualização dessa publicação.

Esta edição é resultado do trabalho conjunto desenvolvido pelo Ministério da Defesa, por intermédio do Departamento de Saúde e Assistência Social (DESAS), da Secretaria de Organização Institucional (SEORI), e pelas Diretorias de Saúde dos Comandos das Forças.

Modificações significativas foram introduzidas no Capítulo III, e mantidos, de forma esquemática, para cada patologia, os dados considerados indispensáveis para a caracterização do grau da incapacidade dos inspecionandos. Também foram revistos os períodos julgados necessários para uma avaliação criteriosa da evolução dos processos mórbidos.

As Seções 14 e 15 - hepatopatias graves e contaminação por radiação, respectivamente, visam a atender, exclusivamente, às solicitações advindas das Juntas de Inspeção de Saúde para fins de isenção do imposto de renda (Lei nº 8.541, de 23 de dezembro de 1992).

Conceitos relevantes

Para o entendimento destas Normas são relevantes os seguintes conceitos:

a) incapacidade: é a perda definitiva, pelo militar, das condições mínimas de saúde necessárias à permanência no Serviço Ativo.

b) invalidez: é a perda definitiva, pelo militar, das condições mínimas de saúde para o exercício de qualquer atividade laborativa, civil ou militar.

Revisão de laudo de incapacidade ou invalidez

A revisão de laudo de incapacidade ou invalidez, em qualquer situação, somente será feita por meio de nova inspeção de saúde, pela mesma Junta de Saúde na qual o laudo foi exarado ou outra de instância superior.

Quadro sinóptico de patologias

A seguir, quadro sinóptico das patologias que se referem às doenças graves ou incapacitantes amparadas por diplomas legais:

Patologia	Lei nº 6.880/80 Estatuto dos Militares	Lei nº 8.112/90 Regime Jurídico Único	Lei nº 8.213/91 Previdência Social	Lei nº 11.052/04 Imposto de Renda
Alienação mental	Sim	Sim	Sim	Sim
Cardiopatia grave	Sim	Sim	Sim	Sim
Cegueira posterior ao ingresso no serviço público	Sim	Sim	Sim	Sim
Doenças decorrentes de contaminação por radiação	Não	Não	Sim	Sim
Doença de Parkinson	Sim	Sim	Sim	Sim
Esclerose múltipla	Não	Sim	Não	Sim
Espondiloartrose anquilosante	Sim	Sim	Sim	Sim
Estados avançados do mal de Paget (osteíte deformante)	Não	Sim	Sim	Sim
Hanseníase	Sim	Sim	Sim	Sim
Hepatopatia grave	Não	Não	Não	Sim
Nefropatia grave	Sim	Sim	Sim	Sim
Neoplasia maligna	Sim	Sim	Sim	Sim
Paralisia irreversível e incapacitante	Sim	Sim	Sim	Sim
Pênfigo	Sim	Não	Não	Não
Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA/Aids)	Sim (por força da Lei nº 7.670/88)	Sim	Sim	Sim
Tuberculose ativa	Sim	Sim	Sim	Sim

CAPÍTULO III
DOENÇAS ESPECIFICADAS EM LEI
Seção 1
Alienação Mental
1. Conceituação

1.1. Conceitua-se como alienação mental todo caso de distúrbio mental ou neuromental grave e persistente, no qual, esgotados os meios habituais de tratamento, haja alteração completa ou considerável da personalidade, comprometendo gravemente os juízos de valor e realidade, destruindo a autodeterminação do pragmatismo e tornando o indivíduo total e permanentemente inválido para qualquer trabalhoo.

1.2. As Juntas de Inspeção de Saúde deverão "preservar-se contra uma exagerada admissão de irresponsabilidade" (N. Hungria) e identificar, no quadro clínico 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 indivíduo 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 indivíduo em relação às regras que disciplinam a vida normal em sociedade; e

d) ausência de utilidade: a perda da adaptabilidade redunda em prejuízo para o indivíduo e para a sociedade (Beca Soto).

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

a) seja enfermidade mental ou neuromental;

b) seja grave 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 autodeterminação e do pragmatismo;

f) torne o indivíduo total e permanentemente inválido para qualquer trabalho; e

g) haja um nexo sintomático entre o quadro psíquico e a personalidade do indivíduo.

1.4. São considerados meios habituais de tratamento:

a) psicoterapia;

b) psicofarmacoterapia; e

c) terapêutica biológica (eletroconvulsoterapia, insulinoterapia, entre outros).

1.4.1. Não é considerado meio de tratamento a utilização de psicofármacos em fase de experiência laboratorial.

2. Quadros clínicos que cursam com a alienação mental

2.1. São necessariamente casos de alienação mental:

a) estados de demência;

b) psicoses esquizofrênicas nos estados crônicos;

c) paranóia e parafrenia nos estados crônicos; e

d) oligofrenias graves.

2.2. São excepcionalmente considerados casos de alienação mental:

a) psicoses afetivas, mono ou bipolar, quando comprovadamente cronificadas e refratárias ao tratamento, ou quando exibirem elevada freqüência de repetição fásica, ou, ainda, quando configurarem comprometimento grave e irreversível de personalidade;

b) psicoses epilépticas, quando caracterizadamente cronificadas e resistentes à terapêutica, ou quando apresentarem elevada freqüência de surtos psicóticos; e

c) psicoses pós-traumáticas e outras psicoses orgânicas, quando caracterizadamente cronificadas e refratárias ao tratamento, ou quando configurarem um quadro irreversível de demência.

2.3. Não são casos de alienação mental:

a) transtornos neuróticos da personalidade e outros transtornos mentais não psicóticos;

b) transtornos da identidade e da preferência sexual;

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 estresse); e

f) psicoses orgânicas transitórias (estados confusionais reversíveis).

2.3.1. Os casos excepcionalmente graves e persistentes de estados psicopatológicos, citados nas letras “a” e “b” do item 2.3 destas Normas podem, entretanto, causar invalidez.

3. Normas de Procedimento das Juntas de Inspeção de Saúde - Alienação Mental

3.1. As Juntas de Inspeção de Saúde, para maior clareza e definição imediata da situação do inspecionando, 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), edição aprovada para uso nas Forças Armadas;

b) modalidade fenomênica;

c) estágios evolutivos; e

d) expressão "alienação mental" entre parênteses.

3.1.1. Se os laudos concluírem por alienação mental, deverão ser firmados em diagnósticos que não se confundam com os quadros de reações psíquicas isoladas, intercorrências psicoreativas e distúrbios orgânicos subjacentes, dos quais sejam simples epifenômenos.

3.1.2. 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.

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

3.1.4. Constituem 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; e

g)"Reação Exógena Aguda de Bonhoffer (alienação mental)" - ERRADO.

3.2. As Juntas de Inspeção de Saúde deverão, explicitamente, fazer constar nos laudos das inspeções de saúde a ausência de alienação mental quando a doença do examinado determinar a sua invalidez mas não se enquadrar nos parâmetros que definam "alienação mental".

3.2.1. Constituem exemplos de laudos:

a) "Esquizofrenia Paranóide, F.20.0 CID - Revisão 1993" - ERRADO; e

b) "Esquizofrenia Paranóide, F.20.0 CID - Revisão 1993, estado de defeito leve (não é alienação mental)" - CERTO.

3.3. A alienação mental é condição que determina a invalidez.

3.4. As Juntas de Inspeção de Saúde, ao concluírem seus laudos com um diagnóstico subordinado ao conceito de alienação mental, deverão encaminhar o inspecionando ao órgão competente de sua Força para condução da medida legal conveniente ao caso: medida de segurança, interdição, administração provisória e outros casos, na forma prevista em Lei.

3.5. A medida legal superveniente à conclusão das Juntas de Inspeção de Saúde complementará, indispensavelmente, o processo administrativo de reforma (ou aposentadoria) do inspecionando portador de alienação mental.

Seção 2

Cardiopatia Grave

4. Conceituação

4.1. Para o entendimento de cardiopatia grave torna-se necessário englobar no conceito todas as doenças relacionadas ao coração, tanto crônicas, como agudas.

4.2. São consideradas cardiopatias graves:

a) as cardiopatias agudas que, habitualmente rápidas em sua evolução, tornarem-se crônicas, caracterizando uma cardiopatia grave, ou as que evoluírem para o óbito, situação que, desde logo, deve ser considerada como cardiopatia grave, com todas as injunções legais; e

b) as cardiopatias crônicas, quando limitarem, progressivamente, a capacidade física, funcional do coração (ultrapassando os limites de eficiência dos mecanismos de compensação) e profissional, não obstante o tratamento clínico e/ou cirúrgico adequado, ou quando induzirem à morte prematura.

4.3. A limitação da capacidade física, funcional e profissional é definida, habitualmente, pela presença de uma ou mais das seguintes síndromes:

a) insuficiência cardíaca;

b) insuficiência coronariana;

c) arritmias complexas;

d) hipoxemia; e

e) manifestações de baixo débito cerebral, secundárias a uma cardiopatia.

4.4. A avaliação da capacidade funcional do coração permite a distribuição dos indivíduos em classes ou graus assim descritos:

a) Classe/Grau I: indivíduos portadores de doença cardíaca sem limitação da atividade física. A atividade física normal não provoca sintomas de fadiga acentuada, nem palpitações, nem dispnéias, nem angina de peito;

b) Classe/Grau II: indivíduos portadores de doença cardíaca com leve limitação da atividade física. Esses indivíduos sentem-se bem em repouso, porém os grandes esforços provocam fadiga, dispnéia, palpitações ou angina de peito;

c) Classe/Grau III: indivíduos portadores de doença cardíaca com nítida limitação da atividade física. Esses indivíduos sentem-se bem em repouso, embora acusem fadiga, dispnéia, palpitações ou angina de peito quando efetuam pequenos esforços; e

d) Classe/Grau IV: indivíduos portadores de doença cardíaca que os impossibilita de qualquer atividade física. Esses indivíduos, mesmo em repouso, apresentam dispnéia, palpitações, fadiga ou angina de peito.

4.4.1. Os meios de diagnóstico a serem empregados na avaliação da capacidade funcional do coração, cientificamente, são os seguintes:

a) história clínica, com dados evolutivos da doença;

b) exame clínico;

c) eletrocardiograma, em repouso;

d) eletrocardiografia dinâmica (Holter);

e) teste ergométrico;

f) ecocardiograma, em repouso;

g) ecocardiograma associado a esforço ou procedimentos farmacológicos;

h) estudo radiológico do tórax, objetivando o coração, vasos e campos pulmonares, usando um mínimo de duas incidências;

i) cintilografia miocárdica, associada a teste ergométrico (Tálio, MIBI, Tecnécio);

j) cintilografia miocárdica associada a Dipiridamol e outros fármacos; e

l) cinecoronarioventriculografia.

