

que apresentem fatores de risco e condições associadas, tais como: idade igual ou superior a 70 anos, hipertensão arterial, diabetes, hipercolesterolemia familiar, vasculopatia aterosclerótica importante em outros territórios (central, periférico), pacientes já submetidos à revascularização cardíaca e nos pós-infartados, mantendo-se os critérios do enquadramento anteriormente descritos para a invalidez.

O laudo da Perícia Oficial em Saúde deverá conter, obrigatoriamente, os diagnósticos etiológico, anatômico e funcional (reserva cardíaca), a classe funcional e os elementos usados para a classificação, que permitiram o enquadramento legal da lesão incapacitante, e concluir pela existência ou não de cardiopatia grave.

Quando não for possível firmar-se o diagnóstico etiológico, o mesmo deverá ser citado como sendo desconhecido.

É importante não confundir "a gravidade de uma cardiopatia com uma cardiopatia grave, esta uma entidade médico-pericial". A classificação de uma cardiopatia grave baseia-se nos aspectos de gravidade de uma cardiopatia relacionados com a capacidade laborativa e com o prognóstico do indivíduo.

Os pacientes coronariopatas, após evento agudo, devem aguardar em licença médica por um período de um a seis meses para serem avaliados, dependendo das complicações havidas e do tratamento realizado.

Após um infarto do miocárdio, a avaliação de risco baseia-se em três fatores: percentagem de miocárdio isquêmico residual, extensão da disfunção ventricular esquerda e potencial arritmico.

Quando o tratamento adequado, clínico ou intervencionista, melhorar ou abolir as alterações cardiológicas, o diagnóstico de cardiopatia grave deve ser reconsiderado e reavaliado.

O comprometimento do coração na hipertensão arterial identifica a cardiopatia hipertensiva. Quando isso ocorre, frequentemente os demais órgãos-alvo também podem estar comprometidos. De outra parte, em alguns casos, um ou mais órgãos-alvo podem estar envolvidos, sem que o coração o esteja. Nesses casos, não se trata de cardiopatia hipertensiva, mas de hipertensão arterial complicada.

Sabe-se, também, que em um grande número de pacientes, a cirurgia ou o procedimento intervencionista alteram efetivamente a história natural da doença para melhor, modificando radicalmente a evolução de muitas doenças e, conseqüentemente, a categoria da gravidade da cardiopatia, pelo menos no momento da avaliação.

Esse é o conceito dinâmico de "reversibilidade" da evolução das cardiopatias, que deixam de configurar uma condição de cardiopatia grave observada anteriormente.

De qualquer forma, a perícia nunca deve achar, de antemão, que pacientes submetidos a quaisquer das intervenções mencionadas acima têm, necessariamente, a condição médico-pericial classificada como cardiopatia grave.

CEGUEIRA POSTERIOR AO INGRESSO NO SERVIÇO PÚBLICO:

Conceito

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

São equivalentes à cegueira e como tal considerados:

- Os casos de perda parcial de visão, nos limites previstos nestas normas, não suscetíveis de correção óptica nem capazes de serem beneficiados por tratamento clínico-cirúrgico;
- Os casos de redução muito acentuada e irreversível do campo visual (visão tubular), igual ou inferior a 20º no melhor olho, comprovados por campimetria, e que motivem dificuldade de locomoção e de orientação espacial do indivíduo, exigindo a ajuda de terceiros.

Graus de perda parcial da visão

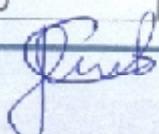
- Grau I: quando a acuidade visual máxima em ambos os olhos e com a melhor correção óptica possível for inferior a 20/70 na escala de Snellen, e a mínima igual ou superior a 20/200 Snellen, bem como em caso de perda total da visão de um dos olhos quando a acuidade no outro olho, com a melhor correção óptica possível, for inferior a 20/50 na escala de Snellen;
- 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;
- 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,
- 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 um metro, e a mínima limitar-se à percepção luminosa.

Serão consideradas perdas parciais de visão equivalentes a cegueira e, portanto, enquadradas em lei, os graus II, III e IV e no grau I, os indivíduos que tiverem campo visual igual ou menor que 20º, no melhor olho.

Avaliação da Acuidade Visual – Escalas Adotadas

Para uniformidade de linguagem e facilidade de julgamento dos graus de perda da acuidade visual, a Perícia Oficial em Saúde adotará as escalas Snellen e Decimal na avaliação da acuidade visual para longe.

SNELLEN	DECIMAL	% DE VISÃO
20/20	1,0	100%
20/22	0,9	98,0%
20/25	0,8	95,5%
20/29	0,7	92,5%
20/33	0,6	88,5%
20/40	0,5	84,5%
20/50	0,4	76,5%



20/67	0,3	67,5%
20/100	0,2	49,0%
20/200	0,1	20,0%
20/400	0,05	10,0%

Critérios de Enquadramento

A perícia concluirá pela incapacidade definitiva e invalidez por cegueira dos portadores de perda total de visão (cegueira) nos dois olhos, sem percepção luminosa, determinada por afecção crônica, progressiva e irreversível, com base em parecer especializado.

A perícia também concluirá pela invalidez permanente por cegueira dos servidores que apresentarem diminuição acentuada da acuidade visual, nos graus II, III e IV descritos nos itens acima, em decorrência de afecção crônica, progressiva, não suscetível de correção óptica, nem removível por tratamento médico-cirúrgico, com base em parecer especializado.

A perícia oficial em saúde, ao emitir laudos de invalidez de portadores de afecção que os incluam nos graus de diminuição da acuidade visual descritos anteriormente, deverá escrever entre parênteses, ao lado do diagnóstico, a expressão "equivalente à cegueira".

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

É necessário ter atenção para servidores que entram no serviço público com graves deficiências visuais ou mesmo cegos, que, no caso de agravamento, poderão pleitear aposentadoria. Nesse caso, deve-se reportar ao exame de admissão para se ter um parâmetro de avaliação da condição atual.

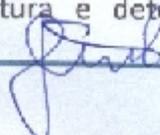
Em resumo, serão considerados portadores de deficiência visual comparável a cegueira os servidores que apresentarem acuidade visual no melhor olho, de 20/200 (0,1), esgotados os meios ópticos e cirúrgicos para correção, ou campo visual igual ou inferior a 20 graus (campotubular), ou ocorrência de ambos. Os casos de perda transitória de visão não poderão ser considerados para esse critério bem como os que ingressaram no serviço público já portadores de deficiência compatível com cegueira.

DOENÇA DE PARKINSON

Conceito:

A Doença de Parkinson é um distúrbio degenerativo do sistema nervoso central, idiopático, lentamente progressivo, decorrente de um comprometimento do sistema nervoso extrapiramidal, identificável por uma série de manifestações:

- 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”;
- c. Oligocenesia: diminuição da atividade motora espontânea e consequente lentidão de movimentos. Os movimentos lentos (bradicinesia) são típicos à medida que a rigidez progride. Os movimentos também se tornam reduzidos (hipocinesia) e difíceis de iniciar (acinesia);
 - d. Instabilidade postural: O paciente tem dificuldade na marcha (início, giros, parada) e na postura;
 - e. Demência: pode ocorrer tardiamente.

Considerações:

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

Ambas as formas clínicas satisfazem o critério da legislação, exigindo apenas o reconhecimento da incapacidade laborativa e/ou de invalidez e da impossibilidade do controle terapêutico da doença.

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

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

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

Tabela de Webster para Avaliação da Doença de Parkinson	
A) BRADICINESIA DE MÃOS + INCLUINDO ESCRITA MANUAL	
Sem comprometimento	0
Lentificação detectável do uso de supinação-pronação evidenciada pela dificuldade no início do manuseio de instrumentos, abotoamento de roupas e durante a escrita manual.	1
Lentificação moderada do uso de supinação-pronação, em um ou ambos os lados, evidenciada pelo comprometimento moderado da função das mãos. A escrita manual encontra-se fortemente prejudicada com micrografia presente.	2

Lentificação grave do uso da supinação-pronação - incapaz de escrever ou abotoar as roupas. Dificuldade acentuada no manuseio de utensílios.	3
B) RIGIDEZ	
Não detectável.	0
Rigidez detectável no pescoço e ombros. O fenômeno de ativação encontra-se presente. Um ou ambos os braços apresentam rigidez leve, negativa, durante o repouso.	1
Rigidez moderada no pescoço e ombros. A rigidez durante o repouso é positiva quando o paciente não está medicado.	2
Rigidez grave no pescoço e ombros. A rigidez de repouso não pode ser revertida por medicação.	3
C) POSTURA	
Postura normal. Cabeça fletida para frente, menos que 10 cm.	0
Começando a apresentar coluna de atizador. Cabeça fletida para frente, mais de 12 cm.	1
Começa a apresentar flexão de braço. Cabeça fletida para frente mais de 15 cm. Um ou ambos os braços elevados, mas abaixo da cintura.	2
Início da postura simiesca. Cabeça fletida para frente mais de 15 cm. Uma ou ambas as mãos elevadas acima da cintura. Flexão aguda da mão. Começando a extensão interfalange. Começando a flexão dos joelhos.	3
D) BALANCEIO DE MEMBROS SUPERIORES	
Balanceio correto dos dois braços.	0
Um dos braços com diminuição definida do balanceio	1
Um braço não balança	2
Os dois braços não balançam	3
E) MARCHA	
Passos bons, com passada de 40 cm a 75 cm. Faz giro sem esforço.	0
Marcha encurtada para passada com 30 cm a 45 cm. Começando a bater um calcanhar, faz giro	1

mais lentamente. Requer vários passos.	
Passada moderadamente encurtada agora com 15 cm a 30 cm. Os dois Os dois calcanhares começam a bater no solo forçadamente.	2
Início da marcha com interrupções, passos com menos de 7 cm. Ocasionalmente, a marcha apresenta um tipo de bloqueio como "gaguejar". O paciente anda sobre os artelhos e faz os giros muito lentamente.	3
F) TREMOR	
Sem tremor detectado.	0
Observado movimento de tremor com menos de 2,5 cm de pico apico, nos membros ou na cabeça, durante o repouso ou em qualquer mão durante a marcha ou durante o teste dedo-nariz.	1
O evento máximo de tremor não excede 10 cm. O tremor é grave, mas não constante. O paciente retém algum controle das mãos.	2
Um evento de tremor excedendo 10 cm. O tremor é constante e grave. O paciente não consegue livrar-se do tremor enquanto está acordado, a menos que este seja do tipo cerebelar puro. A Escrita e a autoalimentação são impossíveis.	3
G) FACE	
Normal. Expressão completa, sem aparência de espanto..	0
Imobilidade detectável. A boca permanece aberta. Começam as características de ansiedade e depressão.	1
Imobilidade moderada. A emoção é interrompida, com aumento acentuado no limiar. Os lábios se partem com o tempo. Aparência moderada de ansiedade e depressão. Pode ocorrer perda de saliva pela boca.	2
Face congelada. Boca aberta 0,5 cm ou mais. Pode haver perda intensa de saliva pela boca.	3
H) SEBORREIA	
Nenhuma	0
Aumento da perspiração. A secreção permanece fina.	1

Oleosidade óbvia presente. Secreção mais espessa	2
Seborreia acentuada. Toda a face e a cabeça cobertas por uma secreção espessa.	3
I) FALA	
Clara, sonora, ressonante, fácil de entender.	0
Começando uma rouquidão com perda de inflexão e ressonância. Com bom volume e ainda fácil de entender.	1
Rouquidão e fraqueza moderadas. Monotonia constante, sem variações de altura. Início da disartria. Hesitação, gaguejamento: dificuldade para ser compreendida.	2
Rouquidão e fraqueza acentuadas. Muito difícil de ouvir e compreender.	3
J) CUIDADOS PESSOAIS	
Sem comprometimento.	0
Ainda capaz de todos os cuidados pessoais, mas a velocidade com que se veste torna-se empecilho definitivo. Capaz de viver sozinho e frequentemente ainda empregado.	1
Requer ajuda em certas áreas críticas, como para virar-se na cama, levantar-se de cadeiras etc. Muito lento no desempenho da maioria das atividades, mas trata esses problemas designando mais tempo para cada atividade.	2
Continuamente incapacitado. Incapaz de vestir-se, alimentar-se ou andar sozinho.	3
Totalizadores dos pontos:	
Total----->	

Análise dos Pontos (soma):

1 – 10 = Início da doença

11 – 20 = Incapacidade moderada

21 – 30 = Doença grave ou avançada

CrITÉRIOS de Enquadramento

O portador de Doença de Parkinson será aposentado por invalidez nas seguintes situações:

- 1 • Quando as manifestações clínicas e a evolução da doença determinarem o impedimento ao desempenho das atividades laborativas e à realização das atividades normais da vida diária;
- 2 • Quando não for possível o controle terapêutico da enfermidade.

A perícia não deverá 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.

ESCLEROSE MÚLTIPLA

Conceito

Define-se como uma doença desmielinizante do sistema nervoso central lentamente progressiva, caracterizada por placas disseminadas de desmielinização do cérebro e da medula espinhal, resultando em múltiplos e variados sintomas e sinais, geralmente com remissões e exacerbações.

Etiologia

A causa é desconhecida, mas há suspeitas de uma anormalidade imunológica, com poucos indícios de um mecanismo específico.

Patologia

Placas ou ilhas de desmielinização com destruição de células e prolongamentos celulares estão disseminadas pelo sistema nervoso central, inicialmente na substância branca, podendo atingir os nervos ópticos, associando-se áreas de inflamação perivascular.

Sinais e sintomas

De início insidioso, a doença se caracteriza por queixas e achados de disfunção do sistema nervoso central com remissões e exacerbações frequentes.

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

Ocorrem sintomas mentais: apatia, falta de julgamento, depressão, choro e riso sem razão aparente, manias e dificuldade para falar.

As alterações motoras são marcantes: marcha trôpega, trêmula; tremores nas mãos e na cabeça; fraqueza muscular. As lesões cerebrais podem resultar em hemiplegia. Atrofia muscular e espasmos musculares dolorosos ocorrem tardiamente.

As alterações sensitivas ocorrem principalmente nas mãos e nas pernas com perda da sensibilidade cutânea. Em relação às alterações autonômicas, há dificuldade miccional, incontinência retal e impotência sexual.

