

Decreto Lei Municipal nº 9.077/00, de 01/06/00, que complementa a Lei Municipal 1.972/72.

O decreto Lei Municipal nº 9.077/00 de 01/06/00 , está diretamente relacionada a atividade médico pericial, sendo fundamental o seu conhecimento, especialmente do anexo I.

Anexo I

I. Cardiopatia grave

Conceitua-se como cardiopatia grave no sistema médico pericial do sistema público municipal toda aquela que, em caráter permanente, reduz a capacidade funcional do coração e conseqüentemente as capacidades físicas e profissionais do servidor, a ponto de acarretar alto risco de morte prematura ou impedir o mesmo de exercer definitivamente suas funções, não obstante tratamento médico e/ou cirúrgico em curso.

O critério adotado pelo médico perito para avaliação do coração baseia-se no consenso nacional sobre cardiopatia grave, promulgado pela Sociedade Brasileira de Cardiologia(SBC) em consonância com a classificação funcional cardíaca adotada pela NYHA.

Dessa forma, a limitação funcional cardíaca de que trata esta Instrução Normativa será definida pela análise criteriosa do conjunto de métodos propedêuticos a saber:

- 1 – Anamnese e exame físico detalhados minuciosamente do aparelho cardiovascular;
- 2 – Exames laboratoriais de sangue-hematologia, bioquímica, hormônios séricos, reações sorológicas – exames de urina e fezes;
- 3 – Radiografias do tórax em AP e PE;
- 4 – Eletrocardiograma de repouso;
- 5 – Eletrocardiograma de esforço;
- 6 – Eletrocardiografia dinâmica – Holter;
- 7 – Mapeamento Ambulatorial da pressão arterial;
- 8 – Ecocardiografia bidimensional com doppler de fluxos valvulares;
- 9 – Cintigrafia miocárdica;
- 10 – estudo hemodinâmico por cateterismo cardíaco;
- 11 – Estudo cineangiocoronariográfico por cateterismo cardíaco;

De acordo com a avaliação dos parâmetros acima, indicados para o estudo pericial, a conceituação final de cardiopatia grave será definida em função da presença de uma ou mais das seguintes síndromes:

- Síndrome de insuficiência cardíaca congestiva;
- Síndrome de insuficiência coronariana;
- Síndrome de hipoxemia e/ou baixo débito sistêmico/cerebral, secundários a uma cardiopatia;
- Arritmias complexas e graves;

Dentro do perfil sindrômico exposto, avaliar-se-á como cardiopatia grave as seguintes nosológicas.

- 1 – Cardiopatias isquêmicas;
- 2 – Cardiopatias hipertensivas;
- 3 – Cardiopatias primárias ou secundárias;
- 4 – Cardiopatias valvulares;
- 5 – Cardiopatias congênitas;
- 6 – Cor pulmonale crônica;
- 7 – Arritmias complexas e graves;
- 8 – Hipertensão arterial sistêmica em cifras altas e complicadas, com lesões irreversíveis em órgãos-alvos: cérebro, rins, olhos e vasos arteriais.

Para a insuficiência cardíaca e/ou coronariana, classificam-se como graves aquelas enquadradas nas Classes III e IV da NYHA, e , eventualmente, as da Classe II da referida classificação, na dependência da idade, atividade profissional, das características funcionais do cargo, da coexistência de outras patologias e da incapacidade de reabilitação, apesar de tratamento médico em curso.

Para arritmias graves, serão consideradas complexas aquelas com alto grau de instabilidade elétrica do miocárdio, advindo daí manifestações sistêmicas e frequentes por fenômenos tromboembólicos e/ou sinais e sintomas de baixo débito circulatório, que não controláveis por drogas e/ou marcapasso artificial, por isso com alto risco de morte súbita.

De modo geral, podemos considerar como cardiopatia grave:

- Síndrome de insuficiência cardíaca de qualquer etiologia que curse com importante disfunção ventricular (Classe III e IV da NYHA);
- Síndrome de insuficiência coronariana refratárias à terapêutica sem indicação cirúrgica (Classes II e IV da NYHA)
- Arritmias por bloqueios átrio-ventriculares de 2º e 3º graus, extra sistólicas e/ou taquicardias ventriculares, síndromes bradi-taquicárdicas;
- Cardiopatias congênitas nas Classes III e IV da NYHA, ou com importante manifestações sistêmicas de hipoxemia;

- Cardiopatias várias, tratadas cirurgicamente (revascularização do miocárdio). Próteses valvulares, implante de marcapasso, aneurismectomias, correções cirúrgicas de anomalias congênitas, quando após reavaliadas funcionalmente forem consideradas pertencentes às Classes III e IV, ou a critério, Classe II da NYHA.

Classe	CLASSIFICAÇÃO DAS CARDIOPATIAS DE ACORDO COM A CAPACIDADE FUNCIONAL DO CORAÇÃO NYHA
Classe I	Pacientes com doença cardíaca, porém sem limitação da atividade física. A atividade física ordinária não provoca fadiga acentuada, palpitação, dispnéia nem angina do peito.
Classe II	Pacientes portadores de doença cardíaca que acarreta leve limitação a atividade física. Esses pacientes sentem-se bem em repouso, mas a atividade física comum provoca fadiga, palpitação, dispnéia ou angina de peito.
Classe III	Pacientes portadores de doença cardíaca que acarreta acentuada limitação da atividade física. Esses se sentem bem em repouso, porém, pequenos esforços provocam fadiga, palpitação, dispnéia ou angina de peito.
Classe IV	Paciente com doença cardíaca que acarreta incapacidade para exercer qualquer atividade física. Os sintomas de fadiga, palpitação, dispnéia ou angina de peito existem mesmo em repouso e se acentuam com qualquer atividade.

Tabela 01.

Consenso Nacional da Sociedade Brasileira de Cardiologia(SBC).

Reunida em Angra dos Reis, de 2 a 4 de Abril de 1.993, a Sociedade Brasileira de Cardiologia – (SBC) , com a participação de 40 cardiologistas, estabeleceu considerações e critérios para a classificação da Cardiopatia Grave como, como Consenso Nacional da Sociedade Brasileira de Cardiologia.

As cardiopatias agudas, habitualmente rápidas em sua evolução, podem tornar-se crônicas, passando ou não a caracterizar uma cardiopatia crônica grave, ou evoluir para o óbito, situação que desde logo, deve ser considerada como cardiopatia grave, com todas as injunções legais.