4.4.2. Nos inspecionandos portadores de doenças cardíacas não identificáveis com os meios de diagnóstico citados no item 4.4.1 destas Normas deverão ser utilizados outros exames e métodos complementares que a medicina especializada venha a exigir.

4.5. 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.

4.6. O quadro clínico, bem como os recursos complementares, com os sinais e sintomas que permitem estabelecer o diagnóstico de cardiopatia grave estão relacionados para as seguintes cardiopatias:

a) cardiopatia isquêmica;

b) cardiopatia hipertensiva;

c) miocardiopatia;

d) arritmia cardíaca;

e) "cor pulmonale" crônico;

f) cardiopatia congênita; e

g) valvopatia.

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

5. Afecções ou doenças capazes de causar cardiopatia grave

5.1. Cardiopatia Isquêmica - Caracterizada por:

a) quadro clínico:

1) angina, Classes III e IV, da NYHA e da Canadian Cardiovascular Society, apesar de responder à terapêutica;

2) manifestações clínicas de insuficiência cardíaca; e

3) arritmias (associar com dados do ECG e do Holter);

b) eletrocardiograma (repouso):

1) zona elétrica inativa (localização e magnitude);

2) alterações isquêmicas de ST-T;

3) distúrbios da condução atrioventricular e intraventricular;

4) hipertrofia ventricular esquerda;

5) fibrilação atrial crônica; e

6) arritmias ventriculares complexas (associar com dados do Holter);

c) radiografia do tórax:

1) cardiomegalia; e

2) congestão venocapitar pulmonar;

d) teste ergométrico:

1) limitação da capacidade funcional (<5 MET);

2) angina, em carga baixa (<5MET);

3) infradesnível do segmento ST;

(a) precoce (carga baixa);

(b) acentuado (>3mm);

(c) morfologia horizontal ou descendente; e

(d) múltiplas derivações;

4) duração prolongada (> 6 min no período de recuperação);

5) supradesnível de ST, sobretudo em área não relacionada a infarto prévio;

6) comportamento anormal da pressão arterial diastólica (variação de PD > 30 mm Hg);

7) insuficiência cronotrópica (elevação inadequada da freqüência cardíaca);

8) sinais de disfunção ventricular esquerda associada ao esforço; e

9) arritmias ventriculares, desde que associadas a outros sinais de resposta isquêmica;

e) cintilografia miocárdica associada a teste ergométrico (Tálio, MIBI, Tecnécio):

1) defeitos de perfusão múltiplos ou áreas extensas (áreas hipocaptantes definitivas ou transitórias);

2) dilatação da cavidade ventricular esquerda ao esforço;

3) hipercaptação pulmonar;

4) fração de ejeção (FE) em repouso menor ou igual a 0,35 (valor específico para o método);

5) comportamento anormal da FE ao exercício (variação da FE menor que 5%); e

6) motilidade parietal regional ou global anormal;

f) cintilografia miocárdica associada a dipiridamol e outros fármacos - interpretação semelhante à definida para a cintilografia com teste ergométrico;

g) ecocardiograma (em repouso):

1) fração de ejeção menor ou igual a 0,40 (valor específico para o método);

2) alterações segmentares da contratilidade ventricular;

3) dilatação das câmaras esquerdas, especialmente se associada à hipertrofia ventricular esquerda; e

4) complicações associadas: disfunção dos músculos papilares, insuficiência mitral, comunicação interventricular, pseudo-aneurismas, aneurismas, trombos intracavitários;

h) ecocardiograma associado a esforço ou procedimentos farmacológicos:

1) aparecimento de alterações de contratilidade segmentar inexistentes no Eco em repouso;

2) acentuação das alterações de contratilidade preexistentes; e

3) comportamento anormal da FE ao exercício (variação da FE menor que 5%);

i) eletrocardiografia dinâmica (Holter):

1) alterações isquêmicas (ST-T) associadas à dor anginosa ou sintomas de disfunção ventricular esquerda;

2) isquemia miocárdica silenciosa (magnitude e duração);

3) arritmias ventriculares complexas;

4) fibrilação atrial associada à isquemia; e

5) distúrbios de condução atrioventricular e intraventricular relacionados à isquemia;

j) cinecoronarioventriculografia:

1) lesão de tronco de coronária esquerda maior ou igual a 50%;

2) lesões triarteriais moderadas a importantes (maior ou igual a 70% do terço proximal ou médio), e, "eventualmente" do leito distal, dependendo da massa miocárdia envolvida;

3) lesão bi ou uniarterial menor ou igual a 70%, com grande massa miocárdica em risco;

4) lesões ateromatosas extensas e difusas;

5) fração de ejeção menor ou igual a 0,40;

6) hipertrofia ventricular esquerda e dilatação ventricular esquerda;

7) áreas significantes de acinesia, hipocinesia e discinesia;

8) aneurisma de ventrículo esquerdo; e

9) complicações mecânicas: insuficiência mitral, comunicação interventricular;

l) fatores de risco e condições associadas:

1)idade maior ou igual a 70 anos, hipertensão, diabetes, hipercolesterolemia familiar; e

2) vasculopatia aterosclerótica importante em outros territórios (central, periférico);

m) pós-infarto do miocárdio:

1) disfunção ventricular esquerda (áreas de acinesia, hipocinesia e discinesia);
2) isquemia a distância (em outra área que não a do infarto);
3) arritmias ventriculares complexas;
4) idade avançada; e
5) condições associadas.
5.2. CARDIOPATIA HIPERTENSIVA - A gravidade é caracterizada pela presença das seguintes condições:
a) hipertensão essencial ou hipertensão secundária;
b) hipertrofia ventricular esquerda detectada pelo ECG ou ecocardiograma, que não regride com o tratamento;
c) disfunção ventricular esquerda sistólica, com fração de ejeção menor ou igual a 0, 40;
d) arritmias supraventriculares e ventriculares relacionadas à hipertensão arterial; e
e) cardiopatia isquêmica associada.
5.3. MIOCARDIOPATIAS
5.3.1. MIOCARDIOPATIA HIPERTRÓFICA - A gravidade é caracterizada pela presença das seguintes condições:
a) história familiar de morte súbita;
b) indivíduo sintomático, especialmente história de síncope, angina, insuficiência cardíaca e embolia sistêmica;
c) diagnóstico na infância (baixa idade);
d) hipertrofia moderada ou severa, com alterações isquêmicas de ST-T;
e) cardiomegalia;
f) disfunção ventricular esquerda sistólica e/ou diastólica;
g) fibrilação atrial;
h) síndrome de Wolff-Parkinson-White;
i) arritmias ventriculares complexas;
j) regurgitação mitral importante;
l) doença arterial coronária associada; e
m) forma obstrutiva com gradiente de via de saída maior ou igual a 50 mm Hg.
5.3.2. MIOCARDIOPATIA DILATADA - Caracterizada por:
a) história de fenômenos tromboembólicos;
b) cardiomegalia importante;
c) ritmo de galope (B3);
d) insuficiência cardíaca (Classes Funcionais III e IV);
e) fração de ejeção menor ou igual a 0,30;
f) fibrilação atrial;
g) arritmias ventriculares complexas; e
h) distúrbios da condução intraventricular.
5.3.3. MIOCARDIOPATIA RESTRITIVA (endomiocardiofibrose, fibroelastose) - A gravidade é caracterizada pela presença das seguintes condições:
a) história de fenômenos tromboembólicos;
b) cardiomegalia;
c) insuficiência cardíaca (Classes Funcionais III e IV);
d) envolvimento do ventrículo direito ou biventricular;
e) fibrose acentuada; e
f) regurgitação mitral e/ou tricúspide importante.
5.3.4.Cardiopatia Chagásica Crônica - A gravidade é caracterizada pela presença das seguintes condições:
a) história de síncope e/ou fenômenos tromboembólicos;
b) cardiomegalia acentuada;
c) insuficiência cardíaca (Classes Funcionais III e IV);
d) fibrilação atrial;
e) arritmias ventriculares complexas;
f) bloqueio bi ou trifascicular sintomático; e
g) bloqueio atrioventricular de grau avançado.
5.4. ARRITMIAS CARDÍACAS - Constituem características de maior gravidade:
a) disfunção do nó sinusal, sintomática, com comprovada correlação sintomas/arritmia, especialmente em presença de síndrome bradi-taquiarritmia;
b) bradiarritmias:
1)bloqueio atrioventricular (BAV) do 2° grau, tipo II, ou BAV avançado;
2)bloqueio atrioventricular total:
(a) sintomático;
(b) com resposta cronotrópica inadequada ao esforço;
(c) com cardiomegalia progressiva; e
(d) com insuficiência cardíaca;
3) fibrilação atrial com resposta ventricular baixa; e
4) bloqueios de ramo (direito ou esquerdo), permanentes ou alternantes, sintomáticos (claudicação cerebral ou insuficiência cardíaca);
c) taquiarritmias:
1)taquicardias ventriculares sintomáticas (claudicação cerebral e/ou comprometimento hemodinâmico) de qualquer etiologia; e
2)taquicardias supraventriculares sintomáticas (claudicação cerebral, comprometimento hemodinâmico, taquicardiomiopatia, fenômenos tromboembólicos) de qualquer etiologia e desencadeadas por qualquer mecanismo;
d)síndrome de preexcitação ventricular, com alto risco de morte súbita, determinado por estudos invasivos; e
e)portadores de marcapasso cardíaco definitivo (anti-bradi ou anti-taquicardia), cuja capacidade funcional se mantém limitada pela cardiopatia subjacente.
5.5. "COR PULMONALE" CRÔNICO - Constituem características de maior gravidade:
a) quadro clínico:
1) manifestações de hipóxia cerebral e periférica (dedos em baqueta de tambor);
2) insuficiência cardíaca direita;
3) dores anginosas;
4) crises sincopais;
5) hiperfonese canglorosa da segunda bulha no foco pulmonar; e
6) galope ventricular direito (B3) - PO2 < 60 mm Hg; PCO2 > 50 mm Hg;
b) eletrocardiograma:
1) sinais de sobrecarga importante de câmaras direitas;
c) ecocardiografia:
1) hipertrofia ventricular direita, com disfunção diastólica e/ou sistólica;
2) grande dilatação do átrio direito;
3) pressão sistólica em artéria pulmonar, calculada a partir das pressões do VD e AD, maior ou igual a 60 mm Hg;
4) insuficiência tricúspide importante; e
5) inversão do fluxo venoso na sístole atrial;
d) estudos hemodinâmicos:
1) dilatação do tronco da artéria pulmonar;
2) dilatação do ventrículo direito;
3) dilatação do átrio direito;
4) pressão na artéria pulmonar maior ou igual a 60 mm Hg;
5) pressão no átrio direito maior ou igual a 15 mm Hg;
6) insuficiência pulmonar; de
7) insuficiência tricúspide.
5.6. CARDIOPATIAS CONGÊNITAS - São consideradas graves as que apresentam:
a) do ponto de vista clínico:
1) crises hipoxênicas;
2) insuficiência cardíaca (Classes Funcionais III e IV);
3) hemoptises, pela presença de circulação colateral brônquica; e
4) arritmias de difícil controle e potencialmente malignas;
b) do ponto de vista anatômico:
1) doença arterial pulmonar;
2) necrose miocárdica, por doença coronária ou origem anômala das artérias coronárias;
3) drenagem anômala total infracardíaca ou origem das artérias coronárias;
4)drenagem anômala total infracardíaca ou com obstruções severas da conexão das veias pulmonares com as sistêmicas;
5) hipotrofia ventricular direita;
6) agenesias valvares (pulmonar e aórtica);
7) hipoplasia ou atresia de valvas pulmonares, aórtica e mitral;
8) hipoplasia ou atresia do coração esquerdo;
9) estenose mitral;
10)transposição das grandes artérias com hiper-resistência pulmonar ou ausência de comunicações;
11) ventrículos únicos com atresias valvares;
12) ectopias cardíacas com alterações múltiplas; e
13) cardiopatias complexas.
5.7.VALVOPATIAS
5.7.1. INSUFICIÊNCIA MITRAL - Caracterizada por:
a) quadro clínico:
1) insuficiência cardíaca (Classes Funcionais III e IV);
2) frêmito sistólico palpável na região da ponta;
3) primeira bulha inaudível ou acentuadamente hipofonética, no foco mitral;
4) sopro holossistólico, no foco mitral, de intensidade > 3/6, com irradiação em faixa ou círculo;
5) segunda bulha hiperfonética, no foco pulmonar; e
6) desdobramento amplo e constante da segunda bulha, no foco pulmonar;
b) eletrocardiograma:
1) sinais progressivos de sobrecarga atrial e ventricular esquerdas; e
2) fibrilação atrial;
c) estudo radiológico:
1) aumento acentuado da área, com predominância das cavidades esquerdas;
2) sinais de congestão venocapilar pulmonar; e
3) sinais de hipertensão pulmonar;
d) ecocardiograma:
1) presença de jato regurgitante, de grande magnitude;
2) comprometimento progressivo da função ventricular sistólica;
3) aumento significativo do diâmetro sistólico do ventrículo esquerdo;
4) inversão do fluxo sistólico, em veia pulmonar; e
5) sinais de hipertensão pulmonar;
e) hemodinâmica e angiografia:
1) onda "v" com valor maior ou igual a 3 (três) vezes, em relação à média do capilar pulmonar;
2) opacificação do átrio esquerdo igual ou superior que a do ventrículo esquerdo: Graus III e IV da classificação de Sellers; e
3) fração de regurgitação maior ou igual a 60% (FR = volume de regurgitação/volume sistólico total).
5.7.2. ESTENOSE MITRAL - Caracterizada por:
a) quadro clínico:
1) história de comissurotomia mitral prévia;
2) fenômenos tromboembólicos;
3) insuficiência cardíaca (Classes Funcionais III e IV);
4) episódios de edema pulmonar agudo;
5) escarros hemópticos;
6) fibrilação atrial;
7) estalido de abertura da valva mitral precoce;
8) impulsão sistólica do ventrículo direito;
9) segunda bulha hiperfonética, no foco pulmonar; e
10) sinais de insuficiência tricúspide;
b) eletrocardiograma:
1) fibrilação atrial; e
2) sinais de sobrecarga de câmaras direitas;
c) estudo radiográfico:
1) inversão do padrão vascular pulmonar;
2) sinais de hipertensão venocapilar pulmonar; e
3) sinais de hipertensão arteriolar pulmonar;
d) ecocardiograma:
1) área valvar < 1,0 cm²;
2) tempo de ½ pressão > 200 ms;
3) gradiente transvalvar mitral médio >15 mm Hg;
4) sinais de hipertensão pulmonar (pressão sistólica da artéria pulmonar > 50 mm Hg); e
5) presença de trombo, no átrio esquerdo;
e) hemodinâmica:
1) área valvar < 1,0 cm²;
2) gradiente diastólico mitral médio > 15 mm Hg;
3) pressão média de capilar pulmonar ou de átrio esquerdo > 20 mm Hg; e
4) pressão sistólica de artéria pulmonar > 50 mm Hg.
5.7.3. INSUFICIÊNCIA AÓRTICA - Caracterizada por:
a) quadro clínico:
1) insuficiência cardíaca (Classes Funcionais III e IV);
2) manifestações de baixo débito cerebral (tontura, lipotímia, síncope);
3) síndrome de Marfan associada;
4) presença de galope ventricular (B3);
5) sopro de Austin-Flint, na ponta;
6) ictus hipercinético, deslocado externamente;
7) pressão distólica próxima a zero; e
8) queda progressiva da pressão arterial sistólica;
b) eletrocardiograma:
1) sinais de sobrecarga ventricular esquerda, com onda T negativa, em precordiais esquerdas;
2) sinais de sobrecarga atrial esquerda; e
3) fibrilação atrial;
c) estudo radiográfico:
1) aumento importante da área cardíaca, com franco predomínio de ventrículo esquerdo (aspecto em "bota");
2) dilatação da aorta ascendente, da croça e do segmento descendente; e
3) dilatação do átrio esquerdo;
d) ecocardiograma:
1) jato regurgitante Ao/VE largo e extenso;
2) fluxo reverso holodiastólico da aorta descendente;
3) abertura valvar mitral, ocorrendo somente com a sístole atrial;
4) piora progressiva dos parâmetros da função sistólica ventricular esquerda; e
5) queda da fração de ejeção ao ecocardiograma de esforço;
e) medicina nuclear associada a teste ergométrico - comportamento anormal da fração de ejeção;
f) hemodinâmica e angiografia:
1) baixa pressão diastólica da aorta, tendendo à equalização das pressões diastólicas aortoventriculares;
2) pressão diastólica final do ventrículo esquerdo (Pd2 VE) elevada (maior ou igual a 20 mm Hg);
3) opacificação igual ou mais densa do ventrículo esquerdo em comparação com a aorta, durante aortografia (Graus III e IV de Sellers); e
4) fração de regurgitação igual ou maior do que 60%.
5.7.4.ESTENOSE AÓRTICA -Caracterizada por:
a) quadro clínico:
1) sintomas de baixo débito cerebral (tontura, lipotímia, síncope);
2) angina de peito;
3) presença de terceira bulha;
4) insuficiência cardíaca;
5) pressão arterial diferencial reduzida;
6) pico tardio de intensidade máxima do sopro;
7) desdobramento paradoxal da segunda bulha; e
8) fibrilação atrial;
b) eletrocardiograma:
1) sinais de sobrecarga ventricular esquerda importante, com infra-desnivelamento de ST e onda T negativa, em precordiais esquerdas;
2) sobrecarga atrial esquerda;
3) fibrilação atrial;
4) arritmias ventriculares; e
5) bloqueio atrioventricular total;
c) ecocardiograma:
1) área valvar menor ou igual a 0,75 cm²;
2) gradiente médio de pressão transvalvar aórtica maior ou igual a 50 mm Hg;
3) gradiente máximo maior ou igual a 70 mm Hg; e
4) sinais de hipocinesia ventricular esquerda;
d) hemodinâmica:
1) área valvar igual ou menor a 0,75 cm²;
2) hipocinesia ventricular esquerda; e
3) coronariopatia associada.
5.7.5. PROLAPSO VALVAR MITRAL - Caracterizada por:
a) história familiar de morte súbita;
b) história de síncope;
c) fenômenos tromboembólicos;
d) síndrome de Marfan associada;

e) arritmias ventriculares complexas;
f) fibrilação atrial;
g)disfunção ventricular esquerda;
h) regurgitação mitral importante;
i) prolapso valvar tricúspide associado;
j) cardiomegalia (aumento de câmaras esquerdas); e
l) rotura de cordoalhas tendíneas.
5.8.TUMORES CARDÍACOS
5.8.1.Tumores Malignos - Deverão ser adotados os parâmetros exigidos para o enquadramento da neoplasia maligna.
5.8.2.Tumores Benignos, com alterações funcionais irreversíveis.
5.9.A ausência de um ou outro aspecto que caracterize a patologia não afasta o diagnóstico de cardiopatia grave, desde que seja identificada a doença pelas características que se fizerem evidentes e que sejam mais marcantes.
6. Normas de Procedimento das Juntas de Inspeção de Saúde - Cardiopatia Grave
6.1.Os portadores de lesões cardíacas que se enquadrem nas especificações dos Graus III ou IV da avaliação de capacidade funcional descrita no item 4.4 destas Normas serão considerados como portadores de cardiopatia grave pelas Juntas de Inspeção de Saúde.
6.2. Os portadores de lesões cardíacas que se enquadrem nas especificações dos Graus I e II da avaliação de capacidade funcional descrita no item 4.4 destas Normas, e que puderem desempenhar tarefas compatíveis com a eficiência funcional, somente serão considerados incapazes por cardiopatia grave quando, fazendo uso de terapêutica específica, e depois de esgotados todos os recursos terapêuticos, houver progressão da patologia, comprovada mediante exame clínico evolutivo e exames subsidiários.
6.2.1.A idade do indivíduo, sua atividade profissional e a incapacidade de reabilitação são parâmetros que devem ser considerados na avaliação dos portadores de lesões cardíacas, a que se refere o item 6.2 destas Normas.
6.3.Os portadores de lesões cardíacas susceptíveis de correção cirúrgica, desde que em condições físicas satisfatórias para se submeterem a tal procedimento, serão reavaliados após a cirurgia e considerados incapacitados se enquadrados nos itens 6.1 e/ou 6.2 destas Normas.
6.3.1. Os portadores de hipertensão arterial secundária, passível de tratamento cirúrgico, desde que em condições físicas satisfatórias para se submeterem a tal procedimento, terão sua capacidade funcional reavaliada após o tratamento da doença hipertensiva.
6.3.2. Os portadores de valvulopatias susceptíveis de correção cirúrgica, desde que em condições físicas satisfatórias para se submeterem a tal procedimento, terão sua capacidade funcional reavaliada após a correção, salvo se as alterações cardiovasculares, pela longa evolução ou gravidade, forem consideradas irreversíveis ou comprometedoras da atividade funcional.
6.4.As arritmias graves, comprovadas eletrocardiograficamente, resistentes ao tratamento, ou cursando com episódios tromboembólicos, serão consideradas como cardiopatia grave, mesmo na ausência de outros sinais clínicos, radiológicos ou ecocardiográficos de alterações cardiovasculares.
6.5.As Juntas de Inspeção de Saúde somente enquadrarão os indivíduos como portadores de cardiopatia grave quando afastada totalmente a possibilidade de regressão da condição patogênica, podendo aguardar o tratamento especializado por até 24 (vinte e quatro) meses.
6.5.1. As Juntas de Inspeção de Saúde poderão fazer o enquadramento de cardiopatia grave, dispensando o prazo de observação e tratamento citado no item 6.5 destas Normas, nos casos de enfermidade cardiovascular sem terapêutica específica ou de evolução rápida e/ou com mau prognóstico, a curto prazo.
6.6.Os laudos das Juntas de Inspeção de Saúde deverão conter, obrigatoriamente, os diagnósticos etiológico, anatômico e funcional (reserva cardíaca), e a afirmação ou negação de cardiopatia grave para o enquadramento legal da lesão incapacitante.
6.6.1.Quando não for possível firmar-se o diagnóstico etiológico, esse deverá ser citado como sendo desconhecido.
Seção 3
Cegueira
7. Conceituação
7.1. 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.
7.2.São equivalentes à cegueira e como tal considerados:
a) os casos de perda parcial de visão, nos limites previstos nestas Normas, não susceptíveis de correção óptica nem capazes de serem beneficiados por tratamento médico-cirúrgico; e
b) os casos de redução muito acentuada e irreversível do campo visual (visão tubular), igual ou inferior a 20º, comprovados por campimetria, e que motivem dificuldade de locomoção e de orientação espacial do indivíduo, exigindo a ajuda de terceiros.
8. Graus de perda parcial da visão
a) Grau I: quando a acuidade visual máxima em ambos os olhos e com a melhor correção óptica possível for inferior a 20/70 na escala de Snellen, e a mínima igual ou superior a 20/200 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;
b) 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 igual ou superior a 20/400 Snellen;
c) 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; e
d) Grau IV: quando a acuidade visual máxima em ambos os olhos e com melhor correção óptica possível for inferior a 20/1.200 Snellen ou apresentar, como índice máximo, a capacidade de contar dedos à distância de 1 (um) metro, e a mínima limitar-se à percepção luminosa.
8.1.Serão enquadrados nos Graus II, III e IV os indivíduos que tiverem redução do campo visual, no melhor olho, entre 20º e 10º, entre 10º e 5º, e menor que 5º, respectivamente.
9. Avaliação da acuidade visual - Escalas adotadas
9.1.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.
9.2.O quadro a seguir demonstra a equivalência das escalas usadas na avaliação da acuidade visual para longe:

Snellen	Decimal	% de visão
20/20	1,0	100,0
20/22	0,9	98,0
20/25	0,8	95,5
20/29	0,7	92,5
20/23	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	0,1	10,0

10. Normas de Procedimento das Juntas de Inspeção de Saúde - Cegueira
10.1. As Juntas de Inspeção de Saúde concluirão pela incapacidade definitiva e invalidez, por cegueira, dos portadores de perda total de visão (cegueira), sem percepção luminosa, determinada por afecção crônica, progressiva e irreversível, à luz de parecer especializado.
10.2. As Juntas de Inspeção de Saúde, de acordo com a amplitude de conceito legal, também concluirão pela incapacidade definitiva e pela invalidez, por cegueira, em qualquer dos graus descritos no item 8 destas Normas, dos inspecionandos que apresentarem diminuição acentuada da acuidade visual, de caráter irreversível, não susceptível de correção óptica, nem removível por tratamento médico-cirúrgico, à luz de parecer especializado.
10.2.1. As Juntas de Inspeção de Saúde, ao emitirem laudos declaratórios de invalidez de portadores de afecção que os inclua nos graus de diminuição da acuidade visual descritos no item 8 destas Normas deverão fazer constar entre parênteses, ao lado do diagnóstico, a expressão "equivalente à cegueira".
Seção 4
Espondilite Anquilosante
11. Conceituação
11.1.A 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, resultando rigidez progressiva da coluna. As articulações periféricas também podem ser comprometidas, particularmente as das raízes dos membros (ombros e coxofemorais), daí a designação rizomélica.
11.2.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 conseqüência da fusão patológica dos ossos que a constituem.
11.3.Dentre as denominações comumente dadas à espondilite anquilosante podemos destacar as seguintes: espondilite (ou espondilose) risomélica, doença de Pierre-Marie-Strumpell, espondilite ossificante ligamentar, síndrome (ou doença) de Veu-Bechterew, espondilite reumatóide, espondilite juvenil ou do adolescente, espondilartrite anquilopoética, espondilite deformante, espondilite atrófica ligamentar, pelviespondilite anquilosante e pelvispondilite reumática.
11.4. 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, porém não determinam anquilose.
12. Normas de Procedimento das Juntas de Inspeção de Saúde - Espondilite Anquilosante
12.1.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.
12.2.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.
12.3.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.
12.4.As Juntas de Inspeção de Saúde acrescentarão, entre parênteses, a expressão "equivalente à espondilite anquilosante", ao concluírem os laudos dos portadores de afecções da coluna vertebral que, por seu grave comprometimento e extensa imobilidade, se tornarem total e permanentemente incapacitados para qualquer trabalho.
12.5.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.
Seção 5
Estados avançados da doença de Paget
(Osteíte Deformante)
13. Conceituação
13.1. 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 várias partes do esqueleto.
13.2.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; e
b) fase de relativa inatividade, com formação de tecido ósseo denso e menos vascularizado, onde as fraturas têm retardo de consolidação.
13.3.Os estados avançados da doença de Paget apresentam as seguintes características:
a)lesões ósseas generalizadas, deformidades ósseas, osteoartrites secundárias, fraturas espontâneas e degeneração maligna (sarcoma osteogênico, fibrossarcoma e sarcoma de células redondas);
b) complicações neurológicas e sensoriais: surdez, perturbações olfativas e neuralgias; e
c)complicações cardiovasculares: insuficiência cardíaca, arteriosclerose periférica e hipertensão arterial.
14. Normas de Procedimento das Juntas de Inspeção de Saúde - Doença de Paget
14.1.As formas localizadas da doença de Paget, assintomáticas, detectadas em exames radiológicos de rotina, ou oligossintomáticas, não serão legalmente enquadradas nessa afecção.
14.2.As Juntas de Inspeção de Saúde enquadrarão em incapacidade definitiva por estados avançados da doença de Paget (osteíte deformante) os inspecionandos que apresentarem as formas extensas da doença, de acordo com o item 13.3 destas Normas.
14.2.1. 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.
14.2.2. Os portadores de estados avançados da doença de Paget serão considerados inválidos.
14.3.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 exames subsidiários que comprovem o diagnóstico.
14.3.1.São considerados exames subsidiários elucidativos e indispensáveis:
a) exame radiológico;
b) dosagem da fosfatase alcalina; e
c) dosagem da hidroxiprolina urinária nas 24 horas.
Seção 6
Hanseníase
15. Conceituação
15.1.A hanseníase é uma doença infecto-contagiosa de notificação compulsória, causada pelo Mycobacterium leprae (bacilo de Hansen), de curso crônico, podendo apresentar surtos reacionais intercorrentes.
15.1.2. Fica proscrita a sinonímia "lepra" nos documentos oficiais dos Serviços de Saúde das Forças Armadas.
16. Classificação
16.1.A hanseníase pode ser classificada nas seguintes formas clínicas:
a) paucibacilares (PB) - baciloscopia negativa:
1) tuberculóide (T); e
2) indeterminada (I) - Mitsuda positiva; e
b) multibacilares (MB) - baciloscopia positiva:
1) virchowiana (V);
2) dimorfa (D); e
3) indeterminada (I) - Mitsuda negativa.
16.1.1.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.
16.2.As principais características das formas clínicas de hanseníase são:
16.2.1. Hanseníase tuberculóide (T): apresenta lesões tórpidas ou reacionais anestésicas ou hipoestésicas, circunscritas, acompanhadas de anidrose ou hipoidrose e alopécia, com acentuada estabilidade dentro do tipo, a saber:
16.2.1.1.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 epitelióides, linfócitos e células gigantes tipo Langhans; e