Curso

Variado e imprevisível, com remissões e exacerbações intercaladas em meses ou anos. Quando as crises se amiúdam, rapidamente o paciente torna-se incapacitado de forma definitiva. As remissões podem durar até 20 anos, mas quando os ataques são frequentes o curso é decadente e pode ser fatal em até um ano.

Diagnóstico

É indireto, por dedução através de características clínicas e laboratoriais.

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

Exames complementares ao diagnóstico:

- 1 • Exame do líquido cefalorraquidiano: anormal em até 55% dos casos;
- 2 • Ressonância magnética: é a técnica mais sensível, podendo mostrar placas;
- 3 • Potencial evocado: analisa as respostas elétricas repetidas pela estimulação de um sistema sensorial e, geralmente, estão alteradas.

Critérios de Enquadramento

A perícia oficial em saúde fará o enquadramento de invalidez permanente por esclerose múltipla nos casos de curso progressivo, com comprometimento motor ou outros distúrbios orgânicos que caracterizem a incapacidade para o exercício de suas atividades.

ESPONDILOARTROSE ANQUILOSANTE

Conceito

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 articulações sacroilíacas e, de forma ascendente, atinge a coluna vertebral. Há grande tendência para a ossificação dos tecidos inflamados e este processo resulta em rigidez progressiva da coluna.

As articulações periféricas também podem ser comprometidas, principalmente as das raízes dos membros (ombros e coxofemorais), daí a designação rizomélica.

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

Dentre as denominações comumente dadas à espondilite anquilosante podemos destacar as seguintes: espondilite (ou espondilose) rizomélica, doença de Pierre-Marie-Strumpell, espondilite ossificante ligamentar, síndrome (ou doença) de Veu-Bechterew, espondilite reumatóide, espondilite juvenil ou do adolescente, espondilartrite anquilopoiética, espondilite deformante, espondilite atrófica ligamentar, pelviespondilite anquilosante, esta última chamada de pelviespondilite reumática pela Escola Francesa.

As artropatias degenerativas da coluna vertebral, também conhecidas como artroses, osteoartrites ou artrites hipertróficas, acarretam maior ou menor limitação dos movimentos da

coluna pelo comprometimento das formações extra-articulares e não determinam anquilose.

Critérios de Enquadramento

A perícia oficial em saúde procederá ao enquadramento legal dos portadores de espondilite anquilosante pela invalidez permanente acarretada por essa doença.

Ao firmarem seus laudos, a perícia deverá fazer constar:

- 1 • O diagnóstico nosológico;
- 2 • A citação expressa da existência da anquilose da coluna vertebral;
- 3 • A citação dos segmentos da coluna atingidos.

A perícia, além dos elementos clínicos de que dispõe e dos pareceres da medicina especializada, poderá se valer dos 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 – B 27;
- d. Tomografia computadorizada de articulações sacroilíacas e coluna.

ESTADOS AVANÇADOS DO MAL DE PAGET

Conceito

O Mal de Paget é uma afecção óssea crônica, caracterizada por deformações ósseas de evolução lenta e progressiva, de etiologia desconhecida, geralmente assintomática e acometendo um só osso ou, menos frequentemente, atingindo várias partes do esqueleto.

Quadro Clínico

A doença pode ser acompanhada de sintomatologia dolorosa e fraturas espontâneas e sua evolução processa-se em duas fases:

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

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 neuralgia;
- c. Complicações cardiovasculares: insuficiência cardíaca, arteriosclerose periférica e hipertensão arterial.

Critérios de Enquadramento

As formas localizadas do Mal de Paget, assintomáticas, detectadas em exames radiológicos de rotina ou as oligossintomáticas não serão consideradas como doença enquadrada em lei.

A perícia enquadrará em incapacidade definitiva por estados avançados do Mal de Paget (osteíte deformante) os servidores que apresentarem as formas extensas da doença de acordo com as características já citadas anteriormente.

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.

Ao firmar o diagnóstico, a perícia oficial em saúde deverá registrar a extensão das deformidades e as partes ósseas atingidas, o tipo de complicação que determinou a incapacidade e os exames subsidiários que comprovem o diagnóstico.

Exames subsidiários elucidativos e indispensáveis:

- a. Exame radiológico;
- b. Dosagem da fosfatase alcalina;
- c. Dosagem da hidroxiprolina urinária nas 24 horas.

HANSENÍASE

Conceito:

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa curável, de notificação compulsória, causada pelo *Mycobacterium Leprae* (bacilo de Hansen).

A doença tem curso crônico, com predileção pela pele e nervos periféricos, podendo apresentar surtos reacionais intercorrentes.

Sinais Cardinais da Hanseníase:

- 1 • Lesão (ões) e/ou área(s) da pele com diminuição ou alteração de sensibilidade;
- 2 • Acometimento de nervo(s) periférico(s), com ou sem espessamento, associado a alterações sensitivas e/ou motoras e/ou autonômicas;
- 3 • Baciloscopia positiva.

Classificação

A hanseníase pode ser classificada nas seguintes formas clínicas:

- 1 • **Paucibacilares (PB)** – Casos com até cinco lesões de pele e baciloscopia negativa; Tratamento de seis meses
 - a. Indeterminada (I)
 - b. Tuberculóide (T)
- 2 • **Multibacilares (MB)** – Casos com mais de cinco lesões de pele; tratamento de 24 meses.

A baciloscopia de pele (esfregaço intradérmico), quando disponível, deve ser utilizada como exame complementar para a classificação dos casos em PB ou MB. A baciloscopia positiva classifica o caso como MB, independentemente do número de lesões.

Atenção: o resultado negativo da baciloscopia não exclui o diagnóstico de hanseníase.

- a. Dimorfa (D);
- b. Virchowiana (V);
- c. Não Especificada (NE).

Quando o tratamento quimioterápico é iniciado deixa de haver transmissão da doença, pois a primeira dose da medicação torna os bacilos incapazes de infectar outras pessoas.

Formas Clínicas de Hanseníase – Classificação de Madri:

1 • **Hanseníase Indeterminada (HI)** CID A30. 0 – Considerada a primeira manifestação clínica da hanseníase, assim classificada porque na ausência de tratamento pode evoluir para a forma tuberculóide ou para a virchowiana;

2 • **Hanseníase Tuberculóide (HT)** CID - 10 A30. 1 – Poucas lesões bem delimitadas, em placas ou anulares com bordas papulosas e áreas da pele eritematosas ou hipocrômicas, anestésicas e de distribuição assimétrica, com crescimento centrífugo lento levando à atrofia no interior da lesão;

3 • **Hanseníase Dimorfa (HD)** CID - 10 A30. 3 – Manifestações clínicas variáveis na pele, nos nervos ou no comprometimento sistêmico; lesões neurais precoces, assimétricas, levando a deficiências físicas;

4 • **Hanseníase Virchowiana (HV)** CID - 10 A30. 5 – Evolução crônica com infiltração progressiva e difusa da pele, mucosas das vias aéreas superiores, olhos, testículos, nervos, podendo afetar os linfonodos, o fígado e o baço.