Ficam estabelecidos que a cardiopatia crônica é grave quando limita, progressivamente, a capacidade funcional e profissional, não obstante clínico e/ou cirúrgico adequado, ou quando pode induzir à morte prematura. A limitação de que trata o conceito é definida habitualmente pela presença de uma ou mais das seguintes síndromes: insuficiência cardíaca, insuficiência coronária, arritmias complexas, bem como hipoxemia e manifestações de baixo débito cerebral secundárias a uma cardiopatia . Para insuficiência cardíaca e/ou coronária, classificam-se como graves as enquadradas nas Classes III e IV da classificação na NYHA e , eventualmente as da Classe II, na dependência da idade, da atividade profissional e da incapacidade de reabilitação. Sob o aspecto estritamente médico, cardiopatia grave implica tão-somente em prognóstico reservado em relação à morbidade, à história natural da cardiopatia, à qualidade de vida e à mortalidade. Do ponto de vista socioeconômico e legal, implica a impossibilidade de o paciente desempenhar uma atividade profissional em sua plenitude, comprometendo o seu padrão de vida e o de sua família, podendo, levá-la ao desamparo, na eventualidade de morte prematura.

A avaliação conjunta dos dados de exame clínico e dos complementares, na maioria dos casos, e que poderão levar uma classificação correta. Em algumas situações, um único item pode. Isoladamente, configurar cardiopatia grave:

1. Cardiopatia Isquêmica

1.1 Quadro Clínico

- Angina, Classes III e IV da NYHA e da “*Canadian Cardiovascular Society*”, apesar da terapêutica.

- Manifestações clínicas de insuficiência cardíaca
- Arritmias (associar com dados do ECG e Holter)

1.2 Electrocardiograma (repouso)

- Zona elétrica inativa (localização e magnitude)
- Alterações isquêmicas se ST-T.
- Distúrbios da condução atrioventricular e intraventricular.
- Hipertrofia ventricular esquerda
- Fibrilação atrial crônica.
- Arritmias ventriculares complexas (associar com dados do Holter)

1.3 Radiografia do Tórax

- Cardiomegalia
- Congestão venocapilar pulmonar

1.4 Teste ergométrico

- limitação capacidade funcional(<5 MET).
- Angina em carga baixa (<5 MET).
- Infradesnivelamento do segmento ST:

precoce (carga baixa
acentuado (> ou = 3 mm)
morfologia horizontal ou descendente;
múltiplas derivações;
duração prolongada (> 6 min no período de recuperação).

- Supradesnívelamento de ST, sobretudo em área não relacionada a infarto prévio:
comportamento anormal da pressão arterial diastólica (variação de PD > ou =
30 mmHG);
insuficiência cronotrópica (elevação inadequada da frequência cardíaca)
sinais de disfunção ventricular esquerda associada ao esforço;
arritmias ventriculares, desde que associados a outros sinais de resposta
isquêmica.

1.5 Cintigrafia miocárdica associada a teste ergométrico (Tálio, MIBI, Tecnésio)

- Defeitos de perfusão múltiplos ou áreas extensas (áreas hipocaptantes definitivas ou transitórias)

- Dilatação da cavidade ventricular esquerda ao esforço.
- Hiper captação pulmonar
- Fração de ejeção (FE) em repouso < ou = 0,35 (valor específico para o método)
- Comportamento anormal da FE ao exercício (variação da FE <5%).
- Motilidade parietal regional ou global anormal.

1.6 Cintigrafia miocárdica associada a dipiridamol e outros fármacos

- interpretação semelhante e definida para a cintigrafia com teste ergométrico.

1.7 Ecocardiograma (em repouso)

- Fração de ejeção < ou = 0,40 (valor específico para o método)
- Alterações segmentares da contratilidade ventricular
- Dilatação das câmaras esquerdas, especialmente se associada à hipertrofia

ventricular esquerda

- Complicações associadas: disfunção do músculo papilares, insuficiência mitral, comunicação interventricular, pseudo-aneurismas, aneurismas, trombos intracavitários.

1.8 Associado a esforço ou procedimentos farmacológicos

- Aparecimentos de alterações da contabilidade segmentar inexistentes no Eco em repouso

- Acentuação das alterações de contratilidade preexistentes
- Comportamento anormal da FE ao exercício (variação da FE < 5%)

1.9 Electrocardiografia dinâmica (Holter)

- Alterações isquêmicas (ST-T) associados a dor anginosa ou sintomas de disfunção ventricular esquerda

1.10 Cinecoronarioventriculografia

- Lesão de tronco de coronária esquerda > ou = 50%
- Lesões tri-arteriais moderadas a importantes (> ou = 70% do terço proximal ou médio), e eventualmente do leito distal dependendo da massa miocárdica envolvida
- Lesões bi ou unilaterais > ou = 70%, com grande massa miocárdica em risco
- Fração de ejeção < ou 0,40.
- Hipertrofia e dilatação ventricular esquerdas
- Áreas significantes de acinesia, hipocinesia e discinesia
- Aneurisma de ventrículo esquerdo
- Complicações mecânicas; insuficiência mitral, comunicação interventricular

1.11 Fatores de riscos e condições associadas

- idade > 70 anos, hipertensão, diabetes, hipercolesterolemia familiar
- Vasculopatia ateroscleróticos importantes em outros territórios (central, periférica)

1.12 Pós-infarto do miocárdio

- disfunção ventricular esquerda (arcas de acinesia, hipocinesia e discinesia)
- Isquemia a distância (em outra área que não a do infarto)
- Arritmias ventriculares complexas
- idade avançada
- condições associadas

IMPORTANTE: Quando o tratamento adequado-clínico, intervencionista ou cirúrgico melhorara ou abolir as alterações acima descritas, o conceito de gravidade deve ser reconsiderado e reavaliado.

2. Cardiopatias Hipertensivas

Do ponto de vista exclusivamente de cifras, é considerada grave a hipertensão arterial > ou 200/115 mmHg, não obstante tratamento adequado. Se a pressão diastólica for menor do que 110 mmHg e acompanhada de danos a órgão(s)-alvo, é definida como cifra baixa complicada. Se a pressão diastólica for > ou = 110 mmHg e acompanhada de dano a órgão(s)-alvo, é definida como cifra alta complicada.

Os órgão(s)-alvo que podem ser comprometidos por uma cifra alta complicada. Os órgão(s)-alvos que podem ser comprometidos por uma cifra baixa durante longo tempo, ou por cifras altas durante curto tempo, são o coração, o cérebro, os rins, as artérias periféricas e a retina.