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 ptiriônica. Da erupção de novas pápulas resultam hansênides 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 hansênide. São freqüentes as neurites (mononeurites), podendo aparecer lesões cutâneas e espessamento dos nervos.
16.2.1.2. 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; e
d) o exame clínico mostra placas eritemato-violáceas edematosas, escamosas, elevadas, com contornos nítidos, de localização palmoplantar, periorificial 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 eitemato-violáceos são sugestivos do diagnóstico.
16.2.2.Hanseníase virchowiana (V): apresenta lesões da pele, mucosas, olhos, nervos periféricos (polineurites) e vísceras, sempre tendentes à difusão e expansão.
16.2.2.1.Suas principais características são:
a) reação de Mitsuda negativa;
b) ao exame bacteriológico: numerosos bacilos e globias nas lesões e na linfa cutânea;
c)ao exame histopatológico: infiltrado perineural, perivascular e periglandular dos histiócitos contendo bacilos, com a formação de globias (células de Virchow - degeneração lipoídica), formando a estrutura hansenomatosa patognomônica; e
d) as lesões cutâneas, em geral anestésicas, consistem em eritema e infiltração difusa, máculas eritemato-pigmentadas acompanhadas de tubérculos e nódulos, formando hansenomas, alopécia (principalmente dos supercílios - madarose), atrofia da pele e músculos, infiltração da face com intumescimento nasal e dos pavilhões auriculares (fáceis 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.
16.2.3. Hanseníase indeterminada (I): assim classificada porque na ausência de tratamento pode evoluir para a forma tuberculóide ou para a virchowiana.
16.2.3.1. Suas principais características são:
a) reação de Mitsuda positiva ou negativa;
b) bacterioscopia das lesões e linfa negativa;
c) histologicamente apresenta infiltrados discretos de linfócitos e fibroblastos ao redor dos capilares, anexos cutâneos e terminações nervosas; e
d) ao exame clínico encontram-se manchas com alteração da sensibilidade superficial, de bordas imprecisas, hipocrônicas ou ligeiramente eritematosas, acompanhadas de alopécia e distúrbios da sudorese (hipoidrose ou anidrose), isoladas, geralmente planas.
16.2.4.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.
16.2.4.1. Suas principais características são:
a) reação de Mitsuda negativa ou fracamente positiva;
b) bacterioscopia da pele fortemente positiva nas lesões fulvas e menos intensa nas lesões semelhantes às da reação tuberculóide;
c) histologicamente, apresenta granulomas tuberculóides e infiltrados de células de Virchow; e
d) 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, própria da hanseníase virchowiana. As lesões, geralmente cervicais, apresentam anestesia, anidrose e alopécia e cursam com surtos eruptivos. Mãos túmidas, cianóticas e com extremidades afiladas.
17. Prescrições Diversas
17.1.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 816, de 26 de julho de 2000.
17.2. Critérios clínicos de atividades:
a) presença de eritema e/ou infiltração nas lesões;
b) aparecimento de novas lesões;
c) aumento de lesões preexistentes;
d) espessamento e/ou parestesia de nervos ou troncos nervosos previamente normais;
e) paresia ou paralisia de músculo não afetados anteriormente; e
f) surgimento de novas áreas anestésicas.
18. Normas de Procedimento das Juntas de Inspeção de Saúde - Hanseníase
18.1. Os portadores de hanseníase indeterminada (I) realizarão tratamento sem afastamento do Serviço Ativo.
18.2.Os portadores de hanseníase tuberculóide (T) farão o tratamento sem afastamento do Serviço Ativo, com exceção dos casos em que:
a) apresentarem manifestações cutâneas e/ou neurológicas incompatíveis com o desempenho das atividades militares; e
b) cursarem com surtos reacionais.
18.3. 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.
18.4. Os portadores de hanseníase, mesmo nos casos de tratamento sem afastamento do Serviço Ativo, serão submetidos, obrigatoriamente, à inspeção de saúde nas seguintes situações:
a) logo que firmado o diagnóstico;
b) a cada 6 (seis) meses, no máximo, durante o tratamento; e
c) após o término do tratamento.
18.5. Os inspecionandos já curados de hanseníase, mas que apresentarem seqüelas incompatíveis com o desempenho das atividades militares, sem, contudo, determinar invalidez, serão incapacitados de acordo com a legislação vigente em cada Força, sem o enquadramento em hanseníase.
18.6. As Juntas de Inspeção de Saúde farão o enquadramento pela incapacidade definitiva para o Serviço Ativo por hanseníase dos inspecionandos que:
a) permanecerem com sinais de atividade clínica após completarem o tratamento;
b) tiverem a ocorrência de atividade clínica após a alta por cura, isto é, recidiva;
c) manifestarem surtos reacionais freqüentes durante o tratamento ou após a cura; e
d) apresentarem seqüelas invalidantes.
18.7.Todos os inspecionandos portadores de hanseníase, independente do julgamento das Juntas de Inspeção de Saúde, permanecerão sob rigoroso controle médico e deverão ser submetidos a exames periódicos, determinados pela clínica especializada.
Seção 7
Mal de Parkinson (doença de Parkinson)
19. Conceituação
19.1.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 extrapiramidal 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); e
c) oligocenesia: diminuição da atividade motora espontânea e conseqüente lentidão de movimentos.
19.1.1.A expressão doença de Parkinson, por sua maior abrangência e por melhor atender aos 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.
19.2. O Parkinsonismo Secundário, também chamado de síndrome de Parkinson, é conseqüente a lesões degenerativas infecciosas, parasitárias, tóxicas (inclusive medicamentos), endócrinas ou produzidas por traumatismo, choque elétrico e tumores intracranianos.
20. Normas de Procedimento das Juntas de Inspeção de Saúde - Mal de Parkinson
20.1.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.
20.2.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.
20.3.As Juntas de Inspeção de Saúde deverão especificar a etiologia da síndrome de Parkinson, responsável pela incapacidade do inspecionando, sempre que possível.
Seção 8
Nefropatias Graves
21. Conceituação
21.1.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.
21.2.As nefropatias graves são caracterizadas por manifestações clínicas e alterações nos exames complementares, a saber:
21.2.1. Manifestações clínicas:
a) ectoscópicas: palidez amarelada, edema, hemorragia cutânea e sinais de prurido;
b) cardiovasculares: pericardite serofibrinosa, hipertensão arterial e insuficiência cardíaca;
c)gastrointestinais: soluço, língua saburrosa, hálito amoniacal, náuseas, vômitos, hemorragias digestivas, diarréia ou obstipação;
d) neurológicas: cefaléia, astenia, insônia, lassidão, tremor muscular, convulsão e coma;
e) oftamológicas: retinopatia hipertensiva e retinopatia arteriosclerótica;
f) pulmonares: pulmão urêmico e derrame pleural; e
g) urinárias: nictúria.
21.2.2. 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 sangüineos de uréia, creatinina e ácido úrico;
4) distúrbios dos níveis de sódio, potássio, cálcio, fósforo, glicose e lipídios; e
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 conseqüente a cicatrizes, cistos, hematomas, abscessos ou tumores;
3) distensão do sistema coletor nos processos primariamente obstrutivos; e
4) diminuição da eliminação de contrastes, quando usados.
22. Classificação
22.1.As nefropatias, considerados os níveis de alteração da função renal e o grau de insuficiência renal, cursam conforme a classificação que se segue:
a) insuficiência renal leve - Classe I:
1) filtração glomerular maior que 50 ml/min; e
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; e
2) creatinina sérica entre 1,4 e 3,5 mg%;
c) insuficiência renal severa - Classe III:
1) filtração glomerular inferior a 20 ml/min; e
2) creatinina sérica acima de 3,5 mg%.
22.2. Os principais grupos de patologias que cursam com insuficiência renal e são capazes de produzir nefropatias graves são:
a) glomerulonefrite crônica conseqüente a depósitos de imunocomplexos;
b) glomerulonefrite crônica 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 (hipernefroma, linfoma, infiltração leucêmica);
j) necrose cortical difusa;
l) necrose medular bilateral;
m) pielonefrite crônica;
n) obstrução arterial e/ou venosa grave (aguda ou crônica);
o) nefrite intersticial crônica; e
p) nefropatias hereditárias (rins policísticos, Alport e outras).
23. Normas de Procedimento das Juntas de Inspeção de Saúde - Nefropatias Graves
23.1.As nefropatias que cursam com insuficiência renal leve - Classe I não são enquadradas como nefropatias graves.
23.2. Os casos de insuficiência renal leve - Classe I, sob suspeita de mau prognóstico, deverão aguardar o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses de evolução e de observação clínica, para confirmação do diagnóstico de afecção irreversível, evolutiva e de mau prognóstico, quando, então, poderão ser enquadrados como nefropatia grave.
23.3.As nefropatias que cursam com insuficiência renal moderada - Classe II poderão ser enquadradas como nefropatias graves quando acompanhadas de manifestações clínicas e sintomas que determinem a incapacidade laborativa do inspecionando.
23.4.As nefropatias que cursam com insuficiência renal severa - Classe III são enquadradas como nefropatias graves.
23.5.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.
Seção 9
Neoplasias Malignas
24. Conceituação
24.1.As neoplasias malignas compreendem um grupo de doenças caracterizadas pelo desenvolvimento incontrolado de células anormais que se disseminam, podendo acometer outros órgãos, a partir de um sítio anatômico primitivo.
24.2.O prognóstico da doença é determinado pelo grau de malignidade da neoplasia, 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.
25. Avaliação Diagnóstica e Estadiamento
25.1.O diagnóstico e a extensão da neoplasia maligna podem ser determinados pelos seguintes meios propedêuticos:
a) exame clínico especializado;
b) exames radiológicos;
c) exames ultra-sonográficos;
d) exames endoscópicos;
e) exames de tomografia computadorizada;
f) exames de ressonância nuclear magnética;
g) exames cintilográficos;
h) pesquisa de marcadores tumorais específicos;
i) biópsia da lesão com estudo histopatológico;
j) exames citológicos;
l) exames de imunoistoquímica; e
m) estudo citogenético em casos específicos.
25.2. O sistema de estadiamento das neoplasias malignas deverá ser o TNM, podendo ser utilizada outra classificação em casos específicos, não contemplados na TNM.
25.3.São consideradas neoplasias malignas as relacionadas na Classificação Internacional de Doenças (CID).

26. Normas de Procedimento das Juntas de Inspeção de Saúde - Neoplasia Maligna
26.1. As Juntas de Inspeção de Saúde deverão, ao firmar os laudos de neoplasia maligna:
a) estar fundamentadas em laudo histopatológico;
b) citar o tipo histopatológico da neoplasia;
c) citar a sua localização;
d) citar a presença ou não de metástase;
e) citar o estadiamento clínico; e
f) acrescentar a expressão "neoplasia maligna", para fim de enquadramento legal.
26.2. Os inspecionados serão considerados portadores de neoplasia maligna mesmo que sua doença seja, na ocasião da inspeção, susceptível de tratamento cirúrgico, radioterápico e/ou quimioterápico ou que o seu estadiamento clínico indicar bom prognóstico.
26.3.As Juntas de Inspeção de Saúde farão o enquadramento pela incapacidade definitiva para o Serviço Ativo e pela invalidez por neoplasia maligna aos inspecionandos que satisfizerem a uma das condições a seguir citadas:
a) apresentarem neoplasia com mau prognóstico;
b)tornarem-se inválidos em conseqüência de seqüelas do tratamento, mesmo quando extirpada a lesão neoplásica maligna; ou
c) manifestarem recidiva ou metástase da neoplasia maligna.
26.4. Os portadores de neoplasia maligna não enquadrados no item 26.3 destas Normas 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.
26.5. Constitui exemplo de laudo para os casos enquadrados no item 26.3 destas Normas:
a) "Adenocarcinoma do pulmão esquerdo, metástase cerebral, estadiamento Clínico IV, é neoplasia maligna, estando incapaz definitivamente para o Serviço Ativo, para todo e qualquer serviço, e inválido."
26.6. As Juntas de Inspeção de Saúde, ao firmarem o laudo de inspecionandos não enquadrados no item 26.3 destas Normas e que tiverem sido submetidos a tratamento de neoplasia maligna não prevista naquele item, deverão fazer menção à data do laudo e considerá-la para a fixação das inspeções anuais a que deverão ser submetidos os inspecionandos pelo período de 5 (cinco) anos de acompanhamento clínico, consoante o item 26.4 destas Normas.
26.7. Constituem exemplos de laudos para os casos enquadrados no item 26.4 destas Normas:
a) primeiros 5 (cinco) anos: "História pessoal de neoplasia maligna (CID Z85), de bom prognóstico, sem evidência de recidiva, metástases ou seqüelas incapacitantes resultantes do tratamento instituído, estando apto para o Serviço Ativo, devendo permanecer sob acompanhamento médico especializado e submetido a nova inspeção de saúde em 12 (doze) meses"; e
b) após 5 (cinco) anos - "História pessoal de Neoplasia Maligna, (CID Z85) de bom prognóstico, sem seqüelas incapacitantes resultantes do tratamento instituído e após 5 (cinco) anos de acompanhamento médico com revisões periódicas anuais, está sem evidências de recidiva ou metástases, no presente exame. Não é portador de Neoplasia Maligna, conforme parecer especializado."
Seção 10
Paralisia Irreversível e Incapacitante
27. Conceituação
27.1. 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 interrupção de uma das vias motoras, em qualquer ponto, desde o córtex cerebral até a própria fibra muscular, pela lesão do neurônio motor central ou periférico.
27.2.A abolição das funções sensoriais, na ausência de lesões orgânicas das vias nervosas, caracteriza a paralisia funcional.
28. Classificação
28.1. As paralisias, considerando-se a localização e a extensão das lesões, 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; e
f) tetraplegia: quando são atingidos os membros superiores e inferiores.
29. Normas de Procedimento das Juntas de Inspeção de Saúde - Paralisia Irreversível e Incapacitante
29.1. 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 mobilidade, a sensibilidade e a troficidade, observados os conceitos relevantes constantes do Capítulo II destas Normas.
29.2.São equiparadas às paralisias as lesões osteomusculoarticulares e vasculares graves e crônicas, das quais resultem alterações extensas e definitivas das funções nervosas, da mobilidade e da troficidade, esgotados os recursos terapêuticos da medicina especializada e os prazos necessários à recuperação.
29.3. 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, devendo os laudos das inspeções de saúde citar a sua equiparação com as paralisias, de acordo com a classificação prevista no item 28 destas Normas.
29.4.São equiparadas às paralisias as ausências de membros, segmentos de membros ou de feixes musculares, resultantes de amputação ou ressecções cirúrgicas que resultem em distúrbios graves e extensos da mobilidade de um ou mais membros, devendo os laudos das inspeções de saúde citar a sua equiparação com as paralisias, de acordo com a classificação prevista no item 28 destas Normas.
29.5. Não se equiparam às paralisias as lesões osteomusculoarticulares envolvendo a coluna vertebral.
29.6. Os portadores de paralisias irreversíveis e incapacitantes, classificadas no item 28.1 destas Normas, desde que satisfeitas as condições conceituais especificadas, serão considerados total e permanentemente impossibilitados para qualquer trabalho, portanto, inválidos.
29.7. As Juntas de Inspeção de Saúde deverão especificar em seus laudos o diagnóstico etiológico e a descrição das alterações anatômicas, caracterizando como condição indispensável para o enquadramento legal de que trata estas Normas a especificação do caráter definitivo e permanente da lesão.
29.8. As Juntas de Inspeção de Saúde, após enunciar o diagnóstico, deverão declarar, entre parênteses, a expressão "equivalente à paralisia irreversível e incapacitante" quando concluírem pela invalidez dos inspecionandos portadores das lesões citadas nos itens 29.2, 29.3 e 29.4 destas Normas, satisfeitas todas as condições especificadas nesses itens.
Seção 11
Pênfigos
30. Conceituação
30.1.Os pênfigos compreendem um grupo de dermatoses de curso crônico, de etiologia ainda desconhecida, cujas características principais são:
a) erupção bolhosa;
b) acantólise; e
c) auto-imunidade.
31. Classificação
31.1.Os pênfigos, por suas características clínicas e histológicas, classificam-se em:
a) pênfigo vulgar: dermatose bolhosa, crônica, caracterizada pela presença de volumosas bolhas intra-epidérmicas, intramalpighianas, acantolíticas, suprabasais, disseminadas na pele e mucosa, 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 calor ou à umidade ao nível das grandes dobras cutâneas. Formação de microabscessos intra-epiteliais e presença de acantólise e hiperceratose ao exame histológico. De grande malignidade e evolução rápida, apresenta alto índice de mortalidade quando não tratado; e
d) pênfigo eritematoso - síndrome de Senear-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 indivíduos. As lesões, pelo aspecto em vespertílio, lembram o lupus eritematoso discóide e as bolhas podem, como no pênfigo foliáceo, localizar-se nas regiões pré-esternal e médio-dorsal.
32. Normas de Procedimento das Juntas de Inspeção de Saúde - Pênfigos
32.1. 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.
32.2. 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 pênfigo.
32.3. As Juntas de Inspeção de Saúde não deverão enquadrar como pênfigo os casos provocados por fármacos.
Seção 12
Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/Aids)
33. Conceituação
33.1. A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/Aids) é a manifestação mais grave da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), caracterizando-se por apresentar uma severa imunodeficiência, manifesta no aparecimento de doenças oportunistas.
34. Classificação
34.1. A infecção pelo HIV pode ser classificada de acordo com as manifestações clínicas e a contagem de linfócitos CD4.
34.2. Quanto às manifestações clínicas, os indivíduos 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; e
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 orofaringeana; e
4) sintomas constitucionais (febre maior que 38,5º C ou diarréia com mais de um mês de duração);
c) Categoria "C": indivíduos 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 citomegalovirus;
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 recurrente com mais de dois episódios em um ano;
12) bacteremia recurrente por "salmonella";
13) toxoplasmose cerebral;
14) leucoencefalopatia multifocal progressiva;
15) criptosporidiose intestinal crônica;
16) sarcoma de Kaposi;
17) linfoma de Burkit, imunoblástico ou primário de cérebro;
18) encefalopatia pelo HIV; e
19) síndrome consumptiva pelo HIV.
34.3. Quanto à contagem de linfócitos CD4 os indivíduos 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; e
c) Grupo III: indivíduos com número absoluto de linfócitos T auxiliares (CD4) menor que 200/mm³.
34.4. O quadro a seguir apresenta a classificação clínica e laboratorial:

Grupo	*CD4*	*Categoria*		
		A	B	C
I	= 500/mm³	A1	B1	C1
II	200-499/mm³	A2	B2	C2
III	< 200/mm³	A3	B3	C3

A3, B3 e C são considerados SIDA/Aids.
35. Normas de Procedimento das Juntas de Inspeção de Saúde - SIDA/Aids
35.1. Os portadores assintomáticos ou em fase de linfoadenopatia persistente generalizada (LPG), em princípio e a critério de cada Força, poderão ser considerados aptos para o Serviço Ativo devendo, porém, ser submetidos a acompanhamento médico especializado e a novas inspeções de saúde em períodos não superiores a 12 (doze) meses.
35.2. Os inspecionandos 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, em princípio e a critério de cada Força, deverão ser considerados incapazes temporariamente para o Serviço Ativo e submetidos a acompanhamento médico especializado e a novas inspeções de saúde em períodos não superiores a 180 (cento e oitenta) dias.
35.3. Os inspecionandos 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 de cada Força, poderão ser considerados aptos para o Serviço Ativo, 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.
35.4. Os inspecionandos a que refere o item 35.3 destas Normas, que não apresentem remissão do quadro clínico e laboratorial após um período de 90 (noventa) dias de tratamento especializado, deverão ser considerados incapazes temporariamente para o Serviço Ativo e submetidos a acompanhamento médico especializado e a novas inspeções de saúde em períodos não superiores a 180 (cento e oitenta) dias.
35.5. Em princípio, serão considerados incapazes definitivamente para o Serviço Ativo e inválidos os inspecionandos classificados nas Categorias A3, B3 e C.
35.6. As Forças Singulares expedirão normas próprias para a identificação das atividades de alto risco, de acordo com a natureza da atividade militar a que se refere o item 35.2 destas Normas.
35.7. Constituem exemplos de laudos:
a) "Portador do HIV, classificação A1, estando apto para o Serviço Ativo, devendo ser submetido a acompanhamento médico especializado e a novas inspeções de saúde em períodos não superiores a doze meses";

b) "Portador do HIV, classificação A2, estando apto para o Serviço Ativo, devendo ser submetido a acompanhamento médico especializado e a novas inspeções de saúde em períodos não superiores a cento e oitenta dias";
c) "Portador do HIV, classificação A2, estando incapaz temporariamente para o Serviço Ativo, devendo ser submetido a acompanhamento médico especializado e a novas inspeções de saúde em períodos não superiores a cento e oitenta dias";
d) "SIDA/Aids, classificação A3, estando incapaz para o Serviço Ativo e para todo e qualquer trabalho"; e
e) "SIDA/Aids - Sarcoma de Kaposi, classificação C2, estando incapaz para o Serviço Ativo e para todo e qualquer trabalho".
Seção 13
Tuberculose Ativa
36. Conceituação
36.1. 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.
37. Classificação
37.1. As lesões tuberculosas são classificadas em:
a) ativas;
b) inativas;
c) de atividade indeterminada (potencial evolutivo incerto); e
d) curadas.
37.2. Os inspecionandos são distribuídos em classes, com as seguintes características:
a) Classe 0: indivíduo sem exposição à tuberculose e sem infecção tuberculosa;
b) Classe I: indivíduo com história de exposição à tuberculose, porém, sem evidência de infecção tuberculosa (teste cutâneo tuberculínico negativo);
c) Classe II: indivíduo com infecção tuberculosa, caracterizada pela positividade da prova cutânea tuberculínica, porém, sem tuberculose; e
d) Classe III: indivíduo com tuberculose doença e que apresenta quadros clínico, bacteriológico, radiológico e imunológico que evidenciam e definem as lesões tuberculosas.
38. Avaliação do potencial evolutivo das lesões tuberculosas
38.1. Avaliação clínica: presença de sinais e/ou sintomas relacionados com a doença.
38.2. Avaliação imunológica: prova tuberculínica.
38.3. Avaliação bacteriológica: pesquisa do Mycobacterium tuberculosis nos diferentes materiais, no exame direto, cultura e inoculação em animais sensíveis.
38.4. Avaliação radiológica: estudo radiológico, com destaque dos aspectos infiltrativo, cavitário, nodular, e linear, entre outros, e da característica de estabilidade ou instabilidade das lesões, estudadas por meio de séries de radiografias, obtidas ao longo da evolução da doença.
38.5.Avaliação anatomopatológica das peças de ressecção ou biópsia, com pesquisa bacteriológica.
39. Avaliação do estado evolutivo das lesões tuberculosas
39.1. As lesões ativas apresentam as seguintes características:
a) bacteriológicas: presença do Mycobacterium tuberculosis ao exame direto e/ou cultura de qualquer secreção ou material colhido 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; e
5) complexo gângliopulmonar recente;
c) imunológicas: evidência de viragem tuberculínica recente, na ausência de vacinação BCG (PPD - Reator Forte); e
d) clínicas: presença de sinais clínicos e sintomas compatíveis com a doença tuberculosa.
39.2. 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 broncoaspiração, 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 bulhoso;
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); e
3) persistência das condições clínicas favoráveis, com duração de, pelo menos, 3 (três) meses.
39.3.As lesões de atividade indeterminada são aquelas que, por faltarem elementos elucidativos para caracterizar 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.
39.4. As lesões tuberculosas são ditas curadas quando, após o tratamento regular com esquema tríplice, durante 6 (seis) meses, apresentem as características de inatividade descritas no item 39.2 destas Normas.
40. Normas de Procedimento das Juntas de Inspeção de Saúde - Tuberculose Ativa
40.1. Nos exames de saúde para admissão ao Serviço Ativo, o diagnóstico de tuberculose ativa ou em estágio evolutivo indeterminado implica incapacitação do candidato.
40.2. Os inspecionandos portadores de tuberculose ativa permanecerão em licença para tratamento de saúde (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, quando poderão ser julgados aptos, a despeito da necessidade de continuarem a quimioterapia pelo tempo previsto e sob vigilância médica.
40.3. As Juntas de Inspeção de Saúde, de modo a comprovar, com segurança, a atividade da doença, deverão reavaliar o indivíduo ao término do tratamento, que tem a duração de 6 (seis) meses, e basear suas conclusões, obrigatoriamente, em observações clínicas e exames subsidiários.
40.4. 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.
40.5. Os inspecionados considerados curados, em período inferior a 2 (dois) anos de afastamento do serviço para tratamento de saúde, retornarão ao Serviço Ativo.
40.6. Os inspecionandos que apresentarem lesões em atividade, após 2 (dois) anos de afastamento do serviço para efetivo tratamento de saúde, e aqueles sobre os quais 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.
40.7. Os inspecionandos que apresentarem "cor pulmonale" crônico, acompanhado de sinais de insuficiência cardíaca congestiva, em conseqüência da gravidade ou extensão das lesões pulmonares tuberculosas, serão julgados de acordo com o previsto na Seção 2 (cardiopatia grave) destas Normas.
40.8. Os inspecionandos portadores de lesões tuberculosas extrapulmonares 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.
40.9.As Juntas de Inspeção de Saúde, ao concluírem pela incapacidade definitiva dos inspecionandos, deverão fazer constar dos laudos o diagnóstico, acrescido da expressão "tuberculose ativa", entre parênteses, complementando com dados que permitam o enquadramento legal aplicável ao caso.
40.10.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.
Seção 14
Hepatopatias Graves
41. Conceituação
41.1. As hepatopatias graves compreendem um grupo de doenças que atingem o fígado, de forma primária ou secundária, com evolução aguda ou crônica, ocasionando alteração estrutural extensa e intensa progressiva e grave deficiência funcional, além de incapacidade para atividades laborativas e risco de vida.
42. Características
42.1. Constituem características das hepatopatias graves:
42.1.1. Quadro clínico:
a) emagrecimento;
b) icterícia;
c) ascite;
d) edemas periféricos;
e) fenômenos hemorrágicos;
f) alterações cutaneomucosas sugestivas: aranhas vasculares, eritema palmar, queda dos pêlos, sufusões hemorrágicas, mucosas hipocoradas; e
g) alterações neuropsiquiátricas de encefalopatia hepática.
42.1.2. Quadro laboratorial:
a) alterações hematológicas:
1) pancitopenia (completa ou parcial); anemia, leucopenia e trombocitopenia; e
2) distúrbios da coagulação: hipoprotrombinemia e queda dos fatores da coagulação (V, VII, fibrinogênio);
b) alterações bioquímicas:
1) hipoglicemia predominante;
2) hipocolesterolemia; e
3) hiponatremia;
c) testes de avaliação hepática alterados:
1) retenção de bilirrubinas;
2) transaminases elevadas;
3) fosfatase alcalina e gama-GT elevadas; e
4) albumina reduzida.
43. Nos exames de imagem são observadas as seguintes alterações:
a) ultra-sonografia: alterações estruturais do fígado e baço, ascite, dilatação das veias do sistema porta;
b) tomografia computadorizada e ressonância nuclear magnética abdominal: alterações dependentes da doença primária;
c) endoscopia digestiva alta: presença de varizes esofagianas e de gastropatia hipertensiva; e
d) cintilografia hepática: redução da captação hepática, forma heterogênea, com aumento da captação esplênica e na medula óssea.
44. Classificação
44.1. A insuficiência hepática desenvolve-se em conseqüência da perda de massa celular funcionante, decorrente da necrose causada por doenças infecciosas, inflamatórias, tóxicas, alérgicas, infiltrativas, tumorais, vasculares ou por obstrução do fluxo biliar.
44.2. A gravidade do comprometimento funcional é graduada, com finalidade prognóstica, em tabela universalmente aceita, conhecida como Classificação de Child-Turcotte-Pugh, nela considerados cinco indicadores:

Indicadores	*Pontos*		
	1	2	3
Albumina	> 3,5 g%	3,0 a 3,5 g%	< 3,0 g%
Bilirrubina	< 2,0 mg%	2,0 a 3,0 mg%	> 3,0 mg%
Ascite	ausente	discreta	tensa
Grau de encefalopatia	não	leve	grave
Tempo de protrombina	> 75%	50 a 74 %	< 50 %

44.2.1. De acordo com o total de pontos obtidos, os prognósticos dividem-se em:

Classe	*Total de pontos*
A	5 a 6
B	7 a 9
C	10 a 15

44.2.1.1. Os indivíduos situados na Classe A têm bom prognóstico de sobrevida, habitualmente acima de 5 (cinco) anos, enquanto os da Classe C têm mau prognóstico, possivelmente menor que 1 (um) ano.
44.3. A encefalopatia hepática, também denominada encefalopatia portossistêmica, incluída na tabela constante do item 44.2 destas Normas, obedece à seguinte gradação:
a) Subclínica: alteração em testes psicométricos;
b) Estágio 1: desatenção, irritabilidade, alterações da personalidade, tremores periféricos e incoordenação motora;
c) Estágio 2: sonolência, redução da memória, alterações do comportamento, tremores, fala arrastada, ataxia;
d) Estágio 3: confusão, desorientação, amnésia, sonolência, nistagmo, hiporrefexia e rigidez muscular; e
e) Estágio 4: coma, midríase e postura de descerebração, arreflexia.
44.3.1. A pontuação leve na Tabela de Child inclui os Estágios Subclínico, 1 e 2, enquanto a pontuação grave os Estágios 3 e 4.
45. São causas etiológicas das hepatopatias graves:
a) hepatites fulminantes: virais, tóxicas, metabólicas, auto-imunes, vasculares;
b) cirroses hepáticas: virais, tóxicas, metabólicas, auto-imunes, vasculares;
c) doenças parasitárias e granulomatosas;
d) tumores hepáticos malignos: primários ou metastáticos;
e) doenças hepatobiliares e da vesícula biliar levando a cirrose biliar secundária.
46. Normas de Procedimento das Juntas de Inspeção de Saúde - Hepatopatias Graves
46.1. As hepatopatias classificadas na Classe A de Child não são consideradas graves.
46.2. As hepatopatias classificadas na Classe B de Child, quando houver presença de ascite e/ou encefalopatia de forma recidivante, serão consideradas como hepatopatia grave.
46.3. As hepatopatias classificadas na Classe C de Child serão enquadradas como hepatopatia grave.
46.4. Como é possível a regressão de classes mais graves para menos graves com tratamento específico, o tempo de acompanhamento em licença para tratamento de saúde pelas Juntas de Inspeção de Saúde deverá estender-se até 24 (vinte e quatro)meses.
46.5. Os indivíduos que desenvolveram formas fulminantes ou subfulminantes de hepatite e foram submetidos a transplante hepático de urgência serão considerados como incapacitados temporários, sendo acompanhados em licença para tratamento de saúde pelas Juntas de Inspeção de Saúde por até 24 (vinte e quatro) meses.
46.6. Os laudos das Juntas de Inspeção de Saúde deverão conter, obrigatoriamente, os diagnósticos anatomopatológico, etiológico e funcional, com a afirmativa ou negativa de tratar-se de hepatopatia grave.
46.6.1. O diagnóstico anatomopatológico poderá ser dispensado nos casos de contra-indicação médica formalizada, a exemplo das coagulopatias, sendo substituído por outros exames que possam comprovar e caracterizar a gravidade do quadro.
46.7. Para o diagnóstico do hepatocarcinoma a comprovação histológica obtida pela biópsia pode ser substituída pela presença de elevados níveis séricos de alfa-fetoproteína (mais de 400 ng/ml) e alterações típicas no eco-Doppler, na tomografia computadorizada helicoidal ou retenção do lipiodol após arteriografia seletiva, em indivíduos com condições predisponentes para o hepatocarcinoma: cirroses, doenças metabólicas congênitas, portadores de vírus B e C, alcoólatras.
47. Constitui exemplo de laudo:
a) "Cirrose hepática conseqüente a hepatite crônica pelo vírus B, com insuficiência hepática Classe C de Child, é hepatopatia grave."
Seção 15
Contaminação por radiação
48. Conceituação
48.1. 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.
48.2. As Juntas de Inspeção de Saúde deverão comprovar a relação de causa e efeito da radiação ionizante com a patologia apresentada pelo indivíduo.

48.3. A afirmativa de que uma patologia incapacitante e invalidante possui relação de causa e efeito com a radiação ionizante necessita ser perfeitamente documentada por atestado de origem, inquérito sanitário de origem ou ficha de evacuação.
48.4. As Juntas de Inspeção de Saúde deverão atentar para o quadro em fase não-invalidante, cujas medidas terapêuticas disponíveis estejam em andamento, com prognóstico favorável e possibilidade de recuperação funcional.
48.5. As Juntas de Inspeção de Saúde deverão identificar, no mínimo, uma das seguintes síndromes:
a) síndrome aguda da radiação: é um conjunto de sinais e sintomas decorrentes de exposição de corpo inteiro a alta dose de radiação por curto espaço de tempo; é um evento determinístico que se desenvolve quando um limite de dose é ultrapassado (0,8 a 1,0 Gy); e
b) síndrome cutânea da radiação: é um conjunto de sinais e sintomas decorrentes da exposição localizada ou de corpo inteiro e que levam a alterações cutâneas e de tecidos e estruturas subjacentes.
49. Quadros clínicos que cursam com a síndrome aguda da radiação
49.1. 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) o 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) o 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 sangüínea. As lesões da mucosa ocorrem, em geral, a partir do limiar de 7,0 Gy; e
c) o 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.
49.2 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.
50. Quadros clínicos que cursam com a síndrome cutânea da radiação
50.1. 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.
51. Meios de diagnóstico
51.1. 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, uréia, creatinina, amilase, lipase, fosfatase alcalina, desidrogenase lática, 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.
52. Normas de Procedimento das Juntas de Inspeção de Saúde - Contaminação por radiação
52.1. Os portadores da síndrome cutânea da radiação de Graus III e IV, descrita no item 50.1 destas Normas, serão considerados pelas Juntas de Inspeção de Saúde como portadores de doença causada por radiação ionizante em estágio avançado, desde que haja limitação significativa da capacidade física para exercer atividades laborativas básicas.
52.2. As Juntas de Inspeção de Saúde farão 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 seqüelas que limitam, significativamente, a capacidade física e mental do inspecionando para executar atividades laborativas básicas.
52.3. A idade do indivíduo, sua atividade profissional e incapacidade de reabilitação são parâmetros que devem ser considerados na avaliação dos portadores de doenças causadas por radiação ionizante.
52.4. Os portadores de síndrome cutânea da radiação Grau IV, passível de amputação, desde que em condições físicas satisfatórias para se submeterem a tal procedimento, terão sua capacidade funcional avaliada após o tratamento cirúrgico, salvo se as lesões forem extensas e determinantes de invalidez.
52.5. As Juntas de Inspeção de Saúde deverão fazer constar, obrigatoriamente, nos laudos declaratórios da invalidez do portador de doença causada por radiação ionizante os seguintes dados:
a) a síndrome básica, inclusive o diagnóstico numérico, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID);
b) o estágio evolutivo; e
c) a expressão "seqüela" se for o quadro determinante da incapacidade.
53. Constituem exemplos de laudos:
a) "Síndrome Cutânea da Radiação, W.88 CID-Rev10, estágio grave (Grau III) ou severo (Grau IV)";
b) "Seqüela de Síndrome Cutânea da Radiação, W.88 CID-Rev10, irremissível";
c) "Síndrome Aguda da Radiação, W.88 CID-Rev10, estágio pré-terminal grave"; e
d) "Seqüela de Síndrome Aguda da Radiação, W.88 CID-Rev10, irremissível."

CAPÍTULO IV
DISPOSIÇÕES FINAIS
54. As Forças Armadas poderão sugerir ao Ministério da Defesa, a qualquer tempo, as alterações que julgarem pertinentes para manter o valor atual e prático destas Normas e facilitar a sua aplicação.
54.1. As propostas apresentadas serão examinadas pelos Serviços de Saúde da Marinha, do Exército e da Aeronáutica e, obtido o consenso, serão introduzidas nesta publicação mediante portaria do Ministro de Estado da Defesa, de acordo com as disposições legais em vigor.
54.2. Estas Normas serão revistas a cada 5 (cinco) anos, a contar da data de sua publicação no Diário Oficial da União.

AGÊNCIA NACIONAL DE AVIAÇÃO CIVIL
SUPERINTENDÊNCIA DE INFRA-ESTRUTURA AEROPORTUÁRIA

PORTARIA Nº 229/SIE, DE 15 DE SETEMBRO DE 2006

Registra o Heliponto Privado Ilha Guaíba (RJ).

O SUPERINTENDENTE DE INFRA-ESTRUTURA AEROPORTUÁRIA DA AGÊNCIA NACIONAL DE AVIAÇÃO CIVIL, no uso de suas atribuições outorgadas pelo Art. 46, inciso VIII, e pelo Art. 102, inciso I, da Resolução Nº 1, de 18 de abril de 2006, que aprova o Regimento Interno da ANAC, nos termos do disposto na Instrução de Aviação Civil - IAC 4301- Instrução para Autorização de Construção e de Registro de Aeródromos Privados, com fundamento na Lei nº 7.565, de 19 de dezembro de 1986, que dispõe sobre o Código Brasileiro de Aeronáutica, e tendo em vista o que consta do Processo nº 67900.007013/2006-31, resolve:

Art. 1º Considerar registrado e aberto ao tráfego aéreo o heliponto privado abaixo, com as seguintes características:

I - denominação: Ilha Guaíba (SJSB);
II - município: Mangaratiba (RJ);
III - proprietário: Minerações Brasileiras Reunidas S/A - MBR;
IV - coordenadas geográficas: 23° 00' 24" S; 044°01' 54" W;
V - tipo: solo;
VI - elevação: 60 metros;
VII - formato e dimensões da área de pouso e decolagem: quadrada -21x 21 metros;
VIII - natureza do piso: concreto;
IX - resistência do pavimento: 4,5 toneladas;
X - superfície de aproximação: 24;
XI - comprimento total do maior helicóptero a operar: 14 metros;
XII - condições operacionais: visual diurna/noturna (L 26 e L 30).

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, no Diário Oficial da União e terá validade de 5 (cinco) anos.

LUIZ KAZUMI MIYADA

Ministério da Educação

GABINETE DO MINISTRO

PORTARIA Nº 1.587, DE 15 DE SETEMBRO DE 2006

O Ministro de Estado da Educação, no uso de suas atribuições legais, em conformidade com o artigo 73 do Decreto nº 5.773, de 9 de maio de 2006, e tendo em vista o Despacho nº 517/2006, da Secretaria de Educação Superior, conforme consta do Processo nº 23000.002007/2005-84, Registro SAPIEnS nº 20050000197, do Ministério da Educação, resolve:

Art. 1º Credenciar a Escola Superior Professor Paulo Martins, a ser estabelecida na Avenida Independência, SCC, Quadra 01, Bloco D, s/nº, Região Administrativa VI, Planaltina, Distrito Federal, mantida pela UNIPAM - União de Ensino Superior Paulo Martins, com sede na Região Administrativa V, Sobradinho, Distrito Federal, e aprovar o seu regimento.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

FERNANDO HADDAD

PORTARIA Nº 1.588, DE 15 DE SETEMBRO DE 2006

O Ministro de Estado da Educação, no uso de suas atribuições legais, em conformidade com o artigo 73 do Decreto nº 5.773, de 9 de maio de 2006, e tendo em vista o Despacho nº 518/2006, da Secretaria de Educação Superior, conforme consta do Processo nº 23000.002164/2005-90, Registro SAPIEnS nº 20050000446, do Ministério da Educação, resolve:

Art. 1º Credenciar a Faculdade Cenecista de Ituberá, a ser estabelecida na Rua Olegário Martins, nº 267, Centro, na cidade de Ituberá, Estado da Bahia, mantida pela Campanha Nacional de Escolas da Comunidade - CNEC, com sede na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba, e aprovar o seu regimento.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

FERNANDO HADDAD

PORTARIA Nº 1.589, DE 15 DE SETEMBRO DE 2006

O Ministro de Estado da Educação, no uso de suas atribuições legais, em conformidade com o artigo 73 do Decreto nº 5.773, de 9 de maio de 2006, e tendo em vista o Despacho nº 519/2006, da Secretaria de Educação Superior, conforme consta do Processo nº 23000.009464/2005-08, Registro SAPIEnS nº 20050005455, do Ministério da Educação, resolve:

Art. 1º Credenciar a Faculdade de Ensino Superior Santa Bárbara, a ser estabelecida na Rua XI de Agosto, nº 2.900, bairro Valinho, na cidade de Tatuí, Estado de São Paulo, mantida pela Associação de Ensino Julian Carvalho - AEJC, com sede na cidade de Marília, Estado de São Paulo, e aprovar o seu regimento.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

FERNANDO HADDAD

PORTARIA Nº 1.590, DE 15 DE SETEMBRO DE 2006

O Ministro de Estado da Educação, no uso de suas atribuições legais, em conformidade com o artigo 73 do Decreto nº 5.773, de 9 de maio de 2006, e tendo em vista o Despacho nº 520/2006, da Secretaria de Educação Superior, conforme consta do Processo nº 23000.009708/2005-44, Registro SAPIEnS nº 20050005811, do Ministério da Educação, resolve:

Art. 1º Credenciar a Faculdade Comunitária de Indaiatuba, a ser estabelecida na Rua Cláudio Dal Canton, Lote 06, Quadra 105, bairro Cidade Nova II, na cidade de Indaiatuba, Estado de São Paulo, mantida pela Anhangüera Educacional S/A, com sede na cidade de Itatiba, Estado de São Paulo, e aprovar o seu regimento.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

FERNANDO HADDAD

PORTARIA Nº 1.591, DE 15 DE SETEMBRO DE 2006

O Ministro de Estado da Educação, no uso de suas atribuições legais, em conformidade com o artigo 73 do Decreto nº 5.773, de 9 de maio de 2006, e tendo em vista o Despacho nº 1.277/2006, da Secretaria de Educação Superior, conforme consta do Processo nº 23000.004344/2004-25, Registro SAPIEnS nº 20041001735, do Ministério da Educação, resolve:

Art. 1º Credenciar a Faculdade Decision de Negócios, a ser estabelecida na Avenida Praia de Belas, nº 1.510, bairro Menino Deus, na cidade de Porto Alegre, Estado do Rio Grande do Sul, mantida pela Decision Consultoria S/C Ltda - DECISION, com sede na cidade de Porto Alegre, Estado do Rio Grande do Sul, e aprovar o seu regimento.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

FERNANDO HADDAD

PORTARIA Nº 1.592, DE 15 DE SETEMBRO DE 2006

O Ministro de Estado da Educação, no uso de suas atribuições legais, em conformidade com o artigo 73 do Decreto nº 5.773, de 9 de maio de 2006, e tendo em vista o Despacho nº 1.384/2006, da Secretaria de Educação Superior, conforme consta do Processo nº 23000.009710/2005-13, Registro SAPIEnS nº 20050005814, do Ministério da Educação, resolve:

Art. 1º Credenciar a Faculdade Comunitária de Rio Claro, a ser estabelecida na Rua 22 BE, nº 668, Chácara Luza, na cidade de Rio Claro, Estado de São Paulo, mantida pela Anhangüera Educacional S/A, com sede na cidade de Itatiba, Estado de São Paulo, e aprovar o seu regimento.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

FERNANDO HADDAD

PORTARIA Nº 1.593, DE 15 DE SETEMBRO DE 2006

O Ministro de Estado da Educação, no uso de suas atribuições legais, em conformidade com o artigo 73 do Decreto nº 5.773, de 9 de maio de 2006, e tendo em vista o Despacho nº 1.385/2006, da Secretaria de Educação Superior, conforme consta do Processo nº 23000.013613/2005-25, Registro SAPIEnS nº 20050008043, do Ministério da Educação, resolve:

Art. 1º Credenciar a Faculdade Cidade de Guanhães - FACIG, a ser estabelecida na BR 259, Km 02, bairro Nova União, no município de Guanhães, Estado de Minas Gerais, mantida pela Sociedade Educacional de Guanhães Ltda., com sede na cidade Guanhães, Estado de Minas Gerais, e aprovar o seu regimento.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

FERNANDO HADDAD