Neuropatia Hansênica - Diagnóstico do Dano Neural – Sinais e Sintomas;

Neurites – Comprometimento da função neural pela lesão das fibras autonômicas, sensitivas e motoras resultando em deficiências sensitivas ou sensitivo-motoras, provocando as incapacidades e deformidades que podem gerar sequelas definitivas.

Os principais nervos acometidos na hanseníase são:

- 1 • Face – trigêmeo e facial
- 2 • Braços – radial, ulnar e mediano
- 3 • Pernas – fibular comum e tibial

Graus de Incapacidade

Avaliação do grau de incapacidade e da função neural:

Para determinar o grau de incapacidade física deve-se realizar o teste da sensibilidade dos olhos, mãos e pés. É recomendada a utilização do conjunto de monofilamentos de Semmes-Weinstein nos pontos de avaliação de sensibilidade em mãos e pés e do fio dental (sem sabor) para os

olhos.

Grau de incapacidade física de acordo com a Organização Mundial de Saúde – OMS

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

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

FORÇA	DESCRIÇÃO
FORTE	5 Realiza o movimento completo contra a gravidade com resistência máxima.
DIMINÚIDA	4 Realiza o movimento completo contra a gravidade com resistência parcial.
	3 Realiza o movimento completo contra a gravidade. 2 Realiza o movimento parcial.
PARALISADA	1 Contração muscular sem movimento.
	0 Paralisia (nenhum movimento).

Critérios de Enquadramento

A doença, por si só, não leva a pessoa a ser afastada de suas atividades laborativas, uma vez que, ao iniciar a terapia específica (poliquimioterapia), o portador bacilífero torna-se não contagiante. Em algumas avaliações por especialistas, os casos multibacilares poderão ser afastados de suas atividades por um período de três semanas.

O que pode levar ao afastamento das atividades laborativas são os casos de episódios reacionais (Reação tipo I e II), caracterizados pelo aparecimento de novas lesões dermatológicas (manchas ou placas), infiltração, alterações de cor e edema nas lesões antigas, com ou sem espessamento, com sintomas gerais como: febre, mal-estar geral, neurites agudas ou subagudas, levando à dor, alteração da sensibilidade (parestésias e hipoestésias) e diminuição da força muscular e/ou da precisão de movimentos. Em alguns casos o quadro reacional evolui com neurite, orquite, irite, iridocidite, artrite, mão e pé reacionais, linfadenite, proteinúria e dano hepático. Essas alterações levam à incapacidade temporária ou definitiva, devendo ser avaliadas e acompanhadas por especialistas como dermatologista, neurologista, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta e outros.

A perícia concluirá pelo afastamento temporário das atividades quando os servidores:

- a. Manifestarem surtos reacionais frequentes durante o tratamento ou após a cura;
- b. Manifestarem dor neuropática;
- c. Tiverem que se submeter a tratamento de descompressão neural cirúrgica de neurites;
- d. Necessitarem submeter-se a tratamento cirúrgico de reabilitação de deficiências na face, nariz, olhos, mãos e pés;
- d. Tiverem que permanecer imobilizados ou em repouso absoluto do membro quando da detecção precoce de surtos reacionais (tipo 1 ou tipo 2), neurites ou para tratamento de úlceras plantares, até a remissão dos sintomas.

A perícia oficial em saúde concluirá pela invalidez quando os servidores apresentarem sequelas incapacitantes sem possibilidade de recuperação.

Todos os servidores portadores de hanseníase deverão permanecer sob rigoroso controle médico e submeter-se a exames periódicos, determinados pela clínica especializada. Cabe ao perito constatar o registro da notificação compulsória.

NEFROPATIA GRAVE

Conceito:

Define-se como nefropatia grave o comprometimento em caráter transitório ou permanente da função renal a ponto de ocasionar grave insuficiência renal e/ou acarretar risco à vida, ocasionado por enfermidade de evolução aguda ou crônica, de qualquer etiologia.

Na avaliação da gravidade da nefropatia e do grau de incapacidade que pode acarretar, deverão ser levados em consideração:

- 1 • Os sintomas clínicos;
- 2 • As alterações bioquímicas.

Quadro Clínico

Manifestações clínicas:

- 1 • Ectoscópicas - palidez amarelada, edema, hemorragia cutânea e sinais de prurido;
- 2 • Cardiovasculares - pericardite sero-fibrinosa, hipertensão arterial e insuficiência cardíaca;
- 3 • Gastrointestinais - soluço, língua saburrosa, hálito amoniacal, náuseas, vômitos, hemorragias;

- 4 • Digestivas - diarreia ou obstipação;
- 5 • Neurológicas - cefaleia, astenia, insônia, lassidão, tremor muscular, convulsão e coma;
- 6 • Oftalmológicas - retinopatia hipertensiva e retinopatia arteriosclerótica;
- 7 • Pulmonares - pulmão urêmico e derrame pleural;
- 8 • Urinárias - nictúria.

Alterações nos Exames Complementares

1• Alterações laboratoriais:

- a. Diminuição da filtração glomerular;
- b. Diminuição da capacidade renal de diluição e concentração (isostenúria);
- c. Aumento dos níveis sanguíneos de ureia, creatinina e ácidoúrico;
- d. Distúrbios dos níveis de sódio, potássio, cálcio, fósforo, glicose e lipídios;
- e. Acidose.

2• Alteração nos exames por imagem:

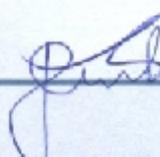
- a. Diminuição das áreas renais nas enfermidades crônicas ou nas isquemias agudas intensas;
- b. Distorções da imagem normal consequente de cicatrizes, cistos, hematomas, abscessos ou tumores;
- c. Distensão do sistema coletor nos processos primariamente obstrutivos;
- d. Diminuição da eliminação de contrastes quando usados.

Considerações:

Para a avaliação da insuficiência renal crônica pelas alterações bioquímicas, pode ser adotada a classificação abaixo, baseada na gravidade do distúrbio funcional do rim, medido pela filtração glomerular e dosagem de creatinina.

Doenças Renais Crônicas – Estadiamento e Classificação*			
ESTÁGIO	FILTRAÇÃO GLOMERULAR (ML/MIN)	CREATININA (MG/DL)	GRAU DE I.R.C.
0	> 90	0,6 – 1,4	Grupo de risco para DRC Ausência de lesão renal
1	> 90	0,6 – 1,4	Função renal normal Presença de lesão renal
2	60 – 89	1,5 – 2,0	IR leve ou funcional
3	30 – 59	2,1 – 6,0	IR moderada ou laboratorial
4	15 – 29	6,1 – 9,0	IR grave ou clínica
5	< 15	> 9,0	IR terminal ou pré-dialítica

*Dr. João Egidio Romão Júnior – SBN – Hospital das Clínicas – FMUSP e Hospital da Beneficência Portuguesa – São Paulo



São consideradas nefropatias graves:

- 1 • As nefropatias incluídas no Estágio 3, desde que o periciado apresente sintomas e sinais que estejam produzindo incapacidade laborativa;
- 2 • As nefropatias incluídas nos Estágios 4 e 5.

CrITÉRIOS DE ENQUADRAMENTO

As nefropatias que cursam com insuficiência renal leve, Estádio 2, não são enquadradas como nefropatias graves.

As nefropatias que cursam com insuficiência renal moderada, Estádio 3, são enquadradas como nefropatias graves quando acompanhadas de sintomas e sinais que determinam a incapacidade laborativa do periciado.

As nefropatias classificadas como insuficiência renal grave, Estádios 4 e 5, são enquadradas como nefropatias graves. A perícia deverá, ao registrar o diagnóstico, identificar o tipo de nefropatia seguido da indicação da presença ou não de nefropatia grave.

NEOPLASIA MALIGNA

Concelto

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

São consideradas neoplasias malignas as relacionadas na Classificação Internacional de Doenças (CID).

Avaliação Diagnóstica e Estadiamento

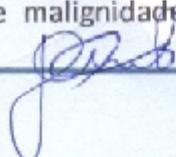
O diagnóstico e o estadiamento da neoplasia maligna podem ser determinados, dentre outros, pelos seguintes meios propedêuticos:

- 1 • Exame clínico especializado;
- 2 • Exames radiológicos;
- 3 • Exames ultrassonográficos;
- 4 • Exames de tomografia computadorizada;
- 5 • Exames de ressonância nuclear magnética;
- 6 • Exames cintilográficos;
- 7 • Exames endoscópicos;
- 8 • Pesquisa de marcadores tumorais específicos;
- 9 • Biópsia da lesão com exame histopatológico;
- 10 • Exames citológicos;
- 11 • Exames de imunistoquímica;
- 12 • Estudos citogenéticos em casos específicos.

O diagnóstico de neoplasia depende de comprovação por meio de exames complementares.

Prognóstico

É determinado pelo grau de malignidade da neoplasia, que é influenciado pelos seguintes



fatores:

- 1 • Grau de diferenciação celular;
- 2 • Grau de proliferação celular;
- 3 • Grau de invasão vascular e linfática;
- 4 • Estadiamento clínico e/ou cirúrgico;
- 5 • Resposta à terapêutica específica;
- 6 • Estatísticas de morbidade e mortalidade de cada tipo de neoplasia.

Objetivos do Exame Pericial

O exame pericial objetiva comprovar:

- 1 • O diagnóstico da neoplasia por meio de exame histopatológico ou citológico;
- 2 • A extensão da doença e a presença de metástases;
- 3 • O tratamento cirúrgico, quimioterápico e radioterápico;
- 4 • O prognóstico da evolução da doença, em consonância com as estatísticas de sobrevida para cada tipo de neoplasia;
- 5 • O grau de incapacidade parcial ou total, temporária ou permanente;
- 6 • A correlação da incapacidade com as atribuições do servidor.

Critérios de Enquadramento

A perícia fará o enquadramento da invalidez permanente por neoplasia maligna dos servidores quando for constatada incapacidade para o trabalho em consequência de:

- 1 • Neoplasias com mau prognóstico em curto prazo;
- 2 • Neoplasias incuráveis;
- 3 • Sequelas do tratamento, mesmo quando erradicada a neoplasia maligna;
- 4 • Recidiva ou metástase da neoplasia maligna.

A perícia deverá, ao emitir o parecer conclusivo, citar:

- 1 • O tipo histopatológico da neoplasia;
- 2 • Sua localização;
- 3 • A presença ou não de metástases;
- 4 • O estadiamento clínico pelo sistema TNM, podendo ser utilizada outra classificação, em casos específicos, não contemplada por este sistema;
- 5 • Acrescentar a expressão neoplasia maligna, para fim de enquadramento legal.

Os servidores portadores de neoplasia maligna detectada pelos meios propedêuticos e submetidos a tratamento cirúrgico, radioterápico e/ ou quimioterápico serão considerados portadores dessa enfermidade durante os cinco primeiros anos de acompanhamento clínico, mesmo que o estadiamento clínico indique bom prognóstico. O carcinoma basocelular e outras neoplasias de comportamento similar não se enquadram nesta situação.

Os servidores portadores de neoplasia maligna submetidos a tratamento cirúrgico, radioterápico e/ou quimioterápico, que após cinco anos de acompanhamento clínico não apresentarem evidência de doença ativa, serão considerados **não** portadores de neoplasia maligna.

A presença de neoplasia maligna passível de tratamento não implica aposentadoria, devendo o servidor ser reavaliado periodicamente levando-se em consideração o tratamento, a evolução e a capacidade laborativa.

PARALISIA IRREVERSÍVEL E INCAPACITANTE

Conceito

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. O mecanismo é a interrupção de uma das vias motoras, em qualquer ponto, desde o córtex cerebral até a própria fibra muscular, pela lesão de neurônio motor central ou periférico.

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

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 e que tornem o servidor impossibilitado para qualquer trabalho de forma total e permanente.

São equiparadas às paralisias as lesões osteomusculoarticulares, as vasculares graves e crônicas, e as parestesias das quais resultem alterações extensas e definitivas das funções nervosas, da motilidade e da troficidade, esgotados os recursos terapêuticos da medicina especializada e os prazos necessários à recuperação.

Não se equiparam às paralisias as lesões osteomusculoarticulares envolvendo a coluna vertebral.

Classificação das Paralisias

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

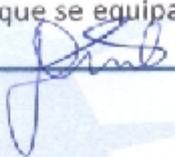
- 1 • Paralisia isolada ou periférica - quando é atingido um músculo ou um grupo de músculos;
- 2 • Monoplegia - quando são atingidos todos os músculos de um só membro;
- 3 • Hemiplegia - quando são atingidos os membros superiores e inferiores do mesmo lado, com ou sem paralisia facial homolateral;
- 4 • Paraplegia ou diplegia - quando são atingidos os membros superiores ou os inferiores, simultaneamente;
- 5 • Triplegia - quando resulta da paralisia de três membros;
- 6 • Tetraplegia - quando são atingidos os membros superiores e os inferiores.

Critérios de Enquadramento

Os portadores de paralisia irreversível e incapacitante de um dos tipos descritos anteriormente, satisfeitas as condições conceituais especificadas, serão considerados impossibilitados para qualquer trabalho de forma total e permanente.

A perícia deverá especificar no laudo os diagnósticos anatômico e etiológico e o caráter definitivo e permanente, como citado na lei.

A perícia deverá declarar entre parênteses, após enunciar o diagnóstico, a expressão "equivalente à Paralisia Irreversível e Incapacitante", quando concluírem pela invalidez dos inspecionados portadores das lesões que se equiparam à paralisia, satisfeitas todas as condições



constantes desses itens.

A paralisia de um músculo ou grupo de músculos não apresenta por si só motivo para concessão das vantagens da lei e muitas vezes não leva nem à incapacidade.

É preciso que, depois de esgotadas todas as medidas terapêuticas disponíveis, seja considerada irreversível e incapacite o servidor para o exercício da atividade inerente ao cargo.

SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA (SIDA/AIDS)

Conceito

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 grave imunodeficiência que se manifesta no aparecimento de doenças oportunistas, neoplasias malignas e lesões neurológicas.

Classificação

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

Quanto às manifestações clínicas, os indivíduos pertencem às seguintes categorias:

Categoria "A":

- 1 • Infecção assintomática: indivíduos com sorologia positiva para o HIV, sem apresentar sintomas;
- 2 • Linfadenopatia generalizada persistente: linfadenomegalia, envolvendo duas ou mais regiões extrainguinais, com duração de pelo menos três meses, associada à sorologia positiva para o HIV;
- 3 • Infecção aguda: síndrome de mononucleose, caracterizada por febre, linfadenomegalia e esplenomegalia. A sorologia para o HIV é negativa, tornando-se positiva geralmente duas a três semanas após o início do quadro clínico;

Categoria "B":

indivíduos com sorologia positiva para o HIV, sintomáticos, com as seguintes condições clínicas:

- 1 • Angiomatose bacilar;
- 2 • Candidíase vulvovaginal persistente, de mais de um mês, que não responde ao tratamento específico;
- 3 • Candidíase orofaríngea;
- 4 • Sintomas constitucionais (febre maior que 38,5° C ou diarreia com mais de um mês de duração);

Categoria "C":

indivíduos soropositivos e sintomáticos que apresentam infecções oportunistas ou neoplasias:

- 1 • Candidíase esofágica, traqueal ou brônquica;
- 2 • Criptococose extrapulmonar;
- 3 • Câncer cervical uterino;
- 4 • Rinite, esplenite ou hepatite por citomegalovírus;

- 5 • Herpes simples mucocutâneo com mais de um mês de evolução;
- 6 • Histoplasmose disseminada;
- 7 • Isosporíase crônica;
- 8 • Micobacteriose atípica;
- 9 • Tuberculose pulmonar ou extrapulmonar;
- 10 • Pneumonia por *P. carinii*;
- 11 • Pneumonia recorrente com mais de dois episódios em um ano;
- 12 • Bacteremia recorrente por "salmonella";
- 13 • Toxoplasmose cerebral;
- 14 • Leucoencefalopatia multifocal progressiva;
- 15 • Criptosporidiose intestinal crônica;
- 16 • Sarcoma de Kaposi;
- 17 • Linfoma de Burkitt, imunoblástico ou primário de cérebro;
- 18 • Encefalopatia pelo HIV;
- 19 • Síndrome consumptiva pelo HIV.

Quanto à contagem de linfócitos T-CD4+, os pacientes podem ser classificados nos seguintes grupos:

- 1 • Grupo 1: indivíduos com número absoluto de linfócitos T auxiliares (CD4) igual ou acima de 500/ mm³.
- 2 • Grupo 2: indivíduos com número absoluto de linfócitos T auxiliares (CD4) entre 200 e 499/ mm³.
- 3 • Grupo 3: indivíduos com número absoluto de linfócitos T auxiliares (CD4) menor que 200/ mm³.

Quadro de Classificação Clínica e Laboratorial	GRUPOS	LT – CD4+	CATEGORIAS CLÍNICAS		
			A	B	C
	1	>500/mm ³	A1	B1	C1
	2	200-499/mm ³	A2	B2	C2
	3	<200/mm ³	A3	B3	C3

OBS: A3, B3, C1, C2 e C3 são consideradas Sida/Aids. As demais categorias são consideradas portadores do vírus HIV.

Crerios de Enquadramento:

- 1 • Serão considerados incapazes definitivamente para o serviço os servidores classificados nas categorias A3, B3 e C (todos).
- 2 • Serão considerados incapazes temporariamente para o serviço os servidores classificados nas

categorias A1, A2, B1 e B2, na presença de manifestações clínicas incapacitantes. Deverão ser mantidos em licença para tratamento de saúde por até dois anos, com controle trimestral pela perícia. Após os dois anos de licença médica, caso permaneçam com sorologia positiva e incapacitada para retorno ao trabalho, serão aposentados.

3 • A revisão da aposentadoria, em qualquer situação, será feita por meio de nova inspeção médica pela Perícia Oficial em Saúde.

4 • Deverá constar, obrigatoriamente, nos laudos de aposentadoria, se o servidor é portador do HIV ou de Sida/Aids, mencionando, ainda, a sua classificação de acordo com o quadro acima (por exemplo: A1).

TUBERCULOSE ATIVA

Conceito

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

Considerando, na atualidade, a grande possibilidade de cura dos processos tuberculosos quando diagnosticados em fase precoce e a boa evolução de suas lesões se tratadas corretamente, torna-se fundamental a avaliação da fase evolutiva da doença ou da condição de "atividade" das lesões para estabelecer a noção de cura ou a resposta ao tratamento.

A presença da doença, por si só, não significa a existência de incapacidade laborativa. O que importa é a sua repercussão geral no indivíduo e no desempenho das suas atividades.

Ficam abrangidos pelo enquadramento legal aqueles indivíduos que tenham adquirido ou venham a desenvolver formas resistentes de bacilos da tuberculose, refratários aos esquemas terapêuticos existentes, ou aqueles que, na cura, por consequência da resolução cicatricial do processo, possam ter desenvolvido grande limitação funcional, comprometendo sua capacidade para o trabalho.

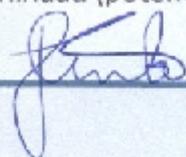
Classificação

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

- 1 • Classe 0: indivíduo sem exposição à tuberculose e sem infecção tuberculosa;
- 2 • Classe I: indivíduo com história de exposição à tuberculose, porém, sem evidência de infecção tuberculosa (teste cutâneo tuberculínico negativo);
- 3 • Classe II: indivíduo com infecção tuberculosa, caracterizada pela positividade da prova cutânea tuberculínica, porém, sem tuberculose;
- 4 • Classe III: indivíduo com doença ativa e que apresenta quadros clínico, bacteriológico, radiológico e imunológico que evidenciam e definem as lesões tuberculosas.

As lesões tuberculosas são classificadas em:

- 1 • Ativas: progressivas, regressivas ou crônicas;
- 2 • Inativas;
- 3 • De atividade indeterminada (potencial evolutivo incerto);
- 4 • Curadas.



As lesões **ativas** apresentam as seguintes características:

- 1 • Bacteriológicas: presença do *Mycobacterium tuberculosis* exame direto e/ou cultura de qualquer secreção ou material colhido para exame em amostras diferentes;
- 2 • Radiológicas:
 - a. Caráter infiltrativo-inflamatório das lesões, evidenciado por reação perifocal;
 - b. Instabilidade das lesões infiltrativas observadas nas séries de radiografias;
 - c. Presença de cavidades com paredes espessas, com ou sem nível líquido e reação perifocal;
 - d. Derrame pleural associado;
 - e. Complexo gânglio pulmonar recente.
- 3 • Imunológicas: evidência de viragem tuberculínica recente, na ausência de vacinação BCG (PPD-Reator Forte);
- 4 • Clínicas: presença de sinais clínicos e sintomas compatíveis com a doença tuberculosa.
 - b. Instabilidade das lesões infiltrativas observadas nas séries de radiografias;
 - c. Presença de cavidades com paredes espessas, com ou sem nível líquido e reação perifocal;
 - d. Derrame pleural associado;
 - e. Complexo gânglio pulmonar recente.
- 3 • Imunológicas: evidência de viragem tuberculínica recente, na ausência de vacinação BCG (PPD-Reator Forte);
- 4 • Clínicas: presença de sinais clínicos e sintomas compatíveis com a doença tuberculosa.

As lesões tuberculosas são ditas **curadas** quando, após o tratamento regular com esquema tríplice, durante seis meses, apresentem as características de inatividade descritas anteriormente.

Localização das Lesões:

Tuberculose pulmonar

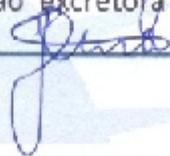
A expressão "tuberculose pulmonar ativa" não traduz, necessariamente, uma evolução desfavorável da doença; significa, antes de tudo, o estado dinâmico ou instável do processo, com possibilidade de progredir, regredir ou permanecer estacionário (cronificado) em certo período de tempo.

Tuberculose ganglionar

As localizações mais frequentes são as mediastínicas e nos gânglios periféricos cervicais. Tuberculose renal O diagnóstico etiológico da atividade e da cura do comprometimento renal pela tuberculose é realizado por meio dos seguintes exames:

- 1 • Bacteriológico: comprovação da presença do *Mycobacterium tuberculosis*. "A comprovação bacteriológica é a única que pode afirmar o diagnóstico e a atividade das lesões, mas, nesses casos, só é positiva em 50% dos examinados".
- 2 • Radiológico: quando revela alterações renais, com lesão dos cálices (que podem chegar até a destruição total desses), dos bacinetes e/ ou ureteres.

A possibilidade dessa forma de tuberculose levar à incapacidade definitiva está relacionada ao grau de comprometimento da função excretora renal (insuficiência renal) e deve assim ser



considerada.

Tuberculose óssea

As localizações mais frequentes são: vertebral e depois coxofemoral. No Mal de Pott, além dos sinais clínicos de dor e infecção geral, há, no exame radiológico, o aparecimento de lesões destrutivas de aspecto cuneiforme, estreitamento do espaço discal e fusão dos corpos vertebrais.

Para a confirmação do diagnóstico de atividade devemos usar como auxiliares: radiografias, biópsias ganglionares e punção de abscessos, sempre tentando a confirmação bacteriológica das lesões.

Critérios de Enquadramento

Nos exames para verificação de saúde e aptidão para ingresso no serviço público, a constatação de tuberculose ativa leva à inabilitação do candidato. Por outro lado, a comprovação de lesão inativa ou residual, por si só, não inabilita o candidato. Nesses casos, entretanto, se faz necessária uma criteriosa avaliação das sequelas existentes e sua repercussão sobre a capacidade laborativa atual e futura do indivíduo.

O servidor portador de tuberculose pulmonar ativa permanecerá em licença para tratamento de saúde até que a baciloscopia no escarro seja negativa e que ocorra recuperação clínica do servidor, quando poderá ser julgado apto, a despeito da necessidade de continuação do tratamento pelo tempo necessário.

De modo a comprovar com segurança a atividade da doença, a perícia deverá reavaliar o paciente ao término do tratamento, que tem a duração de seis meses, e basear suas conclusões, obrigatoriamente, em observações clínicas e exames subsidiários.

O parecer definitivo a ser adotado pela perícia para os portadores de lesões tuberculosas aparentemente inativas ficará condicionado a um período de observação nunca inferior a seis meses, contados a partir do término do tratamento.

O servidor considerado curado em período inferior a 24 meses de licença para tratamento de saúde retornará ao serviço ativo.

O servidor que apresentar lesões em atividade após dois anos de afastamento do serviço para efetivo tratamento de saúde, e aquele em que ainda houver dúvida quanto ao estado evolutivo de suas lesões tuberculosas, após o mesmo período de tratamento, serão aposentados.

Nos casos em que tenha ocorrido comprovada resistência bacilar aos esquemas usados (determinada por vários testes terapêuticos) ou quando, por consequência da resolução fibrocicatricial de cura, tenha ocorrido importante limitação funcional respiratória (superior a 55% do volume corrente ou da capacidade pulmonar total) que imponham importante limitação física ou profilático-sanitária ao indivíduo, será cogitada a aposentadoria por tuberculose pulmonar (TP).

O servidor que apresentar "Cor pulmonale" crônico, acompanhado de sinais de insuficiência cardíaca congestiva, em consequência da gravidade ou extensão das lesões pulmonares tuberculosas, será julgado de acordo com as normas referentes à cardiopatia grave, deste Manual.

O servidor portador de lesões tuberculosas extrapulmonares será julgado pela perícia à luz dos critérios gerais descritos nestas normas e daqueles pertinentes a cada caso, conforme parecer das clínicas especializadas.

A perícia, ao conduzir pela incapacidade definitiva do servidor, deverá fazer constar dos laudos o diagnóstico de "Tuberculose Ativa", complementando com os dados que permitam o enquadramento legal, aplicável ao caso.

As sequelas das lesões tuberculosas, quando irreversíveis, graves e determinantes de invalidez definitiva do servidor terão enquadramento legal análogo ao dispensado à tuberculose ativa, pois dela são decorrentes. Cabe ao perito constatar o registro da notificação compulsória.

HEPATOPATIA GRAVE

Conceito

A hepatopatia grave compreende um grupo de doenças que atingem o fígado de forma primária ou secundária, com evolução aguda ou crônica, ocasionando alteração estrutural extensa e deficiência funcional intensa, progressiva e grave, além de incapacidade para atividades laborativas e risco à vida.

Os sintomas típicos da doença hepática incluem icterícia, fadiga, prurido, dor no quadrante superior direito do abdome, distensão abdominal e hemorragia digestiva. No entanto, muitos hepatopatas crônicos são assintomáticos. As anormalidades aparecem nos exames bioquímicos hepáticos como parte de um exame de rotina ou na triagem para doação de sangue, para seguro de vida ou para admissão no emprego. Os múltiplos exames disponíveis facilitam a identificação de hepatopatia.

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

Constituem Características das Hepatopatias Graves:

Quadro clínico:

- 1 • Emagrecimento;
- 2 • Icterícia;
- 3 • Ascite;
- 4 • Edemas periféricos;
- 5 • Fenômenos hemorrágicos;
- 6 • Alterações cutaneomucosas sugestivas: aranhas vasculares, eritema palmar, queda dos pelos, sufusões hemorrágicas, mucosas hipocoradas;
- 7 • Alterações neuropsiquiátricas de encefalopatia hepática.

Quadro laboratorial:

- 1 • Alterações hematológicas:
 - a. Pancitopenia (completa ou parcial); anemia, leucopenia e trombocitopenia;
- 2 • Distúrbios da coagulação: hipoprotrombinemia e queda dos fatores da coagulação (V, VII, fibrinogênio);
- 3 • Alterações bioquímicas:
 - a. Hipoglicemia predominante;
 - b. Hipocolesterolemia; e
 - c. Hiponatremia;
- 4 • Testes de função hepática alterados:
 - a. Retenção de bilirrubinas;
 - b. Transaminases elevadas;
 - d. Fosfatase alcalina e gama-GT elevadas;
 - c. Albumina reduzida.

Alterações:

- 1 • Ultrassonografia: alterações estruturais do fígado e baço, ascite, dilatação das veias do sistema porta;
- 2 • Tomografia computadorizada e ressonância nuclear magnética abdominal: alterações dependentes da doença primária;
- 3 • Endoscopia digestiva alta: presença de varizes esofagianas e de gastropatia hipertensiva;
- 4 • Cintilografia hepática: redução da captação hepática, forma heterogênea, com aumento da captação esplênica e na medula óssea.

São causas etiológicas das hepatopatias graves:

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

Classificação

A insuficiência hepática desenvolve-se em consequência 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.

A gravidade do comprometimento funcional é classificada, com finalidade prognóstica, em tabela universalmente aceita, conhecida como Classificação de Child-Turcotte-Pugh, nela considerados cinco indicadores:

INDICADORES	PONTOS		
	1	2	3
Albumina	>3,5g%	3,0 a 3,5g%	< 3,5g%
Bilirrubina	<2,0mg%	<2,0mg% 2,0 a	>3,0mg%

		3,0mg%	
Ascite	Ausente	Discreta	Tensa
Grau de encefalopatia	Não	Leve	Grave
Tempo de protrombina	>75%	50 a 74%	<50%

CLASSE	TOTAL DE PONTOS
A	05 a 06
B	07 a 09
C	10 a 15

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

Os indivíduos situados na Classe A têm bom prognóstico de sobrevida, habitualmente acima de cinco anos, enquanto os da Classe C têm mau prognóstico, possivelmente menor que um ano.

A encefalopatia hepática, também denominada encefalopatia portossistêmica, obedece à seguinte gradação:

- Subclínica: alteração em testes psicométricos;
- Estágio 1: desatenção, irritabilidade, alterações da personalidade, tremores periféricos e incoordenação motora;
- Estágio 2: sonolência, redução da memória, alterações do comportamento, tremores, fala arrastada, ataxia;
- Estágio 3: confusão, desorientação, amnésia, sonolência, nistagmo, hiporreflexia e rigidez muscular;
- Estágio 4: coma, midríase e postura de descerebração, arreflexia.

A pontuação leve na Tabela de Child-Pugh inclui os Estágios Subclínico, 1 e 2, enquanto a pontuação grave os Estágios 3 e 4.

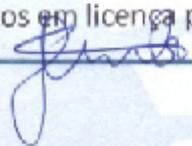
Critérios de Enquadramento

As hepatopatias classificadas na Classe A de Child-Pugh não são consideradas graves.

As hepatopatias classificadas na Classe B de Child-Pugh serão consideradas como hepatopatia grave quando houver presença de ascite e/ou encefalopatia de forma recidivante. As hepatopatias classificadas na Classe C de Child-Pugh serão enquadradas como hepatopatia grave.

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 pela perícia oficial em saúde deverá estender-se até 24 meses.

Os indivíduos que desenvolverem formas fulminantes ou subfulminantes de hepatite e forem submetidos a transplante hepático de urgência serão considerados como incapacitados temporários, sendo acompanhados em licença para tratamento de saúde por até 24 meses.



O laudo da perícia deverá conter, obrigatoriamente, os diagnósticos anatomopatológico, etiológico e funcional, com a afirmativa ou negativa de tratar-se de hepatopatia grave.

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.

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.

CONTAMINAÇÃO POR RADIAÇÃO

Conceito

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

A perícia deverá comprovar a relação de causa e efeito da radiação ionizante com a doença apresentada pelo indivíduo.

A afirmativa de que uma doença incapacitante e invalidante possui relação de causa e efeito com a radiação ionizante necessita ser documentada e, quando for o caso, constar de atestado de origem, inquérito sanitário de origem ou ficha de evacuação do local.

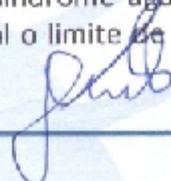
A perícia deverá atentar para o quadro em fase não invalidante, cujas medidas terapêuticas disponíveis estejam em andamento, com prognóstico favorável e possibilidade de recuperação funcional.

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

- 1 • Síndrome aguda da radiação: um conjunto de sintomas e sinais decorrentes de exposição de corpo inteiro a alta dose de radiação por curto espaço de tempo; é um evento determinístico que desenvolve quando um limite de dose é ultrapassado (0,8 a 1,0 Gy);
- 2 • Síndrome cutânea da radiação: um conjunto de sintomas e sinais decorrentes da exposição localizada ou de corpo inteiro e que levam a alterações cutâneas e de tecidos e estruturas subjacentes.

Quadros clínicos que cursam com a síndrome aguda da radiação:

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



- 1 • 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;
- 2 • Gastrointestinal: caracteriza-se por alterações da mucosa gastrointestinal, decorrentes de exposição de corpo inteiro à radiação ionizante, levando à síndrome disabsortiva, perda hidroeletrólítica e sanguínea. As lesões da mucosa ocorrem, em geral, a partir do limiar de 7,0 Gy; e
- 3 • Neurovascular: caracteriza-se por manifestações neurológicas e vasculares que conduzem, inevitavelmente, à morte. Ocorre com doses extremamente altas de radiação, superiores a 20 Gy.

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. Nestes casos, a perícia oficial em saúde deverá considerar os mesmos parâmetros de avaliação estabelecidos para a síndrome aguda da radiação.

Quadros clínicos e classificação da síndrome cutânea da radiação A síndrome cutânea da radiação pode ser classificada em:

- 1 • Grau I ou leve (exposição de 8,0 Gy a 10,0 Gy): evolui com pele seca e pigmentação;
- 2 • Grau II ou moderada (exposição > 12,0 Gy a 30,0 Gy): evolui com atrofia de pele, podendo se estender ao subcutâneo e músculos, e com úlcera tardia;
- 3 • Grau III ou grave (exposição de 30,0 Gy a 50,0 Gy): evolui com cicatrizes, fibrose, alterações escleróticas, degenerativas e necrose;
- 4 • Grau IV ou muito grave (exposição acima de 50,0 Gy): evolui com deformidade e recidiva de úlceras, podendo necessitar de ablação ou amputação.

Diagnóstico

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

- 1 • História clínica, com dados evolutivos da doença;
- 2 • Exame clínico;
- 3 • Dosimetria física (avaliação de dosímetro individual, de dosimetria de área e reconstrução do acidente com modelo experimental);
- 4 • Dosimetria clínica (avaliação do tempo de surgimento dos sintomas e do tempo de duração das manifestações);
- 5 • Avaliação hematológica;
- 6 • Avaliação bioquímica (glicose, ureia, creatinina, amilase, lipase, fosfatase alcalina, desidrogenase láctica, transaminases glutâmico oxalacética e pirúvica);
- 7 • Dosimetria citogenética;
- 8 • Tomografia computadorizada;
- 9 • Ressonância magnética;
- 10 • Termografia;
- 11 • Avaliação fotográfica seriada;
- 12 • Estudos cintilográficos;
- 13 • Estudos Doppler.

Critérios de Enquadramento

Os portadores da síndrome cutânea da radiação de Graus III e IV, descrita anteriormente, serão considerados pela perícia como acometidos de doença causada por radiação ionizante em estágio avançado.

A perícia oficial em saúde fará o enquadramento por síndrome aguda da radiação do servidor que se enquadrar em uma das seguintes condições:

- 1 • Apresentar alterações físicas e mentais de mau prognóstico no curto prazo;
- 2 • Apresentar alterações físicas e mentais que tenham durado ou têm expectativa de duração por período contínuo igual ou maior que 12 meses;
- 3 • Apresentar sequelas que limitam, significativamente, a capacidade física e mental do servidor para executar atividades básicas.

