



**FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS  
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU – FUNPREV**

**CNPJ: 46.139.960/0001-38**

Rua Joaquim da Silva Martha, 13-44 – CEP 17014-010 – Bauru/SP

Fone/Fax: (14) 3227-1444

**CAPITULO II**

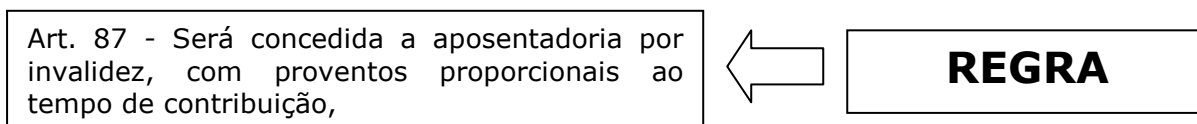
**DOENÇAS ENQUADRADAS NO ARTIGO 87 DA LEI MUNICIPAL Nº 4.830/02**

Este capítulo, descreve as patologias relacionadas na lei supracitada, que, quando presentes e dentro dos critérios aqui descritos, concedem aposentadoria integral.

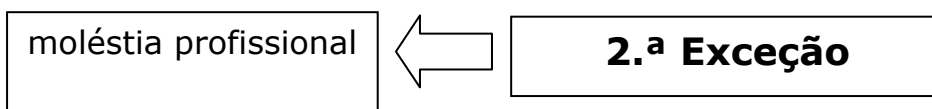
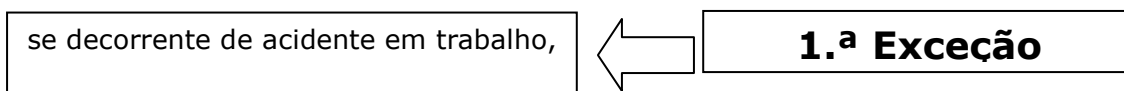
Importante ressaltar que, conforme jurisprudência pacífica do Colendo Superior Tribunal de Justiça, o rol de doenças previsto no art. 87, da Lei Municipal n.º 4.830/2.002, é taxativo, não permitindo inclusões pela interpretação.

Se o servidor portar uma doença incapacitante, e esta não estiver incluída no rol do art. 87, salvo alteração jurisprudencial, não fará jus a integralidade dos proventos, nem o afastamento da carência, se houver.

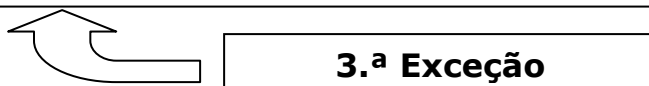
Veja-se o teor do mencionado artigo, de forma esquematizada:



**exceto**



ou doença grave, contagiosa ou incurável **a seguir descritas**: tuberculose ativa; hanseníase; alienação mental; neoplasia maligna; cegueira; paralisia irreversível e incapacitante; cardiopatia grave; doença de Parkinson; espondiloartrose anquilosante; nefropatia grave; estado avançado da doença de Paget (osteíte deformante); síndrome da deficiência imunológica adquirida - Aids; contaminação por radiação, com base em conclusão da medicina especializada; hepatopatia e esclerose múltipla.



Estando, pois, o periciando portando qualquer outra doença que não as elencadas na 1.ª, na 2.ª ou na 3.ª exceção, a aposentadoria por invalidez será proporcional.

Antes, há de ser verificado se a doença portada é de natureza permanente, caso em que, se não o for, o periciando é elegível ao procedimento da restrição funcional, prevista na legislação municipal, através da Lei Municipal n.º 5.568, de 02 de abril de 2.008, regulamentada pelo Decreto Municipal n.º 10.662, de 26 de maio de 2.008.



**FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS  
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU – FUNPREV**

**CNPJ: 46.139.960/0001-38**

Rua Joaquim da Silva Martha, 13-44 – CEP 17014-010 – Bauru/SP

Fone/Fax: (14) 3227-1444

Em se verificando que a hipótese da doença é de natureza permanente, há de se verificar a sua gênese, ou seja, a sua origem. Aí entra a análise das exceções.

O Colendo Superior Tribunal de Justiça, reiteradamente, já decidiu, conforme já aduzido, que o rol (por simetria) do art. 87, da Lei Municipal n.º 4.830/2.002, é de natureza **TAXATIVA**, ou seja, para se enquadrar na aposentadoria por invalidez permanente **com proventos integrais**, o periciando deve estar portando uma daquelas doenças previstas na 3.ª exceção (REsp 953.395/DF, Rel. Min. FELIX FISCHER, QUINTA TURMA, DJ 03.03.2008).

**ALIENAÇÃO MENTAL  
CONCEITUAÇÃO**

Alienação Mental é um estado de dissolução dos processos mentais (psíquicos) de caráter transitório ou permanente (onde o volume de alterações mentais pode levar a uma conduta anti-social), representando risco para o portador ou para terceiros, impedindo o exercício das atividades laborativas e, em alguns casos, exigindo internação hospitalar até que possa retornar ao seio familiar. Em geral estão incluídos nesta definição os quadros psicóticos (moderados ou graves), como alguns tipos de esquizofrenia, transtornos delirantes e os quadros demenciais com evidente comprometimento da cognição (consciência, memória, orientação, concentração, formação e inteligência).

Em face de diagnósticos de transtornos psicóticos, torna-se necessário avaliar a sintomatologia apresentada, a forma clínica e a fase de evolução, a fim de identificar com propriedade o enquadramento correspondente.

A **Junta Médica** deverá solicitar ao médico psiquiatra assistente a codificação da patologia com cinco itens, parecer constando as informações sobre quais sinais e/ou sintomas que invalidam o servidor para atividades laborativas e/ou para todo e qualquer ato da vida civil. À vista dessas informações, identificar nos quadros clínicos de Alienação Mental os seguintes elementos:

- a) transtorno intelectual - atinge as funções mentais em conjunto e não apenas uma delas.
- b) falta de autoconsciência - o paciente ignora o caráter patológico de seu transtorno ou tem dele uma noção parcial ou descontínua;
- c) ausência de utilidade - a perda da adaptabilidade redundando em prejuízo para o paciente e para a sociedade (Beca Soto).

A **Junta Médica** poderá identificar Alienação Mental no curso de qualquer enfermidade psiquiátrica desde que, em seu estágio evolutivo, estejam satisfeitas todas as condições abaixo discriminadas:

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

**SÃO CONSIDERADOS MEIOS HABITUAIS DE TRATAMENTO:**

- i) psicoterapia;



**FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS  
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU – FUNPREV**

**CNPJ: 46.139.960/0001-38**

Rua Joaquim da Silva Martha, 13-44 – CEP 17014-010 – Bauru/SP

Fone/Fax: (14) 3227-1444

j) psicofarmacoterapia;

l) terapêutica biológica (eletroconvulsoterapia, insulinoaterapia, etc).

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

**QUADROS CLINICOS QUE CURSAM COM A ALIENAÇÃO MENTAL**

São necessariamente casos de Alienação Mental:

m) estados de demência (senil, pré-senil, arterioesclerótica, luética, coréica, doença de Alzheimer e outras formas bem definidas);

n) psicoses esquizofrênicas nos estados crônicos;

o) paranóia e a parafrenia nos estados crônicos;

p) oligofrenias graves. São excepcionalmente considerados casos de Alienação Mental:

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

r) psicoses epilêpticas, quando comprovadamente cronificadas e resistentes à terapêutica, ou quando apresentarem elevada freqüência de surtos psicóticos;

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

**NÃO SÃO CASOS DE ALIENAÇÃO MENTAL:**

a) nenhuma forma de neurose;

b) desvios ou transtornos sexuais;

c) alcoolismo, dependência de drogas e outros tipos de dependência orgânica;

d) oligofrenias leves e moderadas;

e) psicoses do tipo reativo (reação de ajustamento, reação ao "stress");

f) psicoses orgânicas transitórias (estados confusionais reversíveis);

g) epilepsia por si só.

Os quadros psicóticos leves, controlados ou em período de remissão, não incapacitam para a vida laborativa, podendo o periciado praticar todos os atos da vida civil.

A epilepsia, quando associada (comorbidade) a casos graves de psicose, poderá ser enquadrada como alienação mental, pelo comprometimento mental da psicose.

**NORMAS DE PROCEDIMENTO DA JUNTA MÉDICA**

As Juntas Médicas deverão "preservar-se contra uma exagerada admissão de irresponsabilidade" (Prof. Nelson Hungria) e identificar nos quadros clínicos de Alienação Mental os seguintes elementos:

a) transtorno intelectual – atinge as funções mentais em conjunto e não algumas delas;

b) falta de autoconsciência – o paciente ignora o caráter patológico de seu transtorno ou tem dele uma noção parcial ou descontínua;

c) inadaptabilidade – o transtorno mental é evidenciado pela desarmonia de conduta do paciente em relação às regras relativas que dirigem a vida normal em sociedade;

d) ausência de utilidade – a perda de adaptabilidade redundará em prejuízo para o paciente e para a sociedade (Beca Soto).

**LAUDO PARA ALIENAÇÃO MENTAL:**

Para maior clareza e definição imediata da situação do periciado, deverá constar dos laudos declaratórios da invalidez do portador de Alienação Mental, os seguintes dados:

a) diagnóstico da enfermidade básica, inclusive o diagnóstico numérico, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças;



**FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS  
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU – FUNPREV**

**CNPJ: 46.139.960/0001-38**

Rua Joaquim da Silva Martha, 13-44 – CEP 17014-010 – Bauru/SP

Fone/Fax: (14) 3227-1444

- b) modalidade fenomênica;
- c) estágio evolutivo;
- d) expressão "Alienação Mental".

**CARDIOPATIA GRAVE  
CONCEITUAÇÃO**

Para o entendimento de cardiopatia grave tornam-se necessárias que o conceito englobe todas as doenças relacionadas ao coração, tanto crônicas, como agudas.

**São consideradas Cardiopatias Graves:**

- a) as cardiopatias agudas, que, habitualmente rápidas em sua evolução, tornarem-se crônicas, caracterizando uma cardiopatia grave, ou as que evoluírem para o óbito, situação que, desde logo, deve ser considerada como cardiopatia grave, com todas as injunções legais;
- b) as cardiopatias crônicas, quando limitarem, progressivamente, a capacidade física, profissional (ultrapassando os limites de eficiência dos mecanismos de compensação), não obstante o tratamento clínico e/ou cirúrgico adequado, ou quando induzirem à morte prematura.

A limitação da capacidade física, funcional e profissional é definida habitualmente pela presença de uma ou mais das seguintes síndromes: insuficiência cardíaca, insuficiência coronariana, arritmias complexas, bem como hipoxemia e manifestações de baixo débito cerebral, secundárias a uma cardiopatia.

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

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

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

- a) história clínica, com dados evolutivos da doença;
- b) exame clínico;
- c) eletrocardiograma, em repouso;
- d) eletrocardiografia dinâmica (Holter);
- e) teste ergométrico;
- f) ecocardiograma, em repouso;
- g) ecocardiograma associado a esforço ou procedimentos farmacológicos;
- h) estudo radiológico do tórax, objetivando o coração, vasos e campos pulmonares, usando um mínimo de duas incidências;



**FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS  
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU – FUNPREV**

**CNPJ: 46.139.960/0001-38**

Rua Joaquim da Silva Martha, 13-44 – CEP 17014-010 – Bauru/SP

Fone/Fax: (14) 3227-1444

- i) cintilografia miocárdica, associada a teste ergométrico (tecnásio );
- j) cintilografia miocárdica associada a dipridamol e outros fármacos;
- l) cinecoronarioventriculografia.

Nos periciados portadores de doença cardíaca, não identificável com os meios de diagnósticos citados anteriormente, deverão ser utilizados outros exames e métodos complementares, que a medicina especializada venha a exigir.

Os achados fortuitos em exames complementares especializados não são, por si só, suficientes para o enquadramento legal de Cardiopatia Grave, se não estiverem vinculados aos elementos clínicos e laboratoriais que caracterizem uma doença cardíaca incapacitante.

O quadro clínico, bem como os recursos complementares, com os sinais e sintomas que permitem estabelecer o diagnóstico de Cardiopatia Grave estão relacionados para as seguintes cardiopatias: cardiopatia isquêmica, cardiopatia hipertensiva, miocardiopatias, valvopatias, cardiopatias congênitas, arritmias e cor pulmonale crônico.

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

**AFECÇÕES OU DOENÇAS CAPAZES DE CAUSAR CARDIOPATIA GRAVE CARDIOPATIA ISQUÊMICA**

- caracterizada por:

Quadro Clínico:

- a) angina classes III e IV da NYHA e da Canadian Cardiovascular 50 Society, apesar de responder a terapêutica;
- b) manifestações clínicas de insuficiência cardíaca;
- c) arritmias (associar com dados de ECG e Holter);

Eletrocardiograma (repouso);

- a) zona elétrica inativa (localização e magnitude);
- b) alterações isquêmicas de ST- T;
- c) distúrbios de condução atrioventricular e intraventricular;
- d) hipertrofia ventricular esquerda;
- e) fibrilação atrial crônica;
- f) arritmias ventriculares complexas (associar com dados do Holter).

Radiografia do Tórax:

- a) cardiomegalia;
- b) congestão venocapilar pulmonar.

Teste ergométrico:

- a) limitação da capacidade funcional «5 met);
- b) angina, em carga baixa «5met);
- c) infradesnível do segmento ST:
  - . precoce (carga baixa);
  - . acentuado (>3mm);
  - . morfologia horizontal ou descendente;



**FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS  
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU – FUNPREV**

**CNPJ: 46.139.960/0001-38**

Rua Joaquim da Silva Martha, 13-44 – CEP 17014-010 – Bauru/SP

Fone/Fax: (14) 3227-1444

. múltiplas derivações.

- a) duração prolongada (> 6 min no período de recuperação);
- supradesnível de ST, sobretudo em área não relacionada a infarto prévio;
- b) comportamento anormal da pressão arterial diastólica (variação de PD > mm Hg);
- c) insuficiência cronotrópica (elevação inadequada da frequência cardíaca);
- d) sinais de disfunção ventricular esquerda associada ao esforço;
- e) arritmias ventriculares, desde que associadas a outros sinais de resposta isquêmica.

Cintilografia Miocárdica associada a Teste Ergométrico (Tálio, MIBI, Tecnécio)

- a) defeitos de perfusão múltiplos ou áreas extensas (áreas hipocaptantes definitivas ou transitórias);
- b) dilatação da cavidade ventricular esquerda ao esforço;
- c) hipercaptação pulmonar;
- d) fração de ejeção (FE) em repouso menor ou igual a 0,35 (valor específico para o método);
- e) comportamento anormal da FE ao exercício (variação da FE menor que 5%);
- f) motilidade parietal regional ou global anormal.

Cintilografia Miocárdica associada a Dipridamol e outros fármacos:

- a) interpretação semelhante à definida para a cintilografia com teste ergométrico.

Ecocardiograma (em repouso):

- a) fração de ejeção menor ou igual a 0,40 (valor específico para método);
- b) alterações segmentares da contratilidade ventricular;
- c) dilatação das câmaras esquerdas, especialmente se associada à hipertrofia ventricular esquerda;
- d) complicações associadas: disfunção dos músculos papilares, insuficiência mitral, comunicação interventricular, pseudo-aneurismas, aneurismas, trombos intracavitários.

Ecocardiograma associado a esforço ou procedimentos farmacológicos:

- a) aparecimento de alterações de contratilidade segmentar inexistentes no Eco em repouso;
- b) acentuação das alterações de contratilidade preexistentes;
- c) comportamento anormal da FE ao exercício (variação da FE menor que 5%).

Eletrocardiografia Dinâmica (Holter):

- a) alterações isquêmicas (ST - T) associadas à dor anginosa ou sintomas de disfunção ventricular esquerda;
- b) isquemia miocárdica silenciosa (magnitude e duração);
- c) arritmias ventriculares complexas;
- d) fibrilação atrial associada à isquemia;
- e) distúrbios de condução atrioventricular e intraventricular relacionados à isquemia.

Cinecoronarioventriculografia:

- a) lesão de tronco de coronária esquerda maior ou igual a 50%;
- b) lesões triarteriais moderadas a importantes (maior ou igual a 70% do terço proximal ou médio), e "eventualmente" do leito distal, dependendo da massa miocárdica envolvida;



**FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS  
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU – FUNPREV**

**CNPJ: 46.139.960/0001-38**

Rua Joaquim da Silva Martha, 13-44 – CEP 17014-010 – Bauru/SP

Fone/Fax: (14) 3227-1444

- c) lesões bi ou uniarteriais menor ou igual a 700/0, com grande massa miocárdica em risco;
- d) lesões ateromatosas extensas e difusas;
- e) fração de ejeção menor ou igual a 0,40%;
- f) hipertrofia ventricular esquerda e dilatação ventricular esquerda;
- g) áreas significantes de acinesia, hipocinesia e discinesia;
- h) aneurisma de ventrículo esquerdo;
- i) complicações mecânicas: insuficiência mitral, comunicação interventricular.

Fatores de risco e condições associadas:

- a) idade maior ou igual a 70 anos, hipertensão, diabetes, hipercolesterolemia familiar;
- b) vasculopatia aterosclerótica importante, em outros territórios (central, periférico).

Pós-infarto do miocárdio:

- a) disfunção ventricular esquerda (áreas de acinesia, hipocinesia e discinesia);
- b) isquemia à distância (em outra área que não a do infarto);
- c) arritmias ventriculares complexas;
- d) idade avançada;
- e) condições associadas.

**CARDIOPATIA HIPERTENSIVA** - a gravidade é caracterizada pela presença das seguintes condições:

- a) hipertensão essencial ou hipertensão secundária;
- b) hipertrofia ventricular esquerda detectada pelo ECG ou Ecocardiograma que regride com o tratamento;
- c) disfunção ventricular esquerda sistólica, com fração de ejeção menor ou igual a 0,40;
- d) arritmias supraventriculares e ventriculares relacionadas à hipertensão arterial;
- e) cardiopatia isquêmica associada.

**MIOCARDIOPATIAS MIOCARDIOPATIAS HIPERTRÓFICAS** - a gravidade é caracterizada pela presença das seguintes condições:

- a) história familiar de morte súbita;
- b) paciente sintomático, especialmente história de síncope, angina, insuficiência cardíaca e embolia sistêmica;
- c) diagnóstico na infância (baixa idade);
- d) hipertrofia moderada ou severa, com alterações isquêmicas de ST-T; cardiomegalia;
- e) disfunção ventricular esquerda sistólica e/ou diastólica;
- f) fibrilação atrial;
- g) síndrome de Wolff Parkinson White;
- h) arritmias ventriculares complexas;
- g) regurgitação mitral importante;
- h) doença arterial coronária associada;
- i) forma obstrutiva com gradiente de via de saída maior ou igual a 50 mm Hg.

**MIOCARDIOPATIAS DILATADAS** - com as seguintes características:

- a) histórias de fenômenos tromboembólicos;
- b) cardiomegalia importante;



**FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS  
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU – FUNPREV**

**CNPJ: 46.139.960/0001-38**

Rua Joaquim da Silva Martha, 13-44 – CEP 17014-010 – Bauru/SP

Fone/Fax: (14) 3227-1444

- c) ritmo de galope (B3);
- d) insuficiência cardíaca classe funcional III e IV;
- e) fração de ejeção menor ou igual a 0,30;
- f) fibrilação atrial;
- g) arritmias ventriculares complexas;
- h) distúrbios da condução intraventricular.

**MIOCARDIOPATIA RESTRITIVA** (Endomiocardifibrose, fibroelastose) a gravidade é caracterizada pela presença das seguintes condições:

- a) história de fenômenos tromboembólicos;
- b) cardiomegalia;
- c) insuficiência cardíaca classe funcional III e IV;
- d) envolvimento do ventrículo direito ou biventricular;
- e) fibrose acentuada;
- f) regurgitação mitral e/ou tricúspide importante.

**CARDIOPATIA CHAGÁSICA CRÔNICA** - a gravidade é caracterizada pela presença das seguintes condições:

- a) história de síncope ou fenômenos tromboembólicos;
- b) cardiomegalia acentuada;
- c) insuficiência cardíaca classe funcional III e IV;
- d) fibrilação atrial;
- e) arritmias ventriculares complexas;
- f) bloqueio bi ou trifascicular sintomático;

**ARRITMIAS CARDÍACAS** - constituem características de maior gravidade:

- a) disfunção do nó sinusal sintomática, com comprovada correlação sintomas/arritmias, e, especialmente em presença de síndrome braditaquiarrítmica;
- b) bradiarritmias;

Bloqueio atrioventricular (BAV) do 2º grau, tipo II, ou BAV avançado;

Bloqueio atrioventricular total:

- sintomático;
- com resposta cronológica inadequada ao esforço;
- com cardiomegalia progressiva;
- fibrilação atrial com resposta ventricular baixa;
- bloqueios de ramo (direito ou esquerdo), permanentes ou alternantes, sintomáticos (claudicação cerebral ou insuficiência cardíaca).

Taquiarritmias:

- a) taquicardias ventriculares sintomáticas (claudicação cerebral ou comprometimento hemodinâmico), de qualquer etiologia;
- b) taquicardias supraventriculares sintomáticas (claudicação, comprometimento hemodinâmico, taquicardiomiopatia, fenômenos tromboembólicos) de qualquer etiologia e desencadeados por qualquer mecanismo.
- c) síndrome de préexcitação ventricular, com alto risco de morte súbita, determinado por estudos invasivos;





**FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS  
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU – FUNPREV**

**CNPJ: 46.139.960/0001-38**

Rua Joaquim da Silva Martha, 13-44 – CEP 17014-010 – Bauru/SP

Fone/Fax: (14) 3227-1444

d) portadores de marcapasso cardíaco definitivo (antibradi ou antitaquicardia), cuja capacidade funcional se mantém limitada pela cardiopatia subjacente.

**COR PULMONALE CRÔNICO**

Constituem características de maior gravidade:

Quadro clínico:

- a) manifestações de hipóxia cerebral e periférica (dedos em baqueta de tambor);
- b) insuficiência cardíaca direita;
- c) dores anginosas;
- d) crises sincopais;
- e) hiperfoneses canglorosa da segunda bulha no foco pulmonar;
- f) galope ventricular direito (83)  $P02 < 60$  mm Hg;  $PCO2 > 50$  mm Hg.

Eletrocardiograma:

Sinais de sobrecarga importante de câmaras direitas.

- a) hipertrofia ventricular direita com disfunção diastólica e/ou sistólica;
- b) grande dilatação do átrio direito;
- c) pressão sistólica em artéria pulmonar, calculada a partir das pressões do VD e AD, maior ou igual a 60 mm Hg;
- d) insuficiência tricúspide importante;
- e) inversão do fluxo venoso na sístole atrial.

Estudos hemodinâmicos:

- a) dilatação do tronco da artéria pulmonar;
- b) dilatação do ventrículo direito;
- c) dilatação do átrio direito;
- d) pressão na artéria pulmonar maior ou igual a 60 mm Hg;
- e) pressão no átrio direito maior ou igual a 15 mm Hg;
- f) insuficiência pulmonar;
- g) insuficiência tricúspide.

**CARDIOPATIAS CONGÊNITAS**

Caracterizam-se como graves as cardiopatias congênitas que apresentam:

Do ponto de vista clínico:

- a) crises hipoxêmicas;
- b) insuficiência cardíaca (classes III e IV);
- c) hemoptises, pela presença de circulação colateral brônquica;
- d) arritmias de difícil controle e potencialmente malignas.

Do ponto de vista anatômico:



**FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS  
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU – FUNPREV**

**CNPJ: 46.139.960/0001-38**

Rua Joaquim da Silva Martha, 13-44 – CEP 17014-010 – Bauru/SP

Fone/Fax: (14) 3227-1444

- a) doença arterial pulmonar;
- b) necrose miocárdica, por doença coronária ou origem anômala das artérias coronárias;
- c) drenagem anômala total infracardiaca ou origem das artérias coronárias;
- d) drenagem anômala total infracardiaca ou com obstruções severas da conexão das veias pulmonares com as sistêmicas;
- e) hipertrofia ventricular direita;
- f) agenesias valvulares (pulmonar e aórtica);
- g) hipoplasia ou atresia de válvulas pulmonares, aórtica e mitral;
- h) hipoplasia ou atresia do coração esquerdo;
- i) estenose mitral;
- j) transposição das grandes artérias com hiper-resistência pulmonares ou ausência de comunicações;
- l) ventrículos únicos com atresias valvares;
- m) ectopias cardíacas com alterações múltiplas;
- n) cardiopatias complexas.

**VALVOPATIAS INSUFICIÊNCIA MITRAL**

Caracterizada por quadro clínico:

- a) insuficiência cardíaca classes funcionais III e IV;
- b) frêmito sistólico palpável na região da ponta;
- c) primeira bulha inaudível ou acentuadamente hipofonética no foco mitral;
- d) sopro holossistólico, no foco mitral, de intensidade > 3/6, com irradiação em faixa ou círculo;
- e) segunda bulha hiperfonética, no foco pulmonar;
- f) desdobramento amplo e constante da segunda bulha, no foco pulmonar.

Eletrocardiograma:

- a) sinais progressivos de sobrecarga atrial e ventricular esquerdas;
- b) fibrilação atrial.

Estudo radiológico:

- a) aumento acentuado da área, com predominância das cavidades esquerdas;
- b) sinais de congestão venocapilar pulmonar;
- c) sinais de hipertensão pulmonar.

Ecocardiograma:

- a) presença de jato regurgitante, de grande magnitude;
- b) comprometimento progressivo da função ventricular sistólica;
- c) aumento significativo do diâmetro sistólico do ventrículo esquerdo;
- d) inversão do fluxo sistólico, em veia pulmonar;
- e) sinais de hipertensão pulmonar;

Hemodinâmica e angiografia:

- a) onda "v" com valor maior ou igual a 3 vezes, em relação à média do capilar pulmonar;
- b) opacificação do átrio esquerdo igual ou superior que a do ventrículo esquerdo: graus III e IV da classificação de Sellers;



**FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS  
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU – FUNPREV**

**CNPJ: 46.139.960/0001-38**

Rua Joaquim da Silva Martha, 13-44 – CEP 17014-010 – Bauru/SP

Fone/Fax: (14) 3227-1444

c) fração de regurgitação maior ou igual a 60% (FR = volume de regurgitação/volume sistólico total).

**ESTENOSE MITRAL** - caracterizada por:

Quadro clínico:

- a) história de comissurotomia mitral prévia;
- b) fenômenos tromboembólicos;
- c) insuficiência cardíaca classes funcionais III e IV;
- d) episódios de edema pulmonar agudo;
- e) escarros hemoptóicos;
- f) fibrilação atrial;
- g) estalido de abertura de valva mitral precoce;
- h) impulsão sistólica de ventrículo direito;
- i) segunda bulha hiperfonética, no foco pulmonar;
- j) sinais de insuficiência tricúspide.

Eletrocardiograma:

- a) fibrilação atrial;
- b) sinais de sobrecarga de câmaras direitas.

Estudo radiográfico:

- a) inversão do padrão vascular pulmonar;
- b) sinais de hipertensão venocapilar pulmonar;
- c) sinais de hipertensão arteriolar pulmonar;

Ecocardiograma:

- a) área valvar < 1,0 cm<sup>2</sup> tempo de % pressão > 200 ms;
- b) gradiente transvalvar mitral médio > 15 mm Hg;
- c) sinais de hipertensão pulmonar (pressão sistólica da artéria pulmonar > 50 mm Hg);
- d) presença de trombo, no átrio esquerdo.

Hemodinâmica:

- a) área valvar < 1,0 cm<sup>2</sup> gradiente diastólico mitral médio > 15 mm Hg;
- b) pressão média de capilar pulmonar ou de átrio esquerdo > 20 mm Hg;
- c) pressão sistólica de artéria pulmonar > 50 mm Hg.

**INSUFICIÊNCIA AÓRTICA** - caracterizada por:

Quadro clínico:

- a) insuficiência cardíaca classes funcionais III e IV;
- b) manifestações de baixo débito cerebral (tontura, lipotímia, síncope);
- c) síndrome de Martan associada;
- d) presença de galope ventricular (83);



**FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS  
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU – FUNPREV**

**CNPJ: 46.139.960/0001-38**

Rua Joaquim da Silva Martha, 13-44 – CEP 17014-010 – Bauru/SP

Fone/Fax: (14) 3227-1444

- e) sopro de Austin-Flint, na ponta;
- f) ictus hipercinético, deslocado externamente;
- g) pressão diastólica próxima a zero;
- h) queda progressiva da pressão arterial sistólica.

**Eletrocardiograma:**

- a) sinais de sobrecarga ventricular esquerda, com onda T negativa, em precordiais esquerdas;
- b) sinais de sobrecarga atrial esquerda;
- c) fibrilação atrial.

**Estudo radiográfico:**

- a) aumento importante da área cardíaca com franco predomínio de ventrículo esquerdo (aspecto em "bota");
- b) dilatação da aorta ascendente, da croça e do segmento descendente;
- c) dilatação do átrio esquerdo.

**Ecocardiograma:**

- a) jato regurgitante Ao/VE largo e extenso;
- b) fluxo reverso holodiastólico da aorta descendente;
- c) abertura valvar mitral, ocorrendo somente com a sístole atrial;
- d) piora progressiva dos parâmetros da função sistólica ventricular esquerda;
- e) queda da fração de ejeção ao ecocardiograma de esforço.

**Medicina nuclear associada a teste ergométrico:**

- a) comportamento anormal da fração de ejeção.

**Hemodinâmica e angiografia:**

- a) baixa pressão diastólica da aorta, tendendo à equalização das pressões diastólicas aortoverculares;
- b) pressão diastólica final do ventrículo esquerdo (Pd2 VE) elevada (maior ou igual a 20 mm Hg);
- c) opacificação igual ou mais densa do ventrículo esquerdo em comparação com a aorta, durante aortografia (Graus III e IV de Sellers);
- d) fração de regurgitação igual ou maior do que 60%.

**ESTENOSE AÓRTICA** - caracterizada por:

**Quadro clínico:**

- a) sintomas de baixo débito cerebral (tontura, lipotímia, síncope);
- b) angina de peito;
- c) presença de terceira bulha;
- d) insuficiência cardíaca;



**FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS  
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU – FUNPREV**

**CNPJ: 46.139.960/0001-38**

Rua Joaquim da Silva Martha, 13-44 – CEP 17014-010 – Bauru/SP

Fone/Fax: (14) 3227-1444

- e) pressão arterial diferencial reduzida;
- f) pico tardio de intensidade máxima do sopro;
- g) desdobramento paradoxal da segunda bulha;
- h) fibrilação atrial

**Eletrocardiograma:**

- a) sinais de sobrecarga ventricular esquerda importante, com Infra desnivelamento de ST e onda T negativa, em precordiais esquerdas;
- b) fibrilação atrial;
- c) arritmias ventriculares;
- d) bloqueio atrioventricular total.

**Ecocardiograma:**

- a) área valvar menor ou igual a 0,75 cm<sup>2</sup>;
- b) gradiente médio de pressão transvalvar aórtica maior ou igual a 50 mm Hg;
- c) gradiente máximo maior ou igual a 70 mm Hg;
- d) sinais de hipocinesia ventricular esquerda.

**Hemodinâmica:**

- a) área valvar igualou menor a 0,75 mm Hg;
- b) hipocinesia ventricular esquerda;
- c) coronariopatia associada.

**PROLAPSO VALVAR MITRAL** - história familiar de morte súbita;

- a) história de síncope;
- b) fenômenos trombo-embólicos;
- c) síndrome de Marfan associada;
- d) arritmias ventriculares complexas;
- e) fibrilação atrial;
- f) disfunção ventricular esquerda;
- g) regurgitação mitral importante;
- h) prolapso valvar tricúspide associado;
- i) cardiomegalia;
- j) rotura de cordoalhas tendíneas.

**TUMORES CARDÍACOS**

Tumores Malignos - deverão ser adotados os parâmetros exigidos para o enquadramento da neoplasia maligna.

Tumores benignos, com alterações funcionais irreversíveis devem ser avaliados dentro dos parâmetros exigidos para o enquadramento como cardiopatia grave.

A ausência de um ou outro aspecto que caracterizam a patologia não afasta o diagnóstico de Cardiopatia Grave, desde que seja identificada a doença, por características que se fizerem evidentes e que sejam mais marcantes.



**FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS  
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU – FUNPREV**

**CNPJ: 46.139.960/0001-38**

Rua Joaquim da Silva Martha, 13-44 – CEP 17014-010 – Bauru/SP

Fone/Fax: (14) 3227-1444

**NORMAS DE PROCEDIMENTOS DAS JUNTAS MÉDICAS**

Os portadores de lesões cardíacas que incidem nas especificações dos Graus III ou IV serão considerados como portadores de Cardiopatia Grave, pelas Juntas Médicas.

Os portadores de lesões cardíacas que incidem nas especificações dos Graus I e II da avaliação da capacidade funcional do coração, e que puderem desempenhar tarefas compatíveis com a deficiência funcional, somente serão considerados incapazes por Cardiopatia Grave, quando, fazendo uso de terapêutica específica e depois de esgotados todos os recursos terapêuticos, houver progressão da patologia, comprovada mediante exame clínico e exames subsidiários.

A idade do paciente, sua atividade profissional, meio de locomoção usado para ir ao trabalho, e a incapacidade de reabilitação são parâmetros que devem ser considerados na avaliação dos portadores de lesões cardíacas dos graus I e II.

Os portadores de lesões cardíacas susceptíveis de correção cirúrgica, desde que em condições físicas satisfatórias para se submeterem a tal procedimento, serão reavaliados após a cirurgia e, se incapacitados, enquadrados como portadores de cardiopatia grave.

Os portadores de hipertensão arterial secundária, passível de tratamento cirúrgico, desde que em condições físicas satisfatórias para se submeterem a tal procedimento, terão sua capacidade funcional avaliada, após o tratamento da doença hipertensiva.

Os portadores de valvulopatias susceptíveis de correção cirúrgica, desde que em condições físicas satisfatórias para se submeterem a tal procedimento, terão sua capacidade funcional reavaliada após a correção salvo se as alterações cardiovasculares, pela longa evolução ou gravidade, sejam consideradas irreversíveis ou comprometedoras da atividade funcional.

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

As Juntas Médicas somente enquadrarão os pacientes como portadores de Cardiopatia Grave quando afastada totalmente a possibilidade de regressão da condição patogênica, podendo aguardar em tratamento especializado por 24 (vinte e quatro) meses. As Juntas Médicas poderão fazer o enquadramento de Cardiopatia Grave, dispensando o prazo de observação e tratamento nos casos de enfermidade cardiovascular sem terapêutica específica ou de evolução rápida elou com mau prognóstico, em curto prazo.

O prazo de observação e tratamento supracitado poderá ser dispensado nos pacientes que apresentem fatores de risco e condições associadas, tais como: idade igual ou superior a 70 anos, hipertensão arterial, diabetes, hipercolesterolemia familiar, valvulopatia aterosclerótica importante, em outros territórios (central, periférico), pacientes já submetidos a revascularização cardíaca e nos pós-infartados.

As insuficiências cardíacas elou coronarianas classificam-se como Graves quando enquadradas nas classes funcionais III e IV da NYHA e, eventualmente as classes II da referida classificação na dependência da idade, da atividade profissional, das características funcionais do cargo, da coexistência de outras doenças e da Incapacidade de reabilitação, apesar do tratamento médico em curso.



**FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS  
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU – FUNPREV**

**CNPJ: 46.139.960/0001-38**

Rua Joaquim da Silva Martha, 13-44 – CEP 17014-010 – Bauru/SP

Fone/Fax: (14) 3227-1444

Os laudos das Juntas Médicas deverão conter, obrigatoriamente, os diagnósticos: etiológico, anatômico e funcional (reserva cardíaca), e afirmação ou negação de Cardiopatia Grave, para o enquadramento legal da lesão incapacitante.

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

Os laudos encaminhados às Juntas Médicas pelo médico acompanhante deverão conter, obrigatoriamente, a classe funcional, os elementos que foram utilizados para a classificação e os exames que comprovem o correto enquadramento.

**CEGUEIRA  
CONCEITUAÇÃO:**

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

São equivalentes à cegueira e como tais considerados: os casos de perda parcial da visão, nos limites previstos nesta norma, não susceptíveis de correção óptica, nem capazes de serem beneficiados por tratamento médico-cirúrgico.

Os casos de redução muito acentuada e irreversível do campo visual (visão tubular), comprovados por campimetria, independente do grau de acuidade visual central, que motivem dificuldade de locomoção e de orientação espacial do paciente, exigindo a ajuda de terceiros;

**GRAUS DE PERDA PARCIAL DA VISÃO EQUIVALENTE À CEGUEIRA**

GRAU I - quando a acuidade visual máxima, em ambos os olhos e com a melhor correção óptica possível, for inferior a 20/70 na escala SNELLEN, e a mínima igual ou superior a 20/700 na escala 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 for igual ou superior a 20/400 SNELLEN;

GRAU III - quando a acuidade visual máxima, em ambos os olhos e com melhor correção óptica possível, for inferior a 20/400 SNELLEN, e a mínima igual ou superior a 20/1200 SNELLEN;

GRAU IV - quando a acuidade visual máxima, em ambos os olhos, e com melhor correção óptica possível, for inferior a 20/20.000 SNELLEN ou apresentar, como índice máximo, a capacidade de contar dedos à distância de 01 (um) metro e a mínima limitar-se à percepção luminosa.

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

**AVALIAÇÃO DA ACUIDADE VISUAL - ESCALAS ADOTADAS**



**FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS  
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU – FUNPREV**

**CNPJ: 46.139.960/0001-38**

Rua Joaquim da Silva Martha, 13-44 – CEP 17014-010 – Bauru/SP

Fone/Fax: (14) 3227-1444

Para uniformidade de linguagem e facilidade de julgamento dos graus de perda da acuidade visual, A Junta Médica de Saúde adotará as escalas SNELLEN e DECIMAL na avaliação da acuidade visual para longe, e a escala JAEQUER na avaliação da acuidade visual para perto.

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

<b>SNELLEN</b>	<b>DECIMAL</b>	<b>% DE VISÃO</b>
20/20	1,0	100
20/22	0,9	98,0
20/25	0,8	95,5
20/29	0,7	92,5
20/23	0,6	88,5
20/40	0,5	84,5
20/50	0,4	76,5
20/67	0,3	67,5
20/100	0,2	49,0
20/200	0,1	20,0

Equivalência das escalas usadas na avaliação da acuidade visual para perto

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

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

**NORMAS DE PROCEDIMENTO DA JUNTA MÉDICA**

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

As Juntas Médicas, de acordo com a amplitude de conceito legal, também concluirão pela invalidez permanente, por cegueira, dos inspecionados que apresentarem diminuição acentuada da acuidade visual, nos graus II, III e IV descritos acima, em decorrência de afecção crônica, progressiva, não susceptível de correção óptica, nem removível por tratamento médico-cirúrgico, à luz de parecer especializado.

As Juntas Médicas, ao emitirem laudos de invalidez de portadores de afecção que os incluam nos graus de diminuição da acuidade visual descritos acima, deverão 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





**FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS  
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU – FUNPREV**

**CNPJ: 46.139.960/0001-38**

Rua Joaquim da Silva Martha, 13-44 – CEP 17014-010 – Bauru/SP

Fone/Fax: (14) 3227-1444

no serviço público com graves deficiências visuais ou mesmo cego, 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 examinados que apresentarem acuidade visual no melhor olho, de 20/200 (0,1), esgotados os meios ópticos e cirúrgicos para correção, ou campo visual inferior a 20 graus (campo tubular), 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.

**ESPONDILITE ANQUILOSANTE  
CONCEITUAÇÃO**

Espondilite Anquilosante, inadequadamente denominada de Espondiloartrose Anquilosante nos textos legais, é uma doença inflamatória de etiologia desconhecida, que afeta principalmente as articulações sacroilíacas, interapofisárias e costovertebrais, os discos intervertebrais e o tecido conjuntivo frouxo que circunda os corpos vertebrais, entre estes e os ligamentos da coluna. O processo geralmente se inicia pelas sacroilíacas e, ascensionalmente, atinge, a coluna vertebral.

Há grande tendência para a ossificação dos tecidos inflamados e desta resulta 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 conseqüência de fusão patológica que a constitui.

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, Espondiloartrite Anquilopoética, Espondilite Deformante, Espondilite Atrófica Ligamentar, Pelviespondilite Anquilosante, apesar de a Escola Francesa utilizar a designação de Pelviespondilite Reumática.

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

**NORMAS DE PROCEDIMENTO DA JUNTA MÉDICA**

A Junta Médica procederá ao enquadramento legal dos portadores de Espondilite Anquilosante, pela incapacidade total e permanente acarretada por essa doença.

Ao firmarem seus laudos, a Junta Médica deverão fazer constar:

O diagnóstico nosológico;

A citação expressa da existência da anquilose da coluna vertebral;

A citação dos segmentos da coluna vertebral atingidos.



**FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS  
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU – FUNPREV**

**CNPJ: 46.139.960/0001-38**

Rua Joaquim da Silva Martha, 13-44 – CEP 17014-010 – Bauru/SP

Fone/Fax: (14) 3227-1444

A Junta Médica farão o enquadramento legal, equiparado ao da Espondiloartrose Anquilosante, aos portadores de artropatias degenerativas da coluna vertebral em estado grave, com extenso comprometimento e acentuado prejuízo à mobilidade da coluna vertebral.

A Junta Médica poderão aposentar por invalidez para o serviço os portadores de afecções da coluna vertebral que, por seu grave comprometimento e extensa imobilidade, se tornarem incapacitados para qualquer trabalho.

A Junta Médica, além dos elementos clínicos de que dispõem e dos pareceres da Medicina especializada, deverão ter os seguintes exames subsidiários elucidativos:

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

**ESTADOS AVANÇADOS DA DOENÇA DE PAGET (OSTEÍTE DEFORMANTE)  
CONCEITUAÇÃO**

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

A evolução da doença, que pode ser acompanhada de Sintomatologia dolorosa e fraturas espontâneas, processa-se em duas fases:

- a) fase ativa ou osteoporótica, caracterizada pela formação de tecido 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 neuralgias;
- c) complicações cardiovasculares: insuficiência cardíaca, arteriosclerose periférica e hipertensão arterial.

**NORMAS DE PROCEDIMENTO DA JUNTA MÉDICA**

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

A Junta Médica enquadrarão em incapacidade definitiva por Estados Avançados da Doença de Paget (Osteíte Deformante) os periciados que apresentarem as formas extensas da doença de acordo com as características já citadas na página anterior.



**FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS  
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU – FUNPREV**

**CNPJ: 46.139.960/0001-38**

Rua Joaquim da Silva Martha, 13-44 – CEP 17014-010 – Bauru/SP

Fone/Fax: (14) 3227-1444

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 firmarem o diagnóstico, A Junta Médica deverão registrar a extensão das deformidades e partes ósseas atingidas, o tipo de complicação que determinou a incapacidade e os exames subsidiários que comprovem o diagnóstico.

Exames subsidiários elucidativos e indispensáveis:

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

<b>HANSENÍASE CONCEITUAÇÃO</b>
------------------------------------

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

Fica proscrita a sinonímia "LEPRA" nos documentos oficiais do Serviço Médico.

### **CLASSIFICAÇÃO**

A Hanseníase pode ser classificada nas seguintes formas clínicas:

- a) Paucibacilares (PB) Baciloscopia negativa 1) Tuberculóide (T); 2) Indeterminada (I) Mitsuda positiva.
- b) Multibacilares (MB) Baciloscopia positiva 1) Virchowiana (V); 2) Dimorfa (D); 3) Indeterminada (I) Mitsuda negativa.

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

Principais características das formas clínicas de Hanseníase:

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

Lesões Tórpidas:

- a) reação de Mitsuda sempre positiva;
- b) o exame bacterioscópico revela ausência de bacilos nas lesões e na linfa cutânea;
- c) o exame histológico evidencia a presença de granuloma tipo tuberculóide de células epitelióides e células gigantes tipo Langhans;
- d) o exame clínico identifica as lesões em pápulas e tubérculos bem delimitados, nas quais as micropápulas, numerosas ou únicas, se desenvolvem em pele aparentemente normal ou sobre manchas do grupo indeterminado, ou sobre lesões tuberculóides em reação na fase involutiva. As micropápulas podem ser mais coradas que a pele normal, acastanhadas ou avermelhadas, com tendência a coalescerem.



**FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS  
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU – FUNPREV**

**CNPJ: 46.139.960/0001-38**

Rua Joaquim da Silva Martha, 13-44 – CEP 17014-010 – Bauru/SP

Fone/Fax: (14) 3227-1444

Podem apresentar descamação pteriônica. Da erupção de novas pápulas resultam hansênides figuradas ou marginadas, anulares, ovais elípticas, bem delimitadas, de centro claro e bordas elevadas. A discreta atrofia na área central indica a progressão centrífuga da hansênide. São freqüentes as neurites (mononeurites), podendo aparecer lesões cutâneas e espessamento dos nervos.

Lesões Reacionais:

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

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

Características principais:

- a) reação de Mitsuda negativa;
- b) o exame bacteriológico evidencia numerosos bacilos e globiais nas lesões e na tufa cutânea;
- c) ao exame histopatológico: infiltrado perineural, perivascular e periglandular dos histócitos contendo bacilos, com a formação de globias (células de Virchow degeneração lipoídica), formando a estrutura hansenomatosa patognomônica;
- d) as lesões cutâneas, em geral anestésicas, consistem em: eritema e infiltração difusa, máculas eritêmato-pigmentadas acompanhadas de tubérculos e nódulos formando hansenomas, alopecia (principalmente dos supercílios madarose), atrofia da pele e músculos, infiltração da face com intumescimento nasal e dos pavilhões auriculares (fácies leonina). No comprometimento das mucosas, é precoce o aparecimento de rinite posterior e destruição do septo nasal.

Podem ocorrer também lesões viscerais principalmente do fígado, baço e testículos. Os nervos mais comumente atingidos são: cubital, ciático, poplíteo externo e auricular magno. Hanseníase Indeterminada (I) assim classificada porque na ausência de tratamento pode evoluir para forma Tuberculóide ou para Virchowiana. Apresenta as seguintes Características:

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

Hanseníase Dimorfa (D) Apresenta lesões cutâneas semelhantes tanto às da forma Virchowiana quanto às da forma Tuberculóide, e que tendem, freqüentemente, a evoluir para a forma Virchowiana na ausência de tratamento.



**FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS  
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU – FUNPREV**

**CNPJ: 46.139.960/0001-38**

Rua Joaquim da Silva Martha, 13-44 – CEP 17014-010 – Bauru/SP

Fone/Fax: (14) 3227-1444

Apresenta as seguintes características

a) Clinicamente, as lesões dermatológicas lembram, pelo aspecto e distribuição, as da reação tuberculóide das quais se distinguem pela imprecisão dos limites externos e pela pigmentação ocre ou ferruginosa, dando uma tonalidade fulva ou acastanhada, próprias da Hanseníase Virchowiana.

As lesões, geralmente cervicais, apresentam anestesia, anidrose e alopecia e cursam com surtos eruptivos. Mãos túmidas, cianóticas e com extremidades afiladas;

b) a bacterioscopia da pele é fortemente positiva nas lesões fulvas e menos nas lesões semelhante às da reação tuberculóide;

c) histologicamente, apresenta granulomas tuberculóides e infiltrados de células de Virchow;

d) reação de Mitsuda negativa ou fracamente positiva.

**GRAUS DE INCAPACIDADE**

Os doentes de hanseníase, independentemente da forma clínica, deverão ser avaliados no momento diagnóstico e, no mínimo anualmente, classificados quanto ao grau de incapacidade física que apresentem. 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 do potencial incapacitante da hanseníase.

<b>GRAUS</b>	<b>MÃO</b>	<b>E</b>	<b>D</b>	<b>PÉ</b>	<b>E</b>	<b>D</b>	<b>OLHO</b>	<b>E</b>	<b>D</b>
	Sinais e/ou sintomas			Sinais e/ou sintomas			Sinais e/ou sintomas		
<b>0</b>	Nenhum problema com as mãos devido à hanseníase			Nenhum problema com os pés devido à hanseníase			Nenhum problema Com os olhos devido à hanseníase		
<b>1</b>	Anestesia			Anestesia			Anestesia		
<b>2</b>	Úlceras e lesões traumáticas, garra móvel da mão, reabsorção discreta			Úlceras trópicas, garra dos artelhos, pé caído, reabsorção discreta			Lagoftalmo e/ou ectrópio, triquíase, opacidade corneana		
<b>3</b>	Lagoftalmo e/ou ectrópio, triquíase, opacidade corneana			Contratura, reabsorção intensa			Acuidade visual menor que 0,1 ou não conta dedos a 6 metros		
<b>SOMA</b>	Maior grau atribuído								

**NORMAS DE PROCEDIMENTO DA JUNTA MÉDICA**

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

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



**FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS  
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU – FUNPREV**

**CNPJ: 46.139.960/0001-38**

Rua Joaquim da Silva Martha, 13-44 – CEP 17014-010 – Bauru/SP

Fone/Fax: (14) 3227-1444

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

Os portadores de Hanseníase Virchowiana e Dimorfa farão o tratamento licenciados para tratamento de saúde, enquanto permanecem com as lesões em atividade ou quando evoluírem com surtos reacionais.

Os portadores de Hanseníase, mesmo nos casos de tratamento sem afastamento de suas atividades, obrigatoriamente, serão submetidos a exame médico nas seguintes situações:

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

Todos os periciados portadores de Hanseníase, permanecerão sob rigoroso controle médico e deverão submeter-se a exames periódicos, determinados pela clínica especializada.

**MAL DE PARKINSON  
CONCEITUAÇÃO:**

O Mal de Parkinson (Doença de Parkinson), também chamado de Paralisia Agitante, é um quadro mórbido de etiologia ainda não estabelecido, resultante do comprometimento do Sistema Nervoso Extra Piramidal e caracterizado pelos seguintes sinais:

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

A expressão Doença de Parkinson, por sua maior abrangência e por melhor atender aos conceitos científicos mais modernos sobre a enfermidade, é preferida à de Mal de Parkinson, como se refere a Lei 8.112/90 O Parkinsonismo Secundário, também chamado Síndrome de Parkinson, é conseqüente de lesões degenerativas infecciosas, parasitárias, tóxicas (inclusive medicamentos), endócrinas ou produzidas por traumatismo, choque elétrico e tumores intracranianos.

**NORMAS DE PROCEDIMENTO DA JUNTA MÉDICA**

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

A Junta Médica não deverão enquadrar como incapazes definitivamente para o serviço os portadores de Parkinsonismo Secundário, derivado do uso de medicamentos quando, pela supressão destes, houver regressão e desaparecimento do quadro clínico.



**FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS  
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU – FUNPREV**

**CNPJ: 46.139.960/0001-38**

Rua Joaquim da Silva Martha, 13-44 – CEP 17014-010 – Bauru/SP

Fone/Fax: (14) 3227-1444

A Junta Médica deverão especificar a etiologia da Síndrome de Parkinson responsável pela incapacidade do periciado, sempre que possível.

**NEFROPATIA GRAVE  
CONCEITUAÇÃO:**

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

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

Manifestações Clínicas:

- a) ectoscópicas - palidez amarelada, edema, hemorragia cutânea e sinais de prurido;
- b) cardiovasculares - pericardite sero-fibrinosa, hipertensão arterial e insuficiência cardíaca;
- c) gastrointestinais - soluço, língua saburrosa, hálito amoniacal, náuseas, vômitos, hemorragias digestivas, diarreia ou obstipação;
- d) neurológicas - cefaléia, astenia, insônia, lassidão, tremor muscular, convulsão e coma;
- e) oftalmológicas - retinopatia hipertensiva e retinopatia arteriosclerótica;
- f) pulmonares - pulmão urêmico e derrame pleural;
- g) urinárias - nictúria.

Alterações nos exames complementares

a) alterações laboratoriais:

- 1) diminuição da filtração glomerular
- 2) diminuição da capacidade renal de diluição e concentração (isostenúria)
- 3) Aumento dos níveis sanguíneos de uréia, creatinina e ácido úrico;
- 4) distúrbios dos níveis de sódio, potássio, cálcio, fósforo, glicose e lipídios;
- 5) acidose

b) alteração nos exames por imagem:

- 1) diminuição das áreas renais nas patologias crônicas ou nas isquemias agudas intensas;
- 2) distorções da imagem normal conseqüente e cicatrizes, cistos, hematomas, abscessos ou tumores;
- 3) distensão do sistema coletor nos processos primariamente obstrutivos;

**CLASSIFICAÇÃO**

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

a) insuficiência renal leve - Classe I:

- 1) filtração glomerular maior que 50 ml/min;
- 2) creatinina sérica entre 1,4 e 3,5 mg%.

b) insuficiência renal moderada - Classe II:



**FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS  
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU – FUNPREV**

**CNPJ: 46.139.960/0001-38**

Rua Joaquim da Silva Martha, 13-44 – CEP 17014-010 – Bauru/SP

Fone/Fax: (14) 3227-1444

- 1) filtração glomerular entre 20 e 50 ml/min;
- 2) creatinina sérica entre 1,4 e 3,5 mg%.

c) insuficiência renal severa - Classe III:

- 1) filtração glomerular inferior a 20 ml/min;
- 2) creatinina sérica acima de 3,5 mg%.

Principais grupos de patologias que cursam com insuficiência renal e são capazes de produzir Nefropatias Grave:

- a) glomerulonefrites crônicas conseqüentes a depósitos de imunocomplexos;
- b) glomerulonefrite crônica conseqüente a anticorpo anti membrana basal;
- c) vasculites;
- d) nefropatia diabética;
- e) nefropatia hipertensiva;
- f) amiloidose renal;
- g) nefropatia por irradiação;
- h) nefropatia conseqüente à obstrução do fluxo urinário;
- i) neoplasias (hipernefroma, linfoma, infiltração leucêmica);
- j) necrose cortical difusa;
- k) necrose medular bilateral;
- l) pielonefrite crônica;
- m) obstrução arterial e/ou venosa grave (aguda ou crônica);
- n) nefrite intersticial crônica;
- o) nefropatias hereditárias (rins policísticos, Alport e outras).

**NORMAS DE PROCEDIMENTO DA JUNTA MÉDICA**

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

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

As Nefropatias que cursam com insuficiência renal severa, Classe III, são enquadradas como Nefropatias Graves.

A Junta Médica deverão, identificar o tipo de nefropatia seguido da afirmativa ou negativa de Nefropatia Grave, para fim de enquadramento legal.

**NEOPLASIA MALIGNA  
CONCEITUAÇÃO:**

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





**FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS  
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU – FUNPREV**

**CNPJ: 46.139.960/0001-38**

Rua Joaquim da Silva Martha, 13-44 – CEP 17014-010 – Bauru/SP

Fone/Fax: (14) 3227-1444

**PROGNÓSTICO** - é determinado pelo grau de malignidade da neoplasia influenciado pelos seguintes fatores:

- a) grau de diferenciação celular;
- b) grau de proliferação celular;
- c) grau de invasão vascular e linfática;
- d) estadiamento clínico e/ou cirúrgico;
- e) resposta à terapêutica específica;
- f) estatísticas de morbidade e mortalidade de cada tipo de neoplasia.

**AValiação diagnóstica e estadiamento diagnóstico** - o diagnóstico e a extensão da neoplasia maligna podem ser determinados pelos seguintes meios propedêuticos:

- a) exame clínico especializado;
- b) exame radiológico;
- c) exames ultrassonográficos;
- d) exames endoscópicos;
- e) exames de tomografia computadorizada;
- f) exames de ressonância nuclear magnética;
- g) exames cintilográficos;
- h) pesquisa de marcadores tumorais específicos;
- i) biópsia da lesão com estudo histopatológico;
- j) exames citológicos.

São consideradas Neoplasias Malignas as relacionadas na Classificação Internacional de Doenças (CID).

<b>NORMAS DE PROCEDIMENTO DA JUNTA MÉDICA</b>
---

A Junta Médica farão o enquadramento da invalidez definitiva por Neoplasia Maligna dos periciados quando manifestada a incapacidade para o trabalho em consequência de:

- a) neoplasia com mau prognóstico em curto prazo;
- b) forem portadores de neoplasias incuráveis;
- c) existência de seqüelas do tratamento, mesmo quando extirpada a lesão neoplásica maligna;
- d) recidiva ou metástase de neoplasia maligna.

Não serão considerados portadores de Neoplasia Maligna, os periciados submetidos a tratamentos cirúrgicos, radioterápicos e I ou quimioterápicos, que após acompanhamento clínico e laboratorial, não apresentarem evidência de atividade neoplásica.

A Junta Médica deverão citar no laudo da perícia o tipo anátomo-patológico da neoplasia, sua localização, presença ou não de metástases, estadiamento clínico e acrescentar a expressão Neoplasia Maligna para fins de enquadramento legal.

Nos casos de periciados que foram submetidos à ressecção cirúrgica de Neoplasia Maligna, A Junta Médica deverão registrar esse procedimento no prontuário do periciado



**FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS  
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU – FUNPREV**

**CNPJ: 46.139.960/0001-38**

Rua Joaquim da Silva Martha, 13-44 – CEP 17014-010 – Bauru/SP

Fone/Fax: (14) 3227-1444

**ALZHEIMER  
CONCEITUAÇÃO:**

A Doença de Alzheimer é uma doença crônica, incurável, progressiva, degenerativa, que provoca a deterioração das células do cérebro. Seus principais sintomas são perda de memória, alteração de personalidade, incapacidade de compreender e julgar, dificuldades de locomoção e de comunicação.

**SINAIS E SINTOMAS**

Dificuldades de funções dos lobos parietal e temporal, com perda de memória e desorientação espacial. Disfunção do lobo frontal com perda de inibições sociais, incontinência de esfíncteres e abulia (perda de espontaneidade). Como a degeneração cortical é difusa, pode-se esperar que praticamente todas as partes do córtex cerebral apresentem várias disfunções tais como: afasia, apraxia, distúrbios do movimento, incluindo acinesia, distonias e mioclonia, depressão, agitação e confusão mental.

Os portadores da Doença de Alzheimer podem ser classificados em 3 estágios:

Primeiro Estágio:

Duração de 02 a 04 anos.

Sintomas: esquecimento, confusão, esquecimento de fatos e lugares, perda de iniciativa; mudanças de humor e personalidade, dificuldade em lidar com dinheiro, irritação fácil.

Segundo Estágio:

Duração de 02 a 10 anos.

Sintomas: crescente perda de memória; tempo de atenção reduzido; dificuldade de reconhecer amigos e familiares; movimentos e falas repetitivos; agitação, choro, ocasionais tremores musculares e cacoetes; alterações de percepção e de ordem motora; dificuldade em organizar o raciocínio e pensar logicamente (não encontra as palavras certas), dificuldades para ler, escrever e em lidar com números; incapacidade de assumir sua higiene pessoal sem ajuda externa, apresentando, às vezes, medo de banho; idéias fixas, delirantes e desconfiança. Precisa de supervisão em tempo integral.

Terceiro Estágio - estágio final

Duração de 01 a 03 anos.

Sintomas: não se reconhece no espelho, não reconhece a família, perda de peso mesmo com boa dieta, pouca capacidade tomar conta de si mesmo, não consegue se comunicar com palavras, não controla esfíncteres, apresenta dificuldade em segurar objetos e engolir, precisa de ajuda para todas as atividades comuns do ser humano tais como: comer, vestir-se, tomar banho, ir ao banheiro, etc; resmunga, geme, grita, produz sons com a boca, dorme demais. Risco de crises convulsivas pneumonias aspirativas, infecções urinárias e distúrbios metabólicos.



**FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS  
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU – FUNPREV**

**CNPJ: 46.139.960/0001-38**

Rua Joaquim da Silva Martha, 13-44 – CEP 17014-010 – Bauru/SP

Fone/Fax: (14) 3227-1444

**NORMAS E PROCEDIMENTOS DA JUNTA MÉDICA**

A análise pericial irá se basear no quadro demencial apresentado pelo periciado. Para considera-lo como portador ou não de alienação mental deverá ser realizado o mini-exame mental.

A Junta Médica, em constatando o quadro demencial, deverão fazer constar do laudo conclusivo a necessidade de curatela definitiva para o examinado.

**PARALISIA IRREVERSÍVEL E INCAPACITANTE  
CONCEITUAÇÃO**

Entende-se por paralisia a incapacidade de contração voluntária de um músculo ou grupo de músculos, resultante de uma lesão orgânica de natureza destrutiva ou degenerativa, a qual implica a interrupção de uma das vias motoras, em qualquer ponto, desde o córtex cerebral até a própria fibra muscular, pela lesão do 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 periciado total e permanentemente impossibilitado para qualquer trabalho.

Não se equiparam às paralisias, as lesões ósteo-músculo-articulares envolvendo a coluna vertebral.

São consideradas paralisias as paresias das quais resultem alterações extensas das funções nervosas e da mobilidade, esgotados os recursos terapêuticos da medicina especializada e os prazos necessários à recuperação.

**CLASSIFICAÇÃO DAS PARALISIAS**

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

- a) paralisia isolada ou periférica - quando é atingido um músculo ou um grupo de músculos;
- b) monoplegia - quando são atingidos todos os músculos de um só membro;
- c) hemiplegia - quando são atingidos os membros superiores e inferiores do mesmo lado, com ou sem paralisia facial homo-lateral;
- e) paraplegia ou diplegia - quando são atingidos os membros superiores ou os inferiores, simultaneamente;
- f) triplegia - quando resulta da paralisia de três membros;
- g) tetraplegia - quando são atingidos os membros superiores e os inferiores.



**FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS  
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU – FUNPREV**

**CNPJ: 46.139.960/0001-38**

Rua Joaquim da Silva Martha, 13-44 – CEP 17014-010 – Bauru/SP

Fone/Fax: (14) 3227-1444

**NORMAS DE PROCEDIMENTO DA JUNTA MÉDICA**

Os portadores de paralisias irreversíveis e incapacitantes de um dos tipos descritos, satisfeitas as condições conceituais já especificadas, serão considerados total e permanentemente impossibilitados para qualquer trabalho.

A Junta Médica deverão citar nos laudos de perícia os diagnósticos, tanto o etiológico quanto o anatômico, caracterizando como condição indispensável para o enquadramento legal de que tratam estas normas, considerando como uma lesão definitiva e permanente.

**ESCLEROSE MÚLTIPLA  
CONCEITUAÇÃO**

A Esclerose Múltipla é uma complexa doença degenerativa do sistema nervoso, de caráter geralmente progressivo, na qual a inflamação e desmielização da substância branca do sistema nervoso central resultam em vários sinais e sintomas neurológicos.

O processo patológico pode ocorrer em qualquer ponto do Sistema Nervoso Central, geralmente em adultos jovens, por volta de 30 anos, com um brusco decréscimo de seu aparecimento depois dos 45 anos.

A evolução da Esclerose Múltipla é variável e imprevisível. Identificam-se dois cursos distintos:

O primeiro denomina-se remitente recorrente, com sinais e sintomas neurológicos transitórios; é o mais comum.

O segundo, denomina-se curso progressivo, quando os sintomas e sinais neurológicos se intensificam, sem remissão, sendo o quadro neurológico mais sistematizado e geralmente com comprometimento motor.

Evolução:

A evolução é variável e imprevisível após 10 anos de início dos sintomas, 500/0 dos pacientes poderão estar inaptos para as atividades profissionais e mesmo domésticas.

**SINTOMAS E SINAIS**

**SINTOMA:** crises de longa duração, dormência, fraqueza, desequilíbrio, diplopia (visão dupla) ou baixa acuidade visual, disfunção intestinal e/ou de bexiga, vertigem, dor facial e nos braços, perda de audição, e outros. O calor ou a atividade intensa agrava a sintomatologia.

**SINAIS:** fraqueza simétrica (igual dos dois lados), ataxia (marcha anormal), acuidade visual diminuída (visão pobre), hiperreflexia (reflexos aumentados), perda sensitiva irregular.

**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

O diagnóstico diferencial é o primeiro passo já que várias são as doenças que têm uma apresentação temporal e espacial com os mesmos sinais e sintomas. As mais comuns são:

- Lupus eritematoso sistêmico;
- Rotura de disco intervertebral;



**FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS  
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU – FUNPREV**

**CNPJ: 46.139.960/0001-38**

Rua Joaquim da Silva Martha, 13-44 – CEP 17014-010 – Bauru/SP

Fone/Fax: (14) 3227-1444

- Infecções;
- Derrame;
- Tumores.

### **AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA:**

O diagnóstico e a confirmação da doença podem ser feitos mediante as informações da anamnese para caracterizar os surtos da doença e a frequência com que ocorrem, além de exames neurológicos para caracterizar a estrutura do sistema nervoso central lesada:

Ressonância magnética; Exame do líquido céfalo-raquidiano; Exames laboratoriais (ex: Critérios de Poser et al, de 1983).

As diferentes classificações propostas distinguem um diagnóstico denominado definido, quando se identificam pelo menos dois surtos separados de pelo menos um mês, com sinais neurológicos revelando duas lesões distintas, em diferentes níveis topográficos da substância branca do sistema nervoso central.

### **NORMAS E PROCEDIMENTOS DA JUNTA MÉDICA**

A Junta Médica farão 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.

### **SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA (SIDA/AIDS) CONCEITUAÇÃO:**

A SIDA/AIDS é a manifestação mais grave da infecção pelo vírus da Imuno deficiência humana (HIV), caracterizando-se por apresentar uma severa deficiência imunológica, manifestada no aparecimento de inúmeras doenças oportunistas.

### **CLASSIFICAÇÃO E MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS**

A Infecção pelo HIV pode ser classificada de acordo com as manifestações clínicas e a contagem de linfócitos Cd4.

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

#### **a) CATEGORIA "A":**

- 1) infecção assintomática - Indivíduos com sorologia positiva para o HIV, sem apresentar sintomas;
- 2) linfadenopatia generalizada persistente - linfadenomegalia, envolvendo duas ou mais regiões extra-inguinais, com duração, no mínimo, de 3 (três) meses, associada à sorologia positiva para o HIV; infecção aguda - síndrome de mononucleose, caracterizada por febre, linfadenomegalia e esplenomegalia. A sorologia para o HIV é negativa, tornando-se positiva geralmente duas a três semanas após o início do quadro clínico.

b) CATEGORIA "B" indivíduos com sorologia positiva para o HIV, sintomáticos, com as seguintes condições clínicas:



**FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS  
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU – FUNPREV**

**CNPJ: 46.139.960/0001-38**

Rua Joaquim da Silva Martha, 13-44 – CEP 17014-010 – Bauru/SP

Fone/Fax: (14) 3227-1444

- 1) angiomatose bacilar;
- 2) candidíase orofaríngea; sintomas constitucionais (febre maior que 38,5° C ou diarreia com mais de um mês de duração).

c) CATEGORIA "C" pacientes soropositivos e sintomáticos que apresentem infecções oportunistas ou neoplasias:

- 1) candidíase esofágica, traqueal ou brônquica;
- 2) criptococose extrapulmonar;
- 3) câncer cervical uterino;
- 4) reinite, esplenite ou hepatite por citomegalovirus;
- 5) herpes simples mucocutâneo com mais de um mês de evolução;
- 6) histoplasmose disseminada;
- 7) isosporíase crônica;
- 8) micobacteriose atípica;
- 9) tuberculose pulmonar ou extrapulmonar;
- 10) pneumonia por P. carinii;
- 11) pneumonia 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 CD4, os pacientes pertencem aos seguintes grupos:

- a) Grupo I - Indivíduos com número absoluto de linfócitos T auxiliares (CD4) igual ou acima de 500/mm<sup>3</sup>;
- b) Grupo II - Indivíduos com número absoluto de linfócitos T auxiliares (Cd4) entre 200 e 499/mm<sup>3</sup>;
- c) Grupo III - Indivíduos com número absoluto de linfócitos T auxiliares (CD4) menor que 200/mm<sup>3</sup>.

**QUADRO DE CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA E LABORATORIAL:**

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

A3, B3 e C são considerados SIDA/AIDS.



**FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS  
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU – FUNPREV**

**CNPJ: 46.139.960/0001-38**

Rua Joaquim da Silva Martha, 13-44 – CEP 17014-010 – Bauru/SP

Fone/Fax: (14) 3227-1444

**NORMAS DE PROCEDIMENTO DA JUNTA MÉDICA**

Em princípio, serão considerados incapazes definitivamente para o serviço os periciados classificados nas categorias A3, B3 e C.

Em princípio, serão considerados incapazes temporariamente para o serviço os periciados classificados nas categorias A 1, A2, B1 e B2.

Os portadores assintomáticos ou em fase de Linfadenopatia Persistente Generalizada (LPG) não serão afastados de suas atividades.

**TUBERCULOSE ATIVA  
CONCEITUAÇÃO:**

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

**CLASSIFICAÇÃO:**

As lesões tuberculosas são classificadas em:

Ativas;  
Inativas;  
De atividade indeterminada (potencial evolutivo incerto);  
Curadas.

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

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

**AVALIAÇÃO DO POTENCIAL EVOLUTIVO DAS LESÕES TUBERCULOSAS**

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

Avaliação Imunológica: prova tuberculínica.

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

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

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

**AVALIAÇÃO DO ESTADO EVOLUTIVO DAS LESÕES TUBERCULOSAS**

As lesões ativas apresentam as seguintes características:



**FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS  
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU – FUNPREV**

**CNPJ: 46.139.960/0001-38**

Rua Joaquim da Silva Martha, 13-44 – CEP 17014-010 – Bauru/SP

Fone/Fax: (14) 3227-1444

a) bacteriológicas: presença do Mycobacterium Tuberculosis ao exame direto e/ou cultura de qualquer secreção ou material, colhido para exame em amostras diferentes;

b) radiológicas;

- 1) caráter infiltrativo-inflamatório das lesões, evidenciado pela reação perifocal
- 2) instabilidade das lesões infiltrativas, observadas nas séries de radiografias;
- 3) presença de cavidades com paredes espessas, com ou sem nível líquido e reação perifocal;
- 4) derrame pleural associado;
- 5) complexo gânglio-pulmonar recente.

c) imunológicas: evidência de viragem tuberculínica recente, na ausência de vacinação BCG (PPD reator forte).

d) clínicas: presença de sinais clínicos e sintomas compatíveis com a doença tuberculosa.

As lesões inativas apresentam as seguintes características:

a) bacteriológicas - ausência de Mycobacterium Tuberculosis no exame direto e/ou cultura do material colhido, com negatividade nos resultados dos exames mensais durante pelo menos 3 (três) meses, inclusive em material obtido por bronco-aspiração e negatividade dos exames das peças de ressecção;

b) radiológicas - "limpeza" radiológica completa ou muito acentuada, onde os resíduos de lesão deverão apresentar-se estáveis em séries de radiografias. Se permanecerem cavidades, estas devem apresentar saneamento, paredes finas com nível líquido ou reação perifocal, aspectos císticos ou bulhoso;

c) clínicas;

- 1) ausência de sinais e sintomas relacionados à tuberculose;
- 2) existência eventual de manifestações de entidades mórbidas não tuberculosas conseqüentes à doença e à cura (resíduos sintomáticos com lesões tuberculosas inativas);
- 3) persistência das condições clínicas favoráveis com duração de, pelo menos, 3 (três) meses.

As lesões de atividade indeterminada são aquelas que, por faltarem elementos elucidativos para caracterizar seu estado evolutivo, são temporariamente assim classificadas, até que a obtenção de dados possibilite sua inclusão no grupo das lesões ativas ou no das inativas ou curadas.

As lesões tuberculosas são ditas curadas quando após o tratamento regular com esquema tríplice, durante 6 (seis) meses, apresentem características de inatividade já descritas.

**NORMAS DE PROCEDIMENTO DA JUNTA MÉDICA**

Os periciados portadores de Tuberculose Ativa permanecerão em Licença para Tratamento de Saúde até que a baciloscopia no escarro seja negativa e que ocorra recuperação clínica do paciente, quando poderão ser julgados aptos, a despeito da necessidade da e continuação dos tratamentos, pelo tempo necessário.

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





**FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS  
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU – FUNPREV**

**CNPJ: 46.139.960/0001-38**

Rua Joaquim da Silva Martha, 13-44 – CEP 17014-010 – Bauru/SP

Fone/Fax: (14) 3227-1444

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

Os periciados considerados curados, em período inferior a 2 (dois) anos de licença para tratamento de saúde, retornarão ao serviço ativo.

Os periciados que apresentarem lesões em atividade após 2 (dois) anos de afastamento do serviço para efetivo tratamento de saúde, e naqueles que ainda restarem dúvidas quanto ao estado evolutivo de suas lesões tuberculosas, após o mesmo período de tratamento, serão aposentados.

Os periciados que apresentarem "Cor pulmonale" crônico, acompanhado de sinais de insuficiência cardíaca congestiva, em consequência da gravidade ou extensão das lesões pulmonares tuberculosas, serão julgados de acordo com as normas referentes à Cardiopatia Grave, deste Manual.

Os periciados portadores de lesões tuberculosas extrapulmonares serão julgados pela Junta Médica à luz dos critérios gerais descritos nestas Normas e daqueles pertinentes a cada caso, conforme parecer das clínicas especializadas.

A Junta Médica, ao concluírem pela incapacidade definitiva dos periciados, deverão fazer constar dos laudos o diagnóstico de "Tuberculose Ativa", complementando com os dados que permitam o enquadramento legal, aplicável ao caso.

## **X. OUTRAS PATOLOGIAS**

Detalharemos, a seguir, características de outras patologias, que, embora não estejam entre as citadas na lei que concede aposentadoria integral, são de importância relevante por sua frequência, gravidade e /ou grau de comprometimento funcional do servidor.

### **HEPATOPATIA GRAVE ABORDAGEM PERICIAL**

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

Doenças Hepáticas Apresentam-se classificadas geralmente em duas categorias: hepatocelular e colestática (obstrutiva).

Nas doenças hepatocelulares (como a hepatite viral ou a doença hepática alcoólica), inflamação e necrose hepáticas predominam como características do dano celular. Nas doenças colestáticas (como a coledolitíase, a obstrução maligna, a cirrose biliar primária e muitas doenças induzidas por fármacos), sobressai a inibição da excreção biliar. A exuberância dos sintomas iniciais pode sugerir de imediato um diagnóstico, particularmente se os principais fatores de risco forem considerados, como a idade, o sexo e a história de exposição ou comportamentos de risco.

Os sintomas típicos da doença hepática incluem icterícia, fadiga, prurido, dor no quadrante superior direito, distensão abdominal e hemorragia digestiva. Frequentemente, porém, muitos pacientes que têm diagnóstico de doença hepática crônica não possuem sintomas. As anormalidades aparecem nos exames bioquímicos hepáticos como parte de um exame de



**FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS  
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU – FUNPREV**

**CNPJ: 46.139.960/0001-38**

Rua Joaquim da Silva Martha, 13-44 – CEP 17014-010 – Bauru/SP

Fone/Fax: (14) 3227-1444

rotina ou na triagem para doação de sangue, para seguro de vida ou admissão no emprego. Os múltiplos exames disponíveis facilitam a identificação de hepatopatia.

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

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

Diagnóstico de doença hepática As causas mais comuns de doença hepática aguda são:

- a) hepatite viral (particularmente hepatite A, B e C, citomegalovírus, Epstein Baar vírus, etc.);
- b) hepatite criptogênica (causa desconhecida);
- c) lesão hepática induzida por fármacos, drogas ilícitas, chás;
- d) colangite supurativa aguda na obstrução biliar, doença de Wilson.

Manifestação agudizada:

- a) doença hepática alcoólica;
- b) hepatite auto-imune.

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

- a) hepatite C crônica;
- b) doença hepática alcoólica;
- c) esteato-hepatite não alcoólica;
- d) hepatite B crônica;
- e) doença auto-imune;
- f) colangite esclerosante;
- g) cirrose biliar primária;
- h) hemocromatose;
- i) doença de Wilson.

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

A biopsia hepática é também o meio mais preciso para avaliar o estágio da doença como precoce ou avançada, pré-cirrótica e cirrótica. O estadiamento da doença está ligado amplamente a moléstias hepáticas crônicas, nas quais pode ocorrer progressão para cirrose e doença hepática terminal, mas cujo desenvolvimento pode demorar anos ou décadas. As manifestações clínicas, os testes bioquímicos e os estudos de imagem hepática são úteis na



**FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS  
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU – FUNPREV**

**CNPJ: 46.139.960/0001-38**

Rua Joaquim da Silva Martha, 13-44 – CEP 17014-010 – Bauru/SP

Fone/Fax: (14) 3227-1444

avaliação do estágio, mas em geral se tornam anormais somente nas etapas intermediárias a tardias da cirrose. As fases iniciais da cirrose são geralmente detectáveis somente pela biópsia hepática, contudo alterações em métodos de imagem associados à hipertensão portal podem fortemente sugerir esse diagnóstico.

Na avaliação do estágio, o grau de fibrose é geralmente usado como medida quantitativa. No caso da hepatite viral, a quantidade de fibrose portal é geralmente classificada de 0 a 4+ (índice de atividade histológica) ou escala de 0 a 6+ (escala de Ishak). As doenças metabólicas e tóxicas (drogas e álcool) tendem a ter agressão centrolobular com fibrose neste, na zona 111 do ácino hepático e fibrose perisinusoidal.

"Na avaliação do estágio ou estadiamento, o grau de alteração estrutural é semiquantificado de 0 a 4 ou de 0 a 6 (por diferentes classificações nacionais e estrangeiras). A presença e a localização da fibrose em relação aos vasos intra-hepáticos permitem o estadiamento, enquanto a semiquantificação do processo inflamatório fornece o grau de atividade histológica. A representatividade da biópsia, principalmente em hepatites crônicas, está diretamente relacionada com o comprimento maior do que 1,6cm e/ou com o número de espaços porta igual ou superior a 10" (Texto da Dr.a Edna Strauss - Sociedade de Hepatologia - fevereiro de 2005).

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

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

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

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

Para definir de maneira exata e objetiva a dimensão dessa incapacidade em doenças do fígado, o benefício da lei, nestes casos deve ser concedido apenas aos hepatopatas crônicos que apresentem redução da capacidade produtiva e da qualidade de vida, com perspectiva inexorável dessa redução.

Assim, a única forma segura, passível de auditoria e, portanto, imune a fraudes é a aplicação de qualquer uma dentre as duas classificações de gravidade de doenças hepáticas amplamente conhecidas e utilizadas na medicina hepatológica, citadas a seguir:

1) Modelo Matemático MEID, o qual utiliza três parâmetros laboratoriais, que se obtêm facilmente na rotina de qualquer hepatopatia crônica. A equação para calcular o escore MEID =  $\{9,57 \times \log_e \text{ creatinina mg/dl} + 3,78 \times \log_e \text{ bilirrubina (total) mg/dl} + 11,20 \times \log_e \text{ INR} +$



**FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS  
MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU – FUNPREV**

**CNPJ: 46.139.960/0001-38**

Rua Joaquim da Silva Martha, 13-44 – CEP 17014-010 – Bauru/SP

Fone/Fax: (14) 3227-1444

6,42], arredondando-se o resultado para o próximo número inteiro. O valor máximo de creatinina vai até 4 (ref. 1). A fórmula do MEID pode ser calculada, rapidamente, na internet, no sítio a seguir:

[www.mayoclinic.org / g i - r s t t m o d e l s . h t m l .](http://www.mayoclinic.org/gi-rsttmodels.html)

Para conceituação de hepatopatia grave, aceita-se atualmente o valor do MEID igualou maior que 15 (ref 2).

Cirrose - classificação de Child-Pugh

<b>Fator</b>	<b>1 ponto</b>	<b>2 pontos</b>	<b>3 pontos</b>
Bilirrubina Sérica, mol/I (mg/dl)	< 34 «2,0)	34-51 (2,0-3,0)	> 51 (> 3,0 )
Albumina sérica, g/I (g/dl)	> 35 (> 3,5)	30-35 (3,0-3,5)	< 30 « 3,0)
Ascite	Nenhuma	Facilmente controlada	Mal controlada
Distúrbio neurológico	Nenhum	Mínimo	Coma avançado
Tempo de protrombina (segundos de prolongamento) INR	0-4 <1,7	4-6 1,7 - 2,3	>6 >2,3

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

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

Observação importante: "casos raros, eventualmente não contemplados pelas classificações referidas, poderão ser reavaliados por comissão formada por três especialistas em Hepatologia" (texto do parecer da Sociedade Brasileira de Hepatologia).

hepatite C crônica;  
doença hepática alcoólica; esteato-hepatite não alcoólica; hepatite B crônica;

hepatite C crônica;

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