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

Na cardiopatia hipertensiva, a gravidade é caracterizada pela presença das seguintes condições:

- hipertrofia ventricular esquerda detectada pelo ECG ou ecocardiograma, que não regride com o tratamento;
- disfunção ventricular esquerda sistólica, com fração de ejeção < ou = 0,40;
- arritmias supraventriculares e ventriculares relacionadas à hipertensão arterial.
- cardiopatia isquêmica associada.

A cardiopatia hipertensiva é agravada, ainda pelo comprometimento de outros órgão(s)-alvo, como abaixo discriminado:

- Em relação cérebro; isquemia cerebral transitória, acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico;
- Em relação aos rins: creatina > 3,0 mg/dl;
- Em relação as artérias periféricas: aneurisma e/ou dissecação da aorta, trombose arterial periférica, estenose de carótida > ou = 70%
- Em relação a retina: hemorragias, exsudato e papiledema, especialmente quando não regridem com tratamento adequado.

3. Miocardiopatias

3.1 Miocardiopatias hipertróficas

- História familiar de morte súbita
- Paciente sintomática, especialmente história de síncope, angina, insuficiência cardíaca e embolia sistêmica
- Diagnóstico de infância (baixa idade)
- Hipertrofia moderada ou severa, com alterações isquêmicas de ST-T
- Cardiomegalia
- Disfunção ventricular esquerda sistólica
- Fibrilação atrial
- Síndrome de Wolff Parkinson-White
- Arritmias ventriculares complexas
- Regurgitação mitral importantes
- doença arterial coronária associada
- Forma obstrutiva com gradiente de via de saída > ou = 50 mmHg

3.2 Miocardiopatias dilatadas

- Histórias de fenômenos tromboembólicos
- Cardiomegalia importante
- Ritmo de galope (B3)
- Insuficiência cardíaca, Classe funcional III e IV
- Fração de ejeção < ou = 0,30
- Fibrilação atrial
- Arritmias ventriculares complexas
- Distúrbios da condução intra ventricular

3.3 Miocardiopatia restritiva (endomiocardiofibrose, fibroelastose)

- História de fenômenos tromboembólicos
- Cardiomegalia
- Insuficiência cardíaca, Classe funcional II e IV

- Fibrose acentuada
- Regurgitação mitral e/ou tricúspide importantes

3.4 Cardiopatia chagásica crônica

- História de síncope e/ou fenômenos tromboembólicos
- Cardiomegalia acentuada
- Insuficiência cardíaca, classe funcional III e IV
- Fibrilação arterial
- Arritmias ventriculares complexas
- Bloqueio bi ou trifascicular sintomática

- Bloqueio atrioventricular de grau avançado

4. Valvopatias

4.1 Insuficiência mitral

4.1.1. Quadro clínico

- Insuficiência cardíaca, classe funcional III e IV
- Frêmito sistólico palpável na região da ponta
- Primeira bulha inaudível ou acentuadamente hipofonética no foco mitral
- Sopro holossistólico no foco mitral, de intensidade $> 3/6$, com irradiação em faixa

ou

círculo

- Segunda bulha hiperfonética no foco pulmonar
- Desdobramento amplo e constante da segunda bulha no foco pulmonar

4.1.2. Estudo radiológico

- Sinais progressivos de sobrecarga atrial e ventricular esquerdas
- Fibrilação atrial

4.1.3. Estudo radiológico

- Aumento acentuado da área cardíaca, com predominância das cavidades esquerdas
- Sinais de congestão venocapilar pulmonar
- Sinais de hipertensão pulmonar

4.1.4. Ecocardiograma

- presença de jato regurgitante de grande magnitude
- Comprometimento progressivo da função ventricular sistólica
- Aumento significativo do diâmetro sistólico do ventrículo esquerdo
- Inversão do fluxo sistólico em veia pulmonar
- Sinais de hipertensão pulmonar

4.1.5. Hemodinâmica e angiografia

- Onda "V" com valor > 3 vezes, em relação à média do capilar pulmonar:
- Opacificação do átrio esquerdo, igual ou maior a do ventrículo esquerdo: graus III e

IV da

classificação de Sellers.

- Fração de regurgitação $> 60\%$ (FR = volume de regurgitação / volume sistólico total).

4.2 Estenose mitral

4.2.1 Quadro Clínico

- História de comissurotomia mitral prévia
- Fenômenos Tromboembólicos
- Insuficiência cardíaca, Classe funcional III e IV
- Episódios de edema pulmonar agudo
- Escarros hemoptóicos
- Fibrilação atrial
- Estalido de abertura da valva mitral precoce
- Impulsão sistólica de ventrículo direito
- Segunda bulha hiperfonética no foco pulmonar
- Sinais de insuficiência tricúspide

4.2.2. Eletrocardiograma

- Fibrilação atrial
- Sinais de sobrecarga de câmaras diretas

4.2.3 Estudo radiográfico

- Inversão do padrão vascular pulmonar
- Sinais de hipertensão venocapilar pulmonar
- Sinais de hipertensão arteriolar pulmonar

4.2.4 Ecocardiograma

- Área valvar < 1,0 CM².
- Tempo de ½ pressão > 200 ms
- Gradiente transvalvar mitral médio > 15 mmHg
- Sinais de hipertensão pulmonar (pressão sistólica da artéria pulmonar > 50 mmHg)
- Presença de trombo no átrio esquerdo

4.2.5 Hemodinâmica

- Área valvar < 1,0 cm²
- Gradiente diastólico mitral médio > 15 mmHg
- Pressão média de capilar pulmonar ou de átrio esquerdo > 20 mmHg
- Pressão sistólica da artéria pulmonar > 50 mmHg

4.3 Insuficiência aórtica

4.3.1 Quadro clínico

- Insuficiência cardíaca, Classe funcional III e IV
- Manifestações de baixo débito cerebral (tontura, lipotímia, síncope)
- Síndrome de Marfan associada
- Presença de galope ventricular
- Sopro de Austin-Flint na ponta
- Ictus hiperkinético, deslocado extremamente
- Pressão diastólica próxima a zero
- Queda progressiva da pressão sistólica

4.3.2 Eletrocardiograma

- Sinais de sobrecarga ventricular esquerda com onda T negativa em precordiais

esquerdas

- Sinais de sobrecarga atrial esquerda
- Fibrilação atrial

4.3.3 Estudo radiográfico

esquerdo (aspecto em “bota”)

- Dilatação da aorta ascendente, de croça e de segmento descendente.
- Dilatação do átrio esquerdo

4.3.4 Ecocardiograma

- Jato regurgitante AO/VE largo extenso
- Fluxo reverso holodiastólico da aorta descendente
- Abertura valvar mitral ocorrendo somente com a sístole atrial
- Piora progressiva dos parâmetros de função ventricular esquerda
- Queda da fração de ejeção ao ecocardiograma de esforço

4.3.5 Medicina nuclear associada a teste ergométrico

- Comportamento anormal da fração de ejeção

4.3.6 Hemodinâmica e angiografia

aortoventriculares

- Pressão diastólicas final do Ventrículo esquerdo (Pd?VE) elevada (> ou = 20

mmHg)

- Opacificação igual ou mais densa do ventrículo esquerdo em comparação com a aorta, durante aortografia (graus III e IV de Sellers).]

- Fração de regurgitação > ou = 60 mmHg.

4.4 Estenose aórtica

4.4.1 Quadro clínico

- Sintomas de baixo débito cerebral (tontura, lipotímia, síncope)
- Angina no peito
- Presença de terceira bulha
- Insuficiência cardíaca
- Pressão arterial
- Pico tardio de intensidade máxima do sopro
- Desdobramento paradoxal da segunda bulha
- Fibrilação atrial

4.4.2 Electrocardiografia

- Sinais de sobrecarga ventricular esquerda importante, com infradesnívelamento de ST e onda T negativa em precordiais esquerdas

- Sobrecarga atrial esquerda
- Fibrilação atrial
- Arritmias ventriculares
- Bloqueio atrioventricular total

4.4.3 Ecocardiograma

- Área valvar < ou = 0,75 cm²
- Gradiente médio de pressão transvalvar aórtica > ou 50 mmHg
- Gradiente máximo > ou = 70 mmHg
- Sinais de hipocinesia esquerda

4.4.4 Hemodinâmica

- Área valvar < ou 0,75 cm²
- Hipocinesia ventricular esquerda
- Coronariopatia associada

4.4.5 Prolapso valvar mitral

- História familiar de morte súbita
- História de síncope
- Fenômenos trombo-embólicos
- Síndrome de Marfan associada
- Arritmias ventriculares complexas
- Fibrilação atrial
- Disfunção Ventricular esquerda
- Regurgitação mitral importante
- Prolapso valvar tricúspide associado
- Cardiomegalia (aumento de câmaras esquerdas)

- Rotura de cordoalhas tendíneas

5. Cardiopatias Congênitas

Caracterizam-se como graves as cardiopatias congênitas que apresentam:

5.1 do ponto de vista clínico

- Crises hipoxêmicas
- Insuficiência cardíaca (Classes III e IV)
- Hemoptises, pela presença de circulação colateral brônquica
- Arritmias de difícil controle e potencialmente malignas

5.2 Do ponto de vista anatômico

- Doença arterial pulmonar
- Necrose miocárdica por doenças coronária ou origem anômala das artérias

coronárias

- Drenagem anômala total infracardíaca ou com obstrução severas de conexão das veias pulmonares com as sistêmicas

- Hipotrofia ventricular direita
- Agenesias valvares (pulmonar e aórtica)
- Hipoplasia ou atresia de valvas pulmonares, aórticas e mitral
- Hipoplasia ou atresia do coração esquerdo
- Estenose mitral

- Transposição das grandes artérias com hiper-resistência pulmonar ou ausência de comunicações

- Ventricúlos únicos com atresias valvares
- Ectopias cardíacas com alterações múltiplas
- Cardiopatias complexas

5.3 Do ponto de vista anatomofuncional

- Sobrecargas diastólicas ventriculares associadas à hipocontratibilidade ventricular acentuada, com manifestações clínicas
- Sobrecargas sistólicas ventriculares com hipertrofia importante e desproporcionada ou com miocardioesclerose e manifestações clínicas

- Cardiopatias hipertróficas acentuadas, com manifestações clínicas

6. Arritmias Cardíacas

Constituem-se característica de maior gravidade:

Disfunção do nó sinusal sintomática, com comprovada correlação sintomas arritmias, e especialmente em presença de síndrome bradi-taquiarritmia.

6.1 Bradiarritmias

- Bloqueio atrioventricular (BAV) de 2º grau, tipo II, ou BAV avançado

- Bloqueio atrioventricular total:

. Sintomático

. com resposta cronotrópica inadequada ao esforço

. com cardiomegalia progressiva

. com insuficiência cardíaca

- Fibrilação atrial com resposta ventricular baixa

- Bloqueios de ramo (direito ou esquerdo), permanentes ou alternantes, sintomáticos, (claudicação cerebral ou insuficiência cardíaca)

6.2 Taquiarritmias

- Taquicardias ventriculares sintomáticas (claudicação cerebral e/ou comprometimento hemodinâmico) de qualquer etiologia

- Taquicardias supraventriculares sintomáticas (claudicação cerebral, comprometimento hemodinâmico) de qualquer etiologia

- Taquicardias supraventriculares sintomáticas (claudicação cerebral comprometimento hemodinâmico, taquicardiomiopatia, fenômenos trombo-embólicos) desencadeados por qualquer mecanismo

Síndrome de pré-excitação, com alto risco de morte súbita, determinado por estudos invasivo. Portadores de marcapasso cardíaco definitivo (antibradi ou antitaquicardia), cuja capacidade funcional se mantém limitada pela cardiopatia subjacente.

7. Cor pulmonale Crônico

7.1 Quadro clínico

- manifestações de hipoxia cerebral e periférica (dedos em vaqueta de tambor)

- Insuficiência cardíaca direita

- Dores anginosas

- Crises sincopais

- Hiperfonese clangorosa da Segunda bulha no foco pulmonar

- Galope ventricular direto (B3)

- $PO_2 < 60$ mmHg; $PCO_2 > 50$ mmHg

7.2 Electrocardiograma

- sinais de sobrecarga importante de câmaras direitas

7.3 Electrocardiografia

- Hipertrofia ventricular direita com disfunção diastólica e/ou sistólica

- grande dilatação do átrio direito

- Pressão sistólica em artéria pulmonar, calculada a partir das pressões do VD e AD,

> ou = 60 mmHg

- Insuficiência tricúspide importante

- Inversão do fluxo venoso na sístole atrial

7.4 Electrocardiografia

- Dilatação do tronco da artéria pulmonar

- Dilatação do ventrículo direito

- Dilatação do átrio direito

- Pressão na artéria pulmonar > ou = 60 mmHg

- Pressão do átrio direito > 15 mmHg

- Insuficiência pulmonar

- Insuficiência tricúspide

II – Alineação Mental

Considera-se alinação mental o estado mental consequente a uma doença psíquica em que ocorre uma deterioração dos processos cognitivos, de caráter transitória ou permanente, de tal forma que o indivíduo acometido torna-se incapaz de responder legalmente por seus atos na vida social, mostrando-se inteiramente dependente de terceiros no que tange às diversas responsabilidades exigidas pelo convívio em sociedade. O alineado mental pode representar riscos para si e para terceiros, sendo impedindo por isso de qualquer atividade funcional, devendo ser

obrigatoriamente interdita judicialmente. Em alguns casos, torna-se necessária a sua internação em hospitais especializados visando, com o tratamento, à sua proteção e à da sociedade.

É importante que se faça algumas ponderações. Considerar um indivíduo como alienado mental é decretar sua morte social, já que a interdição ou curatela é uma sentença de morte social é sua inserção na sociedade enquanto participante de um pacto social, como ser social é sua inserção na sociedade enquanto participante de um pacto social, no qual os indivíduos se obrigam (por força de lei ao respeito mútuo, à observância de direitos e deveres para com a sociedade, um alineado mental será excluído de tal definição de homem. É por força da lei que intima os indivíduos a uma postura de respeito aos seus pares na vida social. Aplicar a lei, quando diante de um ilícito, significa reconvocar infrator ao mundo dos homens; significa não permitir a “lei da selva”, onde tudo pode; significa não permitir um retorno à animalidade. A aplicação da lei é uma exigência e uma necessidade que o homem as impõe se quer pensar-se homem. Aqui, trata-se de necessidade enquanto conceito de lógica, isto é, deixa de fazer parte dela ao ser impedido de submeter-se aos desígnios da lei. Deixa de ser sujeito de suas ações para tornar-se objeto das ações de outros.

A definição de alguém como alienado mental exige uma enorme responsabilidade do médico-perito. Para além das benesses pecuniárias que o enquadramento no artigo 116 da lei 1972/72 possa acenar, deve, antes de tudo, o perito examinar e refletir a sentença que estará aplicando: a exclusão de um indivíduo do mundo dos homens e sua alineação num mundo à parte.

Nunca é demais lembrar a possibilidade de se recorrer a uma simples procuração quando um indivíduo se encontra impossibilitado de gerir sua vida econômica (nas fases críticas de um quadro psicótico, por exemplo). A curatela deve deixar-se exclusivamente para os casos em que não há possibilidades de recuperação da faculdade de juízo por parte do doente, ou a crise se mostra tão intensa que indica a necessidade de interdição.

Mesmo diante de quadros psicóticos graves (esquizofrenia, PMD, paranóia, por exemplo) ou quadros confusionais com grandes alterações da consciência (infecciosos, vasculares, tóxicos, degenerativos ou mistos), o perito deve examinar e avaliar com bastante rigor se é conveniente e apropriado o enquadramento do indivíduo como alineado mental. O simples diagnóstico de tais quadros não são indicativos do enquadramento.

Quadros possíveis de enquadramento

Além dos mencionados, são possíveis de enquadramento os casos graves de epilepsia (onde predominam sintomas de demenciação) e das demências de uma maneira geral, (arteriosclerótica, Alzheimer, Pick etc.). A doença de Parkinson é enquadrável no artigo 116, porém não é caso de alienação mental (só passa a preencher os critérios, quando em fase adiantada surgirem sinais de demenciação).

Quadros não-possíveis de enquadramento

Os déficits qualitativos da personalidade (personalidades sociopáticas) ou transtornos constitucionais da personalidade (esquizóides, paranóides etc.) não são suficientes para um enquadramento como alienação mental.

Os casos neuróticos (mesmo os mais graves) não devem ser enquadrados. Nesses casos, deve-se preferir a “procuração” quando os indivíduos se mostrarem incapazes para a prática dos atos da vida civil, evidentemente para as situações que tal expedientes se aplica.

Revisão de aposentados por doença mental

Todos os casos de aposentadoria por doença mental que tenham ocorrido por decurso do prazo de licença para tratamento de saúde (prazo-limite de 2 anos) devem ser reconvocados num prazo máximo de 2 anos para verificação da cessação ou não por motivos que ocasionaram a referida aposentadoria.

Todos os casos de enquadramento em alineação mental devem também ser reexaminados por junta médica, num prazo-limite de 2 anos, a partir da data da concessão da aposentadoria, que determinará a permanência do enquadramento ou a sua cessação.

Considerações

Os profissionais que lidam com a doença mental sabem o quanto é difícil se estabelecer critérios rígidos e objetivos na avaliação dos casos psiquiátricos que chegam para exame médico-pericial, seja na hora de estabelecer um prazo de licença ou definir uma aposentadoria, as dificuldades são enormes. Porém, é importante aprimoramos cada vez mais esses critérios, de tal forma que nossas decisões sejam embasadas em limites técnicos-científicos evitando o “subjetivismo” nas decisões médico-periciais.

Nos casos das neuroses, devem ser evitadas as licenças prolongadas, que não trazem qualquer benefício clínico para o paciente. Ao indivíduo acometido com um medicamentoso, sem que abandone suas atividades laborativas. Nunca é demais lembra que a neurose só tende a cristalizar-se quando o indivíduo aufere ganhos com comportamento paternalista, ou melhor, “maternalista”. por parte do perito, ao invés de ajudar, prejudica a saúde do servidor. Trabalho não é causa de doença neurótica e nem aumenta a neurose de ninguém. Por outro lado, os sintomas neuróticos tendem a aumentar quando o servidor é contemplado com licenças longas e desnecessárias, beneficiando-se, assim da sua doença.

III – Cegueira

Para fins de enquadramento, existem casos de acentuada diminuição da acuidade visual após correção que são equiparadas à cegueira. Considerando-se esses limites:

- “0,05” em cada um dos olhos; ou
- “0” em um olho e até “0,20” no outro.

Os casos de perda de visão transitória não poderão ser considerados para esse critério, que só será estabelecido quando de deficiência visual por afecção crônica, progressiva e irreversível e que venha a ocasionar cegueira total ou lesão equipara à cegueira.

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

IV – Formas avançadas de doença de Paget – Osteíte Deformante.

A osteíte deformante evolui de modo crônico progressivo em duas fases:

Fase ativa ou osteoporótica, caracterizada por formações de tecidos ósseo ricamente vascularizado.

Fase relativa inatividade, na qual há formação de tecido ósseo denso e menos vascularizado (Stephen N. Krane).

Conceitua-se como formas avançadas da doença de Paget:

- Formas com lesões ósseas generalizadas, fraturas espontâneas e manifestações dolorosas múltiplas;
- Formas acompanhadas de insuficiência cardíaca com débito elevado.

Do mesmo modo que essas formas avançadas, beneficiam-se também das vantagens da Lei as formas complicadas de transformações sarcomatosas.

As formas localizadas e assintomáticas não se incluem entre aquelas amparadas em lei devido a não serem invalidantes.

V – Paralisia irreversível incapacitante

A paralisia de um músculo ou grupo de músculo não apresenta por si só motivo para concessão das vantagens da Lei e muitas vezes não leva nem à incapacidade. É preciso que, diagnosticada, seja considerada irreversível, após esgotadas todas as medidas terapêuticas disponíveis e esteja localizada de modo a impedir o exercício da atividade inerente ao cargo.

VI – Neoplasias malignas

O exame médico-pericial tem por objetivo a verificação:

- da diagnóstico da neoplasia através de exame histopatológico ou citológico
- da extensão da doença e da presença de metástases
- da tratabilidade cirúrgica, quimioterápica ou radioterápica
- do prognóstico da evolução da doença
- do grau de incapacidade parcial ou total, temporária ou permanente
- da correlação da incapacidade com a função do servidor

No caso de a incapacidade levar à aposentadoria, deve-se fazer a distinção entre incapacidade por persistência da doença neoplásica e as decorrentes das sequelas do tratamento. Somente a primeira hipótese é enquadrável no artigo 116. inciso I, letra b.

As neoplasias que após o tratamento propiciarem um longo período assintomático permitem o retorno ao trabalho, mesmo sem cura.

VII – Espondilartose Anquilosante

Conceitua-se com anquilose a rigidez ou fixação de uma articulação e como anquilose óssea ou verdadeira a fixação completa de mesma devida a fusão dos ossos.

A doença articular da coluna vertebral que levá à anquilose, levando à imobilidade completa da mesma, é uma entidade patológica rara, denominada “espondilite reumatóide ou espondilite anquilosante (doença de Pierre Marie Strumpell)”, de etiologia desconhecida de natureza inflamatória e evolução progressiva. O enquadramento em lei deve ser realizado quando há invalidez total para o cargo do servidor.

Formais iniciais ou que não trazem incapacidade para o trabalho não são possíveis de aposentadoria.

As doenças degenerativas da coluna, as osteoartroses, não preenchem as situações expressas em lei.

VIII – Nefropatia grave

Na avaliação da gravidade de nefropatia e do grau de incapacidade que podem acarretar, devem ser levadas em consideração:

- Sintomas clínicos

- alterações bioquímicas

Em decorrência, será considerada nefropatia grave a enfermidade de evolução aguda ou crônica, que, em caráter transitório ou permanente, acomete por tal forma o rim, a ponto de ocasionar grave insuficiência renal e/ou acarretar risco de vida. Para a avaliação da insuficiência renal pelas alterações bioquímicas, adota-se a classificação da "American Heart Association" (1971), baseada na gravidade da perturbação funcional do rim, medida pelo clearance de creatina ou dosagem de creatina no soro. O critério primário da medida de taxa da filtração glomerular por meio de clearance é o mais precioso, mas na impossibilidade deve-se usar o critério secundário da creatina sérica.

Nota: Ver tabela 02 à seguir.

CLASSIFICAÇÃO DAS NEFROPATIAS PELA AHA (1971)			
Classe		Taxa de filtração	creatinina sérica
A	Primário Secundário	Normal	Normal
B	Primário Secundário	Reduzida a 50%	Normal a 2,4 mg%
C	Primário Secundário	Reduzida entre 20 a 50%	Entre 2,5mg a 4,9mg
D	Primário Secundário	Reduzida entre 10 a 20%	Entre 5,0mg a 7,9mg%
E	Primário Secundário	Menor que 10%	Entre 8mg e 12 mg%
F	Primário Secundário	Inferior a 5%	Superior a 12 mg%

Tabela 02: São consideradas **nefropatias graves**:

- as nefropatias incluídas nas classes **C a F da classificação de AHA, independente dos sintomas clínicos**;
- as nefropatias incluídas na classe B, sempre que acompanhadas de sintomas considerados graves.

IX – Doença de Parkinson

Doença decorrente de um comprometimento do sistema nervoso extrapiramidal, identificável por uma tríade de manifestações : tremor, rigidez muscular e perdas dos reflexos posturais, não sendo possível, todavia, na maioria dos casos, 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 por Síndrome de Parkinson ou parkinsonismo secundário.

Ambas as formas clínicas satisfazem o critério da legislação, exigindo apenas o reconhecimento da incapacidade laborativa e/ou invalidez, verificada com o impedimento do desempenho das atividades inerentes ao cargo e da impossibilidade de controle terapêutico da doença.

Não se incluem nos dispositivos da lei as formas de parkinsonismo secundários, de caráter transitório ocasionando por medicamentos, cujo quadro clínico regride com suspensão da droga.

X – Tuberculose ativa

Considerando, na atualidade, a grande possibilidade de cura dos processos tuberculosos quando diagnosticada em fase precoce e, habitualmente, o bom potencial evolutivo de suas lesões se corretamente tratadas, torna-se fundamental a avaliação da fase evolutiva da doença ou condição de "atividade" destas lesões, pois saber sobre tais fatos vai nos permitir estabelecer a noção de cura ou se há boa resposta ao tratamento.

O reconhecimento do acima exposto é absolutamente necessário para os objetivos sociais, administrativos, humanos e particularmente perícias que envolvem essa doença, já que a incapacidade por ela causada por ser temporária ou permanente, e esses também servirão de base para a admissão, o afastamento do trabalho ou a aposentadoria em condições especiais.

A Presença da doença, por si só, não significa a existência de incapacidade laborativa, o que importa é a sua repercussão geral do indivíduo e na sua capacidade de desempenho das atividades q que se destina.

Ficam abrangidos nessa particularidade legal aqueles indivíduos que por infortúnio tenham adquirido ou venham a desenvolver formas resistentes de bacilos da tuberculose, assim refratários aos esquemas terapêuticas existentes, ou aqueles que, na cura, por consequência da resolução cicatricial do processo, possam ter desenvolvido grande limitação funcional que comprometeria sua capacidade para o trabalho fragilizando seu organismo pela doença.

As lesões tuberculosas podem ser classificadas da seguinte maneira:

- ativas: progressivas, regressivas, ou crônicas
- inativas
- com atividade indeterminada ou de potencial evolutivo incerto

- curadas

1 - 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) nem certo período de tempo.

Para avaliação do potencial de atividade das lesões tuberculosas consideraremos como lesões ativas aquelas que preencheram, principalmente do ponto de vista bacteriológico e radiológico, as seguintes exigências:

- Bacteriológico: presença no exame direto ou na cultura, de qualquer secreção ou material de biópsia, do M, tuberculosis. O diagnóstico bacteriológico é realizado na rotina médica por meio de baciloscopia e cultura, para resultados mais fidedignos é recomendada a execução de pelo menos 3 exames em amostras diferentes ou o exame material colhido durante 24 horas. Caso não haja expectoração, outras técnicas devem ser empregadas – exame direto e cultura do material da biópsia ou do lavado bronquíolo-alveolar. A inoculação nas cobaias fica reservada para os casos muito especiais, onde possam haver dúvidas na identificação do bacilo.

- Radiológico: deverão ser valorizados: o caráter infiltrativo – inflamatório – das lesões, traduzido pela presença de reação perifocal, instabilidade dessas demonstradas nas radiografias em série, presença de cavidades com paredes espessas com ou sem líquido no seu interior, importante reação inflamatória perifocal, presença de derrame pleural associado ou não a complexo gânglio-pulmonar recente.

- Clínico: em algumas situações podemos considerar uma lesão como ativa mesmo na ausência de comprovação bacteriológica, isso se dá nos casos de “lesões mínimas” ou nas formas miliares, geralmente paucibacilares. Aqui, devemos valorizar os sinais e sintomas sindrômicos, o aspecto e a localização radiológica das lesões, o conhecimento do contágio conhecido e a prova tuberculínica positiva, pode ser muito difícil o achado do bacilo no exame direto das secreções pleuro-pulmonares.

Assim, exceto nos casos em que tenha ocorrido, ao final de vários testes terapêuticos, comprovada resistência bacilar aos esquemas usado ou, nos casos em que por consequência da resolução fibro-cicatrizial de cura, tenha ocorrido importante limitação funcional respiratória (superior a 55% do volume corrente ou da capacidade pulmonar total), que, portanto imponham importante limitação física ou profilática/sanitária ao indivíduo, cogitará sobre a aposentadoria Tuberculose Pulmonar (TP).

2 – Tuberculose ganglionar

As localizações mais frequentes são as mediastínicas e nos gânglios periféricos cervicais.

Os gânglios cervicais que aumentam de volume, inicialmente apresentam-se duros, posteriormente, tendência ao amolecimento, castificando-se geralmente drenam para o exterior; o seu diagnóstico é feito pela biópsia geralmente completada por exame histopatológico e bacteriológico desse material. Essa forma de apresentação de doença é relativamente rara e dificilmente causará incapacidade permanente.

3 – Tuberculose renal

O diagnóstico etimológico da atividade e da cura do comprometimento renal pela tuberculose é realizada pelos seguintes exames:

- Bacteriológico: comprovado, por meio de baciloscopia direta, cultura ou inoculação em animais sensíveis, da urina ou de material colhido por endoscopia ou punção, a presença do M. Tuberculosis.

A urina deve ser a primeira da manhã e os exames repetidos em 6 amostras independentes. “A comprovação bacteriológica é a única que pode afirmar o diagnóstico e a atividades das lesões, mas nesses casos, só é positiva com 50% dos examinados.

- Radiológico: quando revela alterações renais, com lesões dos cálices (que podem chegar até a destruição total desses), dos bacinetes e/ou ureteres.

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

4 – Tuberculose óssea

As localizações mais frequentes são vertebral e depois coxo-femural.

No mal de pott, além dos sinais clínicos de dor e infecção geral não há radiologia, o aparecimento de lesões destrutivas de aspecto cuneiforme, estreitamento do espaço discal e fusão dos corpos vertebrais. Para a confirmação da diagnóstico de atividade devemos usar como auxiliares: radiografias, biópsias ganglionares e punção dos abscessos, sempre tentando a confirmação bacteriológica das lesões.

Nos exames para a verificação de saúde e aptidão para ingresso no serviço público, a constatação de tuberculose ativa leva, na ocasião, à inabilitação do candidato. Já, ao contrário da comprovação de lesão inativa ou residual, em si só, não inabilita o candidato. Nesses casos, entretanto, se faz necessário uma criteriosa avaliação das sequelas porventura presentes e sua repercussão sobre a capacidade laborativa atual e futura do indivíduo.

XI – Hanseníase

Definição do caso:

Um caso de hanseníase é considerado quando uma pessoa apresenta sinais clínicos da doença com ou sem confirmação bacteriológica do diagnóstico.

São consideradas 4(quatro) formas clínicas: indeterminada, tuberculóide, dimorfa e virchowiana.

Atualmente, o diagnóstico de hanseníase baseia-se fundamentalmente no exame clínico e na baciloscopia, que nos fornece o Índice Baciloscópico (IB), levando a classificar os pacientes em paucibacilares e multibacilares. De acordo com esse critério, será instituído o seguinte tratamento: 6(seis) meses para o paucibacilares e 24 (vinte e quatro) meses para o multibacilares.

a)Paucibacilares

- Critério clínicos: pacientes classificados como indeterminados e tuberculóides, segundo a classificação de Madri.

- Critérios baciloscópicos: pacientes com todos os esfregaços negativos (Índice Baciloscópico igual a zero – IB = 0), ou baciloscopia negativa.

b)Multibacilares:

- Critérios Clínicos: pacientes classificados como virchowianos, dimorfos ou não-classificados.

- Critérios baciloscópico: pacientes com baciloscopia positiva (+,++,+++ em que qualquer esfregaço examinado, ou seja, qualquer resultado diferente do negativo. A doença por si só, não leva a pessoa a ser afastada de suas atividades laboratoriais, uma vez que ao iniciar a terapia específica (poliquimioterapia), o portador bacilífero torna-se não contagiante logo na terceira semana de tratamento. Em algumas avaliações por especialistas, os casos multibacilares poderão ser afastados de suas atividades por período de 3 (três) semanas.

O que pode levar ao afastamento das atividades laborativas são os casos de episódios racionais (Reação tipo I e II), com sintomas gerais: febre, mal estar geral, neurites agudas ou sub-agudas, levando a dor, alteração da sensibilidade (parestesias e hipoestésias) e diminuição da força muscular e/ou da precisão de movimentos, o que leva à incapacidade temporária ou definitiva, podendo ser avaliadas por especialistas como dermatologistas, neurologistas, terapeuta ocupacional, fisioterapeutas e outros.

Avaliação dos graus de incapacidade

Todos os doentes de hanseníase, independente da forma clínica, deverão ser avaliados no momento do diagnóstico e, no mínimo uma vez ao ano, classificados quanto ao grau de incapacidade física que apresentam. Toda a atenção deve ser dada ao comprometimento neural e, para tanto, os profissionais de saúde e pacientes devem ser orientados para uma atitude de vigilância d potencial incapacitante da hanseníase.

Nota: Ver tabela 03 e 04 à seguir.

Graus	MÃO			PÉ			OLHO		
	Sinais sintomas	E	D	Sinais e/ou sintomas	E	D	Sinais e/ou sintomas	E	D
0	Nenhum problema com as mãos devido à hanseníase			Nenhum problemas com os pés devido à hanseníase			Nenhum problema com os olhos devido à hanseníase		
1	Anestesia			Anestesia			Sensibilidade corneana diminuída ou ausente		
2	Úlceras e lesões traumáticas, garra móvel da mão, reabsorção discreta			Úlceras trópicas, garras dos antelhos, é caído, reabsorção discreta			Lagoftalmo e/ou ectrópio, triquiase, opacidade corneana		
3	Mão caída, articulação anquilosada, reabsorção intensa			Contratura, reabsorção intensa			Acuidade visual menor que 0,1, ou não conta dedos a 6 metros		
Soma	Maior grau atribuído								

Tabela 03

	Sim	Não
Comprometimento da laringe		
Desabamento do nariz		
Paralisia facial		

	OD	OE
Acuidade visual		

Tabela 04.

XII – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS)

Conceito(*)

A SIDA/AIDS é uma Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, causada pelo vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), podendo acometer qualquer indivíduos, mormente os que apresentam um comportamento considerado de risco, resultando em infecções oportunistas, doenças malignas e lesões neurológicas.

Classificação

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

Quanto as manifestações clínicas, os pacientes podem ser classificados nas seguintes categorias:

1. Categoria A: Indivíduos com sorologia positiva para o HIV, sem apresentar sintomas clínicos:

1.1 Infecção assintomática pelo HIV

1.2 Linfadenopatia generalizada persistente-Linfadenomegalia, envolvendo duas ou mais regiões extra-inguinais, com duração de pelo menos 3(três) meses, associados à sorologia positiva para o HIV

1.3 Infecção aguda (primária) pelo HIV – Síndrome de mononucleose, caracterizada por febre, Linfadenomegalia e esplenomegalia. A sorologia para o HIV é negativa, tornando-se positiva geralmente duas ou três semanas após o início do quadro clínico

2. Categoria B : Indivíduos com sorologia positiva para o HIV, Sintomáticos, que não estejam incluídos na Categoria C, mas que apresentem infecções oportunistas e neoplasias:

2.1 anginotose bacilar

2.2 candidíase vulvovaginal persistente de mais de mês, que não corresponde ao tratamento específico

2.3 candidíase orofaríngea

2.4 sintomas constitucionais (febre acima de 38,5°C ou diarreia com mais de um mês de duração

2.5 displasia cervical (moderada ou grave) / carcinoma cervical in situ

2.6 leucoplaquia pilosa oral

2.7 herpes zoster envolvendo pelo menos dois episódios independentes ou mais de um dermatomo

2.8 púrpura trombocitopênia idiopática

2.9 listeriose

2.10 doença inflamatória pélvica, principalmente se for complicada por abscesso tobovariano

2.11 neuropatia periférica

3. Categoria C (SIDA/AIDS); pacientes soropositivas e sintomáticas, que apresentam infecções oportunistas ou neoplasias (doenças que definem a SIDA/AIDS):

3.1 candidíase esofágica, traqueal brônquica ou pulmonar

3.2 coccidioidomicose, disseminada ou extrapulmonar

3.3 criptococose extrapulmonar

3.4 câncer cervical extensivo

3.5 rinite, esplenite ou hepatite por citomegalovírus

3.6 herpes simples muco cutâneo com mais de um mês de evolução

3.7 toxoplasmose disseminada

3.8 isosporíase intestinal crônica (mais de 1mês de duração)

3.9 micobacteriose atípica

3.10 tuberculose pulmonar

3.11 pneumonia por Pneumocystis carini

3.12 pneumonia recorrente com Mais de dois episódios em um ano

3.13 bacteremia recorrente por salmonella

3.14 toxoplasmose cerebral

3.15 leucoencefalopatia multifuncional progressiva

3.16 criptosporidiose intestinal crônica

3.17 sarcoma de Kaposi

3.18 linfoma de Burkiti imunoblástico ou primário de cérebro

- 3.19 encefalopatia pelo AIV
- 3.20 síndrome consumptiva pelo HIV
- 3.21 doença por citomegalovirus (À exceção do fígado, baço ou gânglios linfáticos)
retinite por citomegalovirus (com perda de visão)

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

- a) Grupo 1: Indivíduos com número absoluto de linfócitos T auxiliares (CD4) igual ao acima de 500/mm³
- b) Grupo 2: Indivíduos com número absoluto de linfócitos T auxiliares (CD4) entre 200 a 499/mm³
- c) Grupo 3: Indivíduos com número absoluto de linfócitos T auxiliares (CD4) menor que 200mm³.

TABELA DE CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA E LABORATORIAL

Grupos	T-CD4+	categorias clínicas		
		A	B	C
1	> 500 mm ³	A1	B1	C1
2	200 - 499mm ³	A2	B2	C2
3	< 200/mm ³	A3	B3	C3

Tabela 05. Obs: A3,B3,C2 e C3 são consideradas SIDA/AIDS. As demais são consideradas portadores do vírus HIV.

Critérios para enquadramento

1. Serão considerados incapazes definitivamente para o serviço os examinados classificados nas categorias A3,B3 e C (todos)
2. Serão considerados incapazes temporariamente para o serviço os examinados classificados nas categorias A1,A2,B1 e B2 na presença das manifestações clínicas incapacitantes. Deverão ser mantidos em licença para o tratamento de saúde por até dois anos, com controle trimestral. Após os dois anos de licença médica, caso permaneçam com sorologia positiva e incapacitados para o retorno ao trabalho, mesmo que readaptados em outra função, serão aposentados.
3. A revisão da aposentadoria, em qualquer situação, será feita por meio de nova inspeção médica.
4. Deverá constar, obrigatoriamente, nos laudos de aposentadoria, se o examinado é portador do vírus ou de SIDA/AIDS, mencionando, ainda, a sua classificação de acordo com o quadro acima (por exemplo: A1).