

**MINISTÉRIO DA DEFESA
COMANDO DA AERONÁUTICA**



S A Ú D E

ICA 160-6

INSTRUÇÕES TÉCNICAS DAS INSPEÇÕES DE
SAÚDE NA AERONÁUTICA

2013

**MINISTÉRIO DA DEFESA
COMANDO DA AERONÁUTICA
DIRETORIA DE SAÚDE**



SAÚDE

ICA 160-6

**INSTRUÇÕES TÉCNICAS DAS INSPEÇÕES DE
SAÚDE NA AERONÁUTICA**

2013



MINISTÉRIO DA DEFESA
COMANDO DA AERONÁUTICA
DIRETORIA DE SAÚDE DA AERONÁUTICA

PORTARIA DIRSA N° 65/SECS DTEC, de 14 de Outubro de 2013.

Aprova a Reedição da Instrução que trata das Inspeções de Saúde na Aeronáutica.

O DIRETOR DE SAÚDE DA AERONÁUTICA, usando da atribuição que lhe confere a NSCA 5-1, aprovada pela Portaria COMGEP n° 864/5EM, de 23 de novembro de 2011, resolve:

Art. 1° - Aprovar a reedição da ICA 160-6 “Instruções Técnicas das Inspeções de Saúde na Aeronáutica”, que com esta baixa.

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

Art. 3° - Ficam Revogadas a PORTARIA DIRSA N°79/SECS DTEC, de 23 de maio de 2012, que aprovou a reedição da ICA 160-6 “Instruções Técnicas das Inspeções de Saúde na Aeronáutica”, a PORTARIA DIRSA N°96/SECS DTEC, de 10 de setembro de 2012 que aprovou a primeira modificação da ICA 160-06 e a PORTARIA DIRSA N°110/SECS DTEC, de 13 de novembro de 2012 que aprovou a segunda modificação da ICA 160-06.

Maj Brig Med JORGE MARONE DE GUSMÃO
Diretor da DIRSA

(Publicado no BCA n° 007, de 10 de janeiro de 2014)

SUMÁRIO

1. DISPOSIÇÕES PRELIMINARES	08
1.1 <u>FINALIDADE</u>	08
1.2 <u>CONCEITUAÇÃO</u>	08
1.3 <u>ÂMBITO</u>	11
1.4 <u>REQUISITOS DE APTIDÃO</u>	11
2. PATOLOGIA CLÍNICA	12
2.1 <u>GRUPO I</u>	12
2.2 <u>GRUPO II</u>	14
3. EXAMES DE IMAGEM	14
3.1 <u>INSPECIONANDOS MILITARES</u>	14
3.2 <u>INSPECIONANDOS DA AVIAÇÃO CIVIL, ATCO E OEA</u>	15
4. EXAME MÉDICO GERAL	15
4.1 <u>ANAMNESE E EXAME FÍSICO</u>	15
4.2 <u>EXAMES COMPLEMENTARES</u>	17
4.3 <u>REQUISITOS FÍSICOS</u>	17
4.4 <u>IMUNIZAÇÕES</u>	20
5. EXAME ODONTOLÓGICO	21
5.1 <u>OROSCOPIA</u>	21
5.2 <u>IMAGEM DIGITALIZADA DAS ARCADAS E MUCOSAS ORAIS</u>	21
5.3 <u>RADIOGRAFIA PANORÂMICA</u>	21
5.4 <u>EXAME CLÍNICO</u>	21
5.5 <u>EXAME RADIOGRÁFICO PERIAPICAL</u>	22
5.6 <u>REQUISITOS ODONTOLÓGICOS</u>	22
6. EXAME OFTALMOLÓGICO	25
6.1 <u>ANAMNESE</u>	25
6.2 <u>MEDIDA DA ACUIDADE VISUAL</u>	25
6.3 <u>MEDIDA DE DISTÂNCIA INTER-PUPILAR</u>	25
6.4 <u>MEDIDA DO PONTO PRÓXIMO DE CONVERGÊNCIA</u>	26
6.5 <u>INSPEÇÃO</u>	26
6.6 <u>ANEXOS</u>	26
6.7 <u>SEGMENTO ANTERIOR</u>	26
6.8 <u>MOTILIDADE EXTRÍNSECA</u>	27
6.9 <u>MOTILIDADE INTRÍSECA</u>	28
6.10 <u>OFTALMOTÔNUS</u>	28
6.11 <u>OFTALMOSCOPIA</u>	28
6.12 <u>SENSO CROMÁTICO</u>	28
6.13 <u>CAMPO VISUAL</u>	29
6.14 <u>VISÃO DE PROFUNDIDA</u>	29
6.15 <u>REFREÇÃO</u>	29
6.16 <u>TOPOGRAFIA CORNEANA</u>	29
6.17 <u>CERATOMETRIA</u>	29
6.18 <u>REQUISITOS VISUAIS</u>	29

7	EXAMES OTORRINOLARINGOLÓGICO	34
7.1	<u>ANAMNESE E EXAME FÍSICO</u>	34
7.2	<u>EXAMES COMPLEMENTARES</u>	35
7.3	<u>REQUISITOS AUDITIVOS</u>	36
8	EXAME NEUROLÓGICO	38
8.1	<u>OBRIGATORIEDADE DO EXAME NEUROLÓGICO, COM REALIZAÇÃO DO ELE TROENCEFALOGRAMA</u>	38
8.2	<u>ANAMNESE</u>	38
8.3	<u>EXAME NEUROLÓGICO</u>	38
8.4	<u>ELETOENCEFALOGRAMA (EEG)</u>	38
8.5	<u>REQUISITOS NEUROLÓGICOS</u>	40
9	EXAME PSIQUIÁTRICO E PSICOLÓGICO	41
9.1	<u>OBRIGATORIEDADE DOS EXAMES</u>	41
9.2	<u>ROTINA DO EXAME PSIQUIÁTRICO E PSICOLÓGICO</u>	41
9.3	<u>REQUISITOS PSÍQUICOS</u>	43
10	EXAME CARDIOLÓGICO	44
10.1	<u>OBRIGATORIEDADE DO EXAME</u>	44
10.2	<u>ANAMNESE DIRIGIDA</u>	44
10.3	<u>EXAME FÍSICO CARDIOLÓGICO</u>	44
10.4	<u>ELETOCARDIOGRAMA DE REPOUSO</u>	44
10.5	<u>TESTE ERGOMÉTRICO</u>	45
10.6	<u>ANÁLISE DE RESULTADOS</u>	45
10.7	<u>REQUISITOS CARDIOCIRCULATÓRIOS E VASCULAR PERIFÉRICO</u>	45
11	EXAME GINECOLÓGICO E OBSTÉTRICO	47
11.1	<u>EXAME GINECOLÓGICO DE MILITARES E CIVIS DA AERONÁUTI- CA</u>	47
11.2	<u>EXAME GINECOLÓGICO DO PESSOAL FEMININO DA AVIAÇÃO CIVIL ATCO E OEA</u>	48
11.3	<u>PROCEDIMENTOS A SEREM ADOTADOS NOS CASOS DE GRAVIDEZ</u>	51
12	EXAME NEFROLÓGICO E UROLÓGICO	53
13	REQUISITOS ORTOPÉDICOS	55
13.1	<u>ESCOLIOSE</u>	55
14	REQUISITOS PNEUMOLÓGICOS	57
15	REQUISITOS GASTROENTEROLÓGICOS	58
16	CAUSAS DE INCAPACIDADE EM INSPEÇÃO DE SAÚDE NA AERONÁUTICA...	59

17	PROCEDIMENTOS EM CASOS DE DISTÚRBIOS DO METABOLISMO DA GLICOSE	
	60
17.3	<u>PROCEDIMENTOS NAS INSPEÇÕES DE SAÚDE INICIAIS</u>	60
17.4	<u>PROCEDIMENTOS NAS INSPEÇÕES DE SAÚDE PERIÓDICAS</u>	61
18	CASOS ESPECIAIS DE CARDIOLOGIA EM AERONAVEGANTES	63
18.1	<u>INFARTO MIOCÁRDIO</u>	63
18.2	<u>PORTADORES DE CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA OU ANGIOPLASTIA CORONARIANA, SEM INFARTO DO MIOCÁRDIO</u>
	64
18.3	<u>PROLAPSO DA VÁLVULA MITRAL (PVM)</u>	64
18.4	<u>PRE-EXCITAÇÃO VENTRICULAR (WOLF-PARKINSON-WHITE - WPW) E TAQUIARRITIMIAS GRAVES</u>	65
18.5	<u>SÍNDROME DO PR-CURTO</u>	66
18.6	<u>TAQUIARRITIMIAS GRAVES</u>	66
19	PROCEDIMENTOS EM CASOS DE SÍNDROME DE IMUNO-DEFICIÊNCIA ADQUIRIDA (SIDA/AIDS)	67
19.1	<u>CLASSIFICAÇÃO</u>	67
19.2	<u>PROCEDIMENTOS DAS JUNTAS DE SAÚDE</u>	68
20	DOCUMENTOS EXPEDIDOS PELAS JUNTAS DE SAÚDE	71
20.1	<u>CARTÃO DE SAÚDE (CS)</u>	71
20.2	<u>CERTIFICADO DE CAPACIDADE FÍSICA (CCF)</u>	71
20.3	<u>CÓPIA DE ATA DE INSPEÇÃO DE SAÚDE (AIS)</u>	72
20.4	<u>DOCUMENTO DE INFORMAÇÃO DE SAÚDE (DIS)</u>	72
20.5	<u>MENSAGEM RÁDIO</u>	72
21	DISPOSIÇÕES GERAIS	73
22	DISPOSIÇÕES FINAIS	75
	Anexo A – Requisitos de Aptidão	81
	Anexo B – Ficha de Anamnese de Inspeção Inicial	82
	Anexo C – Modelo de Cartão de Saúde (JES)	84
	Anexo D – Modelo de Cartão de Saúde (JRS)	85
	Anexo E – Ficha de Inspeção de Saúde	86
	Anexo F – Ficha de Inspeção de Saúde – Letra “G”	90
	Anexo G – Modelo de Ficha de Exame Ginecológico	92
	Anexo H – Modelo de Cópia de Ata	93
	Anexo I – Modelo de Documento de Informação de Saúde (DIS)	94
	Anexo J – Causas de Incapacidades em Exames de Saúde na Aeronáutica	95
	Anexo k - Normatização da bioimpedância nos exames de perícia médica da Aeronáutica	103

1 DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

1.1 FINALIDADE

A presente Instrução tem por finalidade estabelecer os requisitos, causas de incapacidade, normas e rotinas para a execução das Inspeções de Saúde (INSPSAU) pelas Juntas de Saúde (JS) do Sistema de Saúde da Aeronáutica (SISAU).

1.2 CONCEITUAÇÃO

1.2.1 AERONAVEGANTE

É todo militar ou civil habilitado a exercer função específica a bordo de aeronaves.

O Aeronavegante quando da função específica a bordo de aeronave, tem a designação de tripulante

1.2.2 AERONAUTA

Profissional habilitado pela ANAC, que exerce atividade a bordo de aeronave civil nacional, mediante contrato de trabalho.

1.2.2.1 Considera-se também aeronauta quem exerce atividade a bordo de aeronave estrangeira, em virtude contrato de trabalho regido pelas leis brasileiras.

1.2.3 TRIPULANTE

É o pessoal devidamente habilitado que exerce função a bordo de aeronave.

1.2.3.1 TRIPULANTE ORGÂNICO

Militar da Aeronáutica habilitado para o desempenho de função específica a bordo de aeronaves, integrante de tripulação, designado para o cumprimento de determinada função, bem como integrantes dos Quadros que compõem o Sistema de Saúde da Aeronáutica (SISAU) que estejam desempenhando missões de natureza Cívico-Social.

1.2.3.2 TRIPULANTE ORGÂNICO SUJEITO AO EXERCÍCIO CONTINUADO DA ATIVIDADE ESPECIAL DE VÔO.

São os Oficiais Aviadores e, além desses, os militares designados por autoridade competente para comporem Quadros de Tripulantes (QT) de uma Organização.

1.2.3.3 TRIPULAÇÃO

Equipe constituída de Tripulantes Orgânicos e estruturada, essencialmente, de forma a viabilizar o cumprimento de uma atividade especial de voo.

1.2.4 AEROVIÁRIO

É o trabalhador que, não sendo aeronauta, exerce função remunerada nos serviços terrestres de Empresa de Transportes Aéreos, conforme previsto no Decreto n 1.232, de 22 de junho de 1962.

1.2.5 CANDIDATO

É todo civil ou militar que se submete a uma Inspeção de Saúde para ingressar no Comando da Aeronáutica, para a concessão de licença inicial e/ou mudança de categoria na Aviação Civil, de acordo com a legislação da ANAC, bem como para obtenção de licença de

ATCO ou OEA das empresas prestadoras de Serviços de Tráfego Aéreo, de acordo com a legislação do DECEA.

1.2.6 INSPECIONANDO, PERICIADO OU EXAMINANDO

Termo genérico atribuído a todo civil ou militar que se submete a uma Inspeção de Saúde.

1.2.7 INSPEÇÕES DE SAÚDE – INSPSAU

São perícias médico-legais realizadas com a finalidade de avaliar as condições psicofísicas do pessoal civil e militar.

1.2.7.1 São realizadas pelas Juntas de Saúde (JS) do Centro de Medicina Aeroespacial (CEMAL) e pelas JS, das outras Organizações de Saúde (OSA) do COMAER, tendo como Órgão Central a Diretoria de Saúde da Aeronáutica (DIRSA), através da Junta Superior de Saúde (JSS).

1.2.8 JUNTA DE SAÚDE

São elos do SISAU, responsáveis pela análise e enquadramento legal dos pareceres emitidos pelos responsáveis pelo exame do periciado, através da realização das Inspeções de Saúde (INSPSAU), de acordo com a legislação pericial da Aeronáutica, observado o disposto na presente Instrução e nas regulamentações específicas.

1.2.8.1 PARECER

É o resultado dos exames realizados no periciado, em cada clínica, durante uma Inspeção de Saúde. É o documento que vai subsidiar o enquadramento legal da INSPSAU. De acordo com a finalidade da INSPSAU, existem dois tipos de parecer: FAVORÁVEL ou DESFAVORÁVEL.

1.2.8.1.1 Nos casos de periciados portadores de estado psicofísico parcialmente compatíveis com o serviço ou a atividade, o parecer do perito será de Favorável Com Restrição, devendo ser, obrigatoriamente, completado com a discriminação da restrição, incluindo o seu caráter temporário (com fixação de prazo em que deverão ser reexaminados) ou definitivo. A restrição poderá ser de Prazo e/ou de Função.

1.2.8.1.2 O parecer Desfavorável poderá ser temporário (devendo o perito estabelecer o prazo no qual o periciado deverá ser reexaminado, não podendo, a soma contínua deste parecer ultrapassar o tempo previsto em Lei) ou definitivo

1.2.8.2 JULGAMENTO

É o resultado de um enquadramento legal de uma INSPSAU, de acordo com a sua finalidade, com base na análise dos pareceres emitidos por cada clínica de uma Inspeção de Saúde.

O julgamento é exarado pelos membros que compõem as JS.

1.2.9 CLASSIFICAÇÃO DAS JUNTAS DE SAÚDE

1.2.9.1 JUNTA SUPERIOR DE SAÚDE (JSS);

1.2.9.2 JUNTAS ESPECIAIS DE SAÚDE (JES);

1.2.9.3 JUNTAS MISTAS ESPECIAIS DE SAÚDE (JMES);

1.2.9.4 JUNTAS REGULARES DE SAÚDE (JRS); E

1.2.9.5 JUNTAS DE SAÚDE DE EMERGÊNCIA (JSE).

1.2.10 PESSOAL DE TERRA

Termo genérico que abrange todos os civis e militares que, funcionalmente ou por prescrição regulamentar, não são obrigados ao voo.

1.2.11 PESSOAL DE VÔO

Termo genérico que abrange todos os civis e militares aeronavegantes.

1.2.12 PARAQUEDISTA DA AERONÁUTICA

É o militar possuidor de curso de paraquedista ministrado pelo Esquadrão Aeroterreste de Salvamento ou por estabelecimento congênere das Forças Armadas do Brasil, ou ainda do Exterior. Considera-se, este último, quando reconhecido pelo Comando da Aeronáutica (COMAER).

1.2.13 CONTROLADOR DE TRÁFEGO AÉREO–CTA/ATCO (*AIR TRAFFIC CONTROLLER*)

Profissional civil ou militar habilitado pelo COMAER que exerce atividades específicas de Controle de Tráfego Aéreo, de acordo com a legislação vigente.

1.2.14 OPERADOR DE ESTAÇÃO AERONÁUTICA – OEA

Profissional civil ou militar habilitado pelo COMAER que exerce atividade específica em uma Estação Prestadora dos Serviços de Telecomunicações Aeronáuticas.

1.2.15 INSPEÇÃO DE SAÚDE OCUPACIONAL – INSPSOC

Trata de exames de execução prevista na legislação trabalhista brasileira, que contempla os exames admissionais; periódicos; de retorno ao trabalho; de mudança de funções; e demissionais. Aplica-se aos empregados regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT – Decreto-Lei nº 5452 de 01 maio de 1943).

1.2.16 PRONTUÁRIO DE INSPEÇÃO DE SAÚDE – PINSPSAU

É o conjunto de documentos, composto de: original ou cópia da Ficha de Inspeção de Saúde (FIS); cópia de Ata de Inspeção de Saúde (AIS); cópia do Documento de Informações Confidenciais de Saúde (DICOS); pareceres complementares de saúde; exames complementares de saúde; e outros documentos necessários para consubstanciar o parecer final da Inspeção de Saúde.

Tais documentos devem ser mantidos arquivados nas JS, onde ficarão à disposição para futuras consultas. Tal acervo documental deverá ser adicionalmente convertido em arquivo digital, sempre que possível, para salvaguarda das informações. Deverão ser, obrigatoriamente, microfilmados no CEMAL.

1.2.17 CARTÃO DE SAÚDE MILITAR – CS

É o documento emitido por uma JS, pelo CEMAL ou pela JSS após uma INSPSAU realizada nos candidatos a militares e/ou nos militares do COMAER, em que o julgamento seja de “APTO”, de acordo com a legislação vigente.

1.2.18 CERTIFICADO MÉDICO AERONÁUTICO – CMA

É o documento emitido por uma JES, pelo CEMAL ou pela JSS após uma INSPSAU realizada no pessoal civil, candidatos a ATCO ou OEA do COMAER e/ou nos trabalhadores que exerçam as funções de ATCO ou OEA nas empresas prestadoras de Serviços de Tráfego Aéreo, quer seja em inspeção inicial ou periódica, em que o julgamento seja de “APTO”, de acordo com a legislação vigente.

O CMA também será emitido para os militares que exerçam as funções de CTA e OEA na Aviação Civil, em que o julgamento seja de “APTO”, de acordo com a legislação vigente.

1.3 ÂMBITO

A presente instrução, de observância obrigatória, aplica-se às Juntas de Saúde JS do SISAU, normatizando a realização das Inspeções de Saúde INSPSAU de Militares da Aeronáutica e ainda do pessoal que presta o Serviço Militar, de acordo com as “Instruções Gerais para Inspeção de Saúde de Conscritos nas Forças Armadas” (IGISC).

Os Abrange ainda o pessoal Civil do COMAER que exerça as funções de aeronavegantes da Aviação Civil, os Controladores de Tráfego Aéreo (ATCO) ou e os de Operadores de Estação Aeronáutica (OEA), e os empregados das empresas prestadoras de Serviço de Tráfego Aéreo (ATCO ou OEA) em consonância com julgado de acordo a legislação específica do Departamento de Controle do Espaço Aéreo (DECEA) serão inspecionados com a legislação específica.

Os aeronavegantes da Aviação Civil serão inspecionados de acordo com a legislação da Agência Nacional de Aviação Civil (ANAC).

Os Funcionários civis do COMAER, exceto ATCO e OEA serão inspecionados e julgados de acordo com a legislação específica.

1.4 REQUISITOS DE APTIDÃO

Os requisitos de aptidão das diversas especialidades militares a serem aplicados nas Inspeções de Saúde são os previstos na ICA 160-1 (“Instruções Reguladoras das Inspeções de Saúde” (IRIS), estando descritos no anexo A da presente Instrução.

Para o pessoal que exerça a função de ATCO/CTA e OEA no âmbito da Aviação Civil, os requisitos de aptidão a serem aplicados nas INSPSAU são aqueles previstos na legislação específica do DECEA.

Para o pessoal de vôo no âmbito da Aviação Civil, os requisitos de aptidão a serem aplicados nas INSPSAU são aqueles previstos na legislação específica da ANAC.

Para os servidores civis do COMAER, os requisitos de aptidão e serem aplicados nas INSPSAU são aqueles previstos na legislação específica dos servidores civis federais, exceto para ATCO/OEA civis.

2 PATOLOGIA CLÍNICA

É obrigatória a realização de exames laboratoriais em todas as Inspeções de Saúde INSPSAU, iniciais ou periódicas, nos inspecionandos civis e militares e para o pessoal ATCO/CTA ou OEA na Aviação Civil. Poderão ser dispensados dos exames laboratoriais, a critério da Junta de Saúde JS, os inspecionandos que realizaram Inspeções de Saúde INSPSAU nos últimos 90 (noventa) dias e que não apresentaram restrições ou recomendações por parte da Patologia Clínica.

Para fins da realização de exames laboratoriais os inspecionandos dividem-se em dois grupos, de acordo com a faixa etária.

2.1 GRUPO I

Inspecionandos com idade igual ou inferior a 35(trinta e cinco) anos.

Deverão realizar os seguintes exames:

2.1.1 NO SANGUE

a) Bioquímica após jejum de 12(doze) horas: dosagens de Glicose, Uréia e Creatinina, caso sejam constatados níveis anormais de glicemia, deverão ser seguidas às orientações do Capítulo 14 destas Instruções.

A dosagem do Colesterol Total e dos Triglicerídeos deverá ser realizada em todos os inspecionandos que apresentarem soro turvo;

b) Hemograma;

c) Grupo sanguíneo e fator Rh nas Inspeções de Saúde de ingressantes, sendo realizado o teste de Combs, caso necessário;

d) Sorologia para Lues através do VDRL e do FTA-ABS nos casos duvidosos; e

e) Pesquisa de anti-HIV - será realizada nas Inspeções de Saúde iniciais de candidatos militares do COMAER. Será realizada, ainda, nas Inspeções de Saúde periódicas (letra “h” da ICA 160-1 – IRIS), de 03 em 03 anos e a critério clínico nas demais inspeções. Os resultados positivos deverão ser confirmados em outra amostra de sangue e caso persista este resultado, será realizado nesta mesma amostra, nova pesquisa do anti-HIV pelo método do Western-Blot; e

f) Dosagem da Beta-HCG – será sempre realizada, previamente ao exame radiológico, nas Inspeções de Saúde INSPSAU Iniciais de candidatas civis e militares do COMAER, nas demais INSPSAU, visando à proteção do conceito ou quando houver indicação do médico perito.

2.1.2 NA URINA

Pesquisa de Elementos Anormais no Sedimento urinário (EAS). Outros exames de acordo com a indicação do médico perito

2.1.3 NAS FEZES

Exame Parasitológico de Fezes (EPF). Deverá ser obrigatoriamente realizado nas Inspeções de Saúde iniciais ou periódicas dos inspecionandos que desempenhem funções manipuladoras de alimentos. Nos demais inspecionandos será realizado a critério clínico.

2.1.4 PESQUISA DE AGENTES QUÍMICOS

Será realizada, quando necessário, no sangue ou urina, unha ou cabelo, nas Inspeções de Saúde de INSPSAU, por solicitação do médico perito. dos inspecionandos que trabalhem em ambiente que propiciem o contato com estes agentes. VIDE ALTERAÇÕES 2012.

2.1.4 PESQUISAS DE ELEMENTOS E SUBSTÂNCIAS QUÍMICAS, PSICOATIVAS, ENTORPECENTES E MEDICAMENTOSAS LÍCITAS E ILÍCITAS

Será realizada, quando necessário, a pesquisa de elementos/substâncias químicas em cabelos, pelos corpóreos, raspas de unhas, no sangue ou urina nas inspeções de saúde dos periciados potencialmente expostos a estas substâncias no ambiente de trabalho ou que se utilizem dessas, lícita ou ilícitamente, e isso possa comprometer e/ou prejudicar o desempenho das suas atividades laborais.

2.1.4.1 Serão solicitados nas inspeções de saúde dos processos seletivos para o ingresso na Aeronáutica e habilitação à matrícula nos cursos ou estágios destinados à formação ou adaptação de oficiais e de praças, da ativa e da reserva, os laudos e/ou resultados de exames toxicológicos.

2.1.4.1.1 Os exames toxicológicos serão realizados em cabelos ou pelos corpóreos ou raspas de unhas, nas empresas, instituições e laboratórios autorizados pelos órgãos fiscalizadores públicos competentes ou aqueles indicados pelo COMAER.

2.1.4.1.2 Os resultados toxicológicos serão válidos por no máximo 60 (sessenta) dias, a contar da data de coleta para o exame e no corpo do laudo deverão, obrigatoriamente, constar informações sobre os seguintes dados: identificação completa (inclusive impressão digital) e assinatura do doador e do responsável (tratando-se de menor de idade); identificação e assinatura de, no mínimo, duas testemunhas da coleta; identificação e assinatura do responsável técnico pela emissão desse laudo/resultado.

2.1.4.1.3 As substâncias a serem pesquisadas - com janela de detecção mínima de 60 (sessenta) dias - como dosagens toxicológicas são: anfetaminas (anfetamina, metanfetamina e "ecstasy"), metabólito de cocaína (cocaína e benzoylecgonine), opiáceos (heroína, codeína, morfina e 6-monoacetilmorfina), phencyclidine (pcp) e derivados da maconha, de amostras de queratina, depositados em cabelos, pelos ou raspas de unhas.

2.1.5 A critério de peritos ou dependendo da especialidade pretendida pelo candidato, poderão também ser solicitadas as dosagens de benzodiazepínicos, neurolépticos, anticonvulsivantes, antidepressivos e demais substâncias julgadas pertinentes como metais pesados e tantas outras substâncias químicas que se fizerem necessárias, relacionadas direta ou indiretamente com as atividades laborais a serem desempenhadas pelo postulante ao ingresso na Aeronáutica.

2.1.6 As pesquisas de elementos e substâncias químicas, psicoativas, entorpecentes e medicamentosas lícitas e ilícitas serão pesquisadas em cabelos, pelos corpóreos, raspas de unhas, no sangue ou urina, e dosadas por metodologias específicas e usuais à época, com janela de detecção mínima de pelo menos 60 (sessenta) dias, especificamente para exames toxicológicos; e, quanto aos laudos e/ou resultados, serão aceitos os mais recentes possíveis, em acordo com a temporalidade mínima de presença de cada uma dessas substâncias/elementos no material biológico pesquisado.

2.1.7 A positividade de qualquer um dos exames em relação às pesquisas de todas as substâncias e/ou elementos supracitados incapacitará o candidato para o fim a que se destina.

2.1.8 Somente serão aceitos os exames oriundos de empresas/laboratórios autorizados por órgãos fiscalizadores públicos competentes ou indicados pelo COMAER e no corpo dos laudos deverão, obrigatoriamente, constar informações com os seguintes dados: identificação completa (inclusive impressão digital) e assinatura do doador e do responsável (tratando-se de menor de idade); identificação e assinatura de, no mínimo, duas testemunhas da coleta; identificação e assinatura do responsável técnico pela emissão desse laudo/resultado.

2.2 GRUPO II

Inspecionandos com idade superior a 35 (trinta e cinco) anos. Realizarão todos os exames previstos no item 2.1, acrescidos, obrigatoriamente, de:

2.2.1 COLESTEROL, HDL, LDL E TRIGLICERÍDEOS

2.2.2 DOSAGEM DO PSA TOTAL (ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO)

Será obrigatória nos inspecionandos masculinos com idade igual ou acima de 45 (quarenta e cinco) anos de idade. Nos inspecionandos com idade inferior a 45 anos quando houver indicação clínica.

Observação:

Nos casos dos aeronavegantes da Aviação Civil e de servidores civis do COMAER, exceto os servidores civis ATCO ou OEA, de acordo com as legislações específicas para estes grupos

3 EXAMES DE IMAGEM

3.1 INSPECIONANDOS MILITARES

3.1.1 Nos Candidatos à Escola Preparatória de Cadetes do Ar (EPCAR); ao Curso de Formação de Oficiais Aviadores e Infantes (CFO Av. e CFO Inf.) da Academia da Força Aérea (AFA); à Aviação de Alta Performance Aviação de Caça e Ataque (Caça/Ataque); à Aviação Acrobática; à Aviação Embarcada; à Aviação de Aerosalvamento (SAR); ao Instrutor de Vôo na AFA; ao Piloto de Provas e ao Pára-quedismo Militar, serão realizados os seguintes exames radiológicos de imagem:

3.1.1.1 exame radiológico de tórax em incidência Pósterio – Anterior (PA);

3.1.1.2 exame radiológico de coluna vertebral, com o inspecionando em pé e descalço, em incidência Antero – Posterior (AP) e Perfil, incluindo como limite inferior a 1^a vértebra sacra;

3.1.1.3 exame radiológico dos seios da face (exceto Candidatos ao CFO Inf.); e

3.1.1.4 outros exames radiológicos de imagem caso haja indicação médica.

3.1.2 Nos demais candidatos o ingresso no Comando da Aeronáutica, serão realizados os seguintes exames radiológicos de imagem:

3.1.2.1 exame radiológico de tórax em incidência Pósterio – Anterior (PA); e

3.1.2.2 outros exames radiológicos de imagem caso haja indicação médica.

3.1.3 Nas Inspeções de Saúde periódicas serão realizados os seguintes exames radiológicos de imagem:

3.1.3.1 exame radiológico de tórax em incidência Pósterio – Anterior (PA); e

3.1.3.2 outros exames radiológicos de imagem caso haja indicação médica.

3.1.5 Exames de Tomografia, Ressonância Magnética e Ultrassonografia e outros exames de imagem serão realizados, excepcionalmente, a critério médico da Junta de Saúde JS.

3.2 INSPECIONANDOS DA AVIAÇÃO CIVIL, ATCO E OEA INSPECIONANDOS CIVIS OU MILITARES ATCO/CTA OU OEA

Serão realizados os exames radiológicos preconizados em Legislação Específica.

3.2.1 Nas INPSAU iniciais e periódicas deste grupo serão realizados os seguintes exames de imagens:

3.2.1.1 exame radiológico de tórax em incidência Pósterio – Anterior (PA);

3.2.1.2 Outros exames de imagens, a critério médico da JS.

3.3 AERONAVEGANTES CIVIS E SERVIDORES CIVIS DO COMAER, EXCETO OS SERVIDORES CIVIS ATCO OU OEA

Serão realizados os exames de imagem preconizados em Legislação Específica.

4 EXAME MÉDICO GERAL

4.1 ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Rotina a ser seguida:

4.1.1 ANAMNESE DIRIGIDA

Nas Inspeções de Saúde iniciais dos inspecionandos submetidos à Junta Especial de Saúde (JES), deverão ser preenchidas pelo Candidato a “Ficha de Anamnese de Inspeção Inicial”, conforme previsto nos Anexos B. Para os civis e militares que exercem atividades de Controle de Tráfego Aéreo e Operação de Estação Aeronáutica, deverão preencher a FICHA de ANAMNESE em todas as inspeções de Saúde conforme Anexo ??,

Nas Inspeções iniciais dos inspecionandos submetidos à Junta Regular de Saúde, as perguntas relativas a anamnese dirigida serão realizadas pelo médico responsável pelo exame físico geral.

4.1.2 INSPEÇÃO GERAL

4.1.2.1 Cabeça

Verificar alterações do crânio, face, boca e pavilhão auditivo.

4.1.2.2 Pescoço

Assinalar anormalidades detectadas.

4.1.2.3 Tórax

Realizar inspeção geral, acompanhada pelo exame clínico dos aparelhos cardio-circulatório e respiratório.

4.1.2.4 Abdome

Executar a inspeção, palpação, percussão e ausculta assinalando-se as anormalidades detectadas.

4.1.2.5 Genitália Masculina e Feminina

Assinalar anomalias e alterações patológicas, observadas ao exame ectoscópico.

O exame ectoscópico da genitália feminina deverá ser realizado, preferencialmente, por Oficial Médica, obrigatoriamente, com a presença de Enfermeira, Técnica de Enfermagem ou Auxiliar de Enfermagem do sexo feminino.

4.1.2.6 Membros

Verificar simetria, mobilidade, proporcionalidade, anomalias e alterações patológicas.

4.1.2.7 Coluna Vertebral

Detectar anomalias da coluna cervical, dorsal, lombar e sacrococcígea.

4.1.2.8 Medidas Antropométricas e outros dados clínicos

Altura, peso, temperatura axilar, pressão arterial, pulso, e capacidade vital, quando necessário.

Os parâmetros altura e peso estão definidos no item 4.3 desta Instrução.

4.1.2.9 Pele e anexos

São causas de incapacidade para ingresso no COMAER.

4.1.2.9.1 O candidato, civil ou militar, que apresentar cicatriz que possa, por sua natureza ou localização, em face do uso de equipamento militar e do exercício das atividades militares, vir a motivar qualquer perturbação funcional ou ulcerar-se.

4.1.2.9.2 O candidato, civil ou militar, que apresentar qualquer tipo de aplicativo do tipo “piercing”, localizado em área do corpo que fique à mostra quando trajando uniformes previstos no Regulamento de Uniformes para Militares do Comando da Aeronáutica (RUMAER).

4.1.2.9.3 Os aplicativos do tipo “piercing” que estejam em desacordo com o previsto no RUMAER, deverão ser removidos (ICA 35-10/2010).

4.1.2.9.5 O candidato, civil ou militar, que apresentar qualquer tipo de tatuagem no corpo com, símbolo ou inscrição que afete a honra pessoal o pundonor militar ou o decoro exigido aos integrantes das Forças Armadas (conforme previsto no inciso XVII do Art 20, da Lei nº 12 464, de 05/08/2011 – Dispõe sobre o ensino na Aeronáutica), que faça alusão a:

- a) Ideologias terroristas ou extremistas contrárias às instituições democráticas ou que preguem a violência e a criminalidade;
- b) Discriminação ou preconceitos de raça, credo, sexo ou origem;
- c) Idéias ou atos libidinosos; e
- d) Idéias ou atos ofensivos às Forças Armadas ou à sociedade.

4.1.2.10 Exame Urológico (REPOSICIONADO NO ITEM 12 “EXAME NEFROLÓGICO E UROLÓGICO”

O exame urológico será exigido anualmente de acordo com a seguinte normatização:

4.1.2.10.1 Toque retal preventivo quando: (REPOSICIONADO NO ITEM 12 “EXAME NEFROLÓGICO E UROLÓGICO”

- a) $PSA \geq 2.5$ ng / dl
- b) Idade ≥ 45 anos
- c) Inferior a 45 anos de idade, quando houver indicação Clínica.

4.1.2.10.2 O inspecionando poderá trazer a avaliação urológica feita pelo seu médico urologista, sendo que a aceitação da avaliação ficará a critério do CEMAL das JS, cuja validade não deverá ultrapassar 180 (cento e oitenta) dias antes da data da inspeção de saúde.

(REPOSICIONADO NO ITEM 12 “EXAME NEFROLÓGICO E UROLÓGICO”

4.2 EXAMES COMPLEMENTARES

Serão realizados os exames constantes da seção de patologia clínica e exames de imagem (Capítulos 2 e 3), e outros, caso necessário e a critério da Junta de Saúde.

Para consubstanciar os julgamentos das Juntas, poderão ser solicitados pareceres das diversas Especialidades da área de saúde.

4.3 REQUISITOS FÍSICOS

4.3.1 - ESTATURA

O Inspeccionando, civil ou militar, nas Inspeções de Saúde iniciais, deverá apresentar estatura mínima de 1,60m (sexo masculino) e 1,55m (sexo feminino). Exceto para ingresso no CFOAV da Academia da Força Aérea (AFA) quando os inspeccionandos deverão apresentar estatura mínima de 1,64m e máxima de 1,87m, para ambos os sexos, em virtude dos requisitos antropométricos exigidos pelo fabricante da cadeira de ejeção que equipa a aeronave T-27 Tucano, utilizada na Instrução de Voo da AFA e para ingresso no CPCAR quando altura máxima do inspeccionando deverá ser de 1,87m.

4.3.2 - PESO

Estruturado com base no índice de massa corpórea (IMC).

O IMC obtido é confrontado com a tabela da Organização Mundial de Saúde (OMS) que utiliza a seguinte classificação:

Tabela 1

CLASSIFICAÇÃO	IMC (Kg/m ²)
MAGREZA	< 18,5
NORMAL	18,5 a 24,9
SOBREPESO	25 a 29,9
OBESIDADE GRAU 1	30 a 34,9
OBESIDADE GRAU 2	35 a 39,9
OBESIDADE GRAU 3	≥ 40

Fonte: Projeto Diretrizes – Conselho Federal de Medicina (2004)

OBS: Os valores de IMC não dependem de idade e são iguais para ambos os sexos.

4.3.2.1 Nas Inspeções de Saúde Iniciais serão considerados como “INCAPAZES PARA O FIM A QUE SE DESTINAM”, todos os candidatos, que obtiverem os valores de IMC menores que 18,5, caracterizando a magreza, e maiores que 29,9 caracterizando obesidade.

Os Inspeccionandos incapacitados nas Inspeções de Saúde Iniciais por obesidade poderão solicitar a realização de nova inspeção, em grau de recurso, e para tal deverão submeter-se, as suas expensas, a exame de bioimpedância elétrica de acordo com o anexo K desta ICA, ou a exame de densitometria óssea, apresentando o laudo para a Junta Superior de Saúde.

4.3.2.2 Nas Inspeções de Saúde Periódicas, a Junta de Saúde avaliará o requisito de peso de acordo com o IMC.

- a) Os Inspeccionandos com IMC entre 18,5 e 24,9, serão considerados “APTOS”;
- b) Os Inspeccionandos com IMC abaixo de 18,5 (MAGREZA) e IMC de 25 a 29,9 (SOBREPESO) serão considerados “APTOS”, deverão receber a observação de que são portadores dessa condição e, portanto com indicação de acompanhamento especializado;
- c) Os Inspeccionandos com IMC entre 30 a 34,9 (OBESIDADE GRAU 1) e entre 35 a 39,9 (OBESIDADE GRAU 2), deverão receber a observação de que são portadores desse diagnóstico e validade da inspeção de saúde por prazo menor, com indicação de realizar tratamento especializado, a fim de não obterem restrições na inspeção de saúde seguinte; e
- d) Os Inspeccionandos com IMC igual ou maior do que 40 (OBESIDADE GRAU 3), deverão receber a observação de que são portadores desse diagnóstico, sendo encaminhados para tratamento especializado, podendo ter restrições temporárias a critério da Junta de Saúde. Caso esses Inspeccionandos não apresentem qualquer possibilidade de recuperação após o tratamento adequado, poderá, a critério da Junta de Saúde, ter restrições definitivas ou incapacidade definitiva para o serviço.

4.3.3 Nas Inspeções de Saúde para ingresso e periódicas do CFOAV da Academia da Força Aérea (AFA) (ambos os sexos), os inspecionandos deverão apresentar altura sentada máxima de 97,4cm e mínima de 85,1cm, distância nádega / joelho máxima de 65,2cm e mínima de 55,1cm, peso máximo de 93,53kg e mínimo de 58,65kg em virtude dos requisitos antropométricos exigidos pelo fabricante da cadeira de ejeção que equipa a aeronave T-27 Tucano, utilizada na Instrução de Voo da AFA.

4.3.3.1 Nas inspeções de Saúde para ingresso e periódicas do CPCAR os inspecionandos deverão apresentar altura sentada máxima de 97,4cm, distância nádega /joelho máxima de 65,2cm e estatura máxima de 1,87m, para atender os requisitos antropométricos do fabricante da cadeira de ejeção que equipa a aeronave T-27 Tucano, utilizada na Instrução de Voo da AFA.

Os alunos da CPCAR poderão, durante o curso, alcançar os limites mínimos, devido ao crescimento próprio da sua faixa etária, ficando, portanto, dentro da tabela do fabricante.

Para padronizar a aferição dos valores do Quadro 1, as JES examinadoras poderão utilizar a “Cadeira de Medidas Antropométricas”, seguindo as especificações do Centro de Medicina Aeroespacial (CEMAL).

QUADRO 1

TABELA DE LIMITES ANTROPOMÉTRICOS DO FABRICANTE DA CADEIRA DE EJEÇÃO DA AERONAVE TUCANO – T-27

Nº	MEDIDA	MÍNIMO	MÁXIMO
		(Kg)	(Kg)
A	Peso	58,65	93,53
		(cm)	(cm)
1	Altura sentado	85,1	97,4
2	Nádega /joelho	55,1	65,2

4.3.3.2 Os Inspecionandos que estiverem realizando Inspeção de Saúde para ingresso na AFA (ambos os sexos) e em suas inspeções periódicas, que ultrapassem o limite máximo e não atinja o limite mínimo estabelecido no item 4.3.3 terão o seguinte parecer:

- Inspeção Inicial - "Incapaz para o fim a que se destina”.
- Inspeção Periódica – “Incapaz definitivamente para o exercício da atividade aérea militar em aeronave T-27 Tucano”.

4.3.3.3 Os Inspecionandos que estiverem realizando inspeções de saúde para ingresso no CPCAR e suas inspeções periódicas que ultrapassem os limites máximos previstos no item 4.3.3.1 deverão receber o seguinte parecer:

- Inspeção Inicial - "Incapaz para o fim a que se destina”.
- Inspeção Periódica – “Incapaz definitivamente para o exercício da atividade aérea militar em aeronave T-27 Tucano”.

4.3.3.4 Além dos índices do fabricante da cadeira de ejeção previsto no Quadro 1 os candidatos do CPCAR e CFOAV deverão satisfazer o IMC previsto no item 4.3.2.1 e nas inspeções periódica o IMC previsto no item 4.3.2.2.

4.4 IMUNIZAÇÕES

Serão de realização compulsória em todos os militares da ativa e funcionários civis, de acordo com a distribuição prescrita no item nº 2 da ICA 160-8 (Imunizações) de 12 de novembro de 2008.

Trata-se de procedimento obrigatório, por ocasião das Inspeções de Saúde Iniciais e Periódicas, a apresentação dos certificados de vacinação anti-amarela, antitetânica e anti-hepatite B para todos os aeronavegantes militares. O mesmo se aplica, em especial, para o pessoal da área de saúde e demais militares e funcionários civis do COMAER que servem na região amazônica.

Outras imunizações poderão ser requeridas, a critério das Juntas de Saúde, em virtude de epidemias ou outras condições em que se façam necessárias, e ainda aquelas indicadas para regiões ou áreas correspondentes a prevalência e/ou incidência de doenças, seja no território nacional ou no exterior, conforme o prescrito nos itens 2.3, 2.4 e 2.5 da ICA 160-8 (Imunizações) de 12 de novembro de 2008.

Os civis que exercer funções de Controle de Tráfego Aéreo e Operação de Estação Aeronáutica, as imunizações serão realizadas de acordo com a legislação do DECEA.

5 EXAME ODONTOLÓGICO

5.1 OROSCOPIA

Será obrigatória em todas as Inspeções de Saúde. Deverão ser anotadas todas as próteses, ausências dentárias, alterações nos elementos dentários, mucosas, tecidos periodontais e anexos da cavidade oral. A atualização do odontograma legal deverá ser realizada a cada cinco anos.

5.2 IMAGEM DIGITALIZADA DAS ARCADAS E MUCOSAS ORAIS

Será realizada, nas JES que possuem os meios necessários, nas Inspeções de Saúde iniciais de candidatos à aeronavegantes e nas periódicas destes, quando houver modificação na configuração do odontograma, a critério clínico.

Serão feitas 04 (quatro) incidências na seguinte seqüência:

- a) arcada superior - com afastador labial;
- b) arcada inferior - com afastador labial;
- c) mordida em oclusão cêntrica - com afastador labial; e
- d) face - frontal.

5.3 RADIOGRAFIA PANORÂMICA

Será realizada em todas as Inspeções de Saúde iniciais de aeronavegantes militares e civis, e nas revalidações dos odontogramas legais a cada período de cinco anos ou quando existirem alterações significativas a critério clínico.

5.4 EXAME CLÍNICO

Realizar a inspeção e palpação de: lábios, língua, mucosas, assoalho da boca, gengiva, palato, anexos salivares e ganglionares.

5.4.1 ASPECTO SANITÁRIO

Observar as condições de higiene da boca.

5.4.2 ASPECTO ESTÉTICO MORFOLÓGICO

5.4.2.1 Verificar a existência de cicatrizes e lesões dos maxilares e partes moles da boca, que causem desfiguração ou dificuldade na clareza da articulação verbal.

5.4.2.2 Observar modificações acentuadas na coloração dos dentes e a existência de restaurações inadequadas, que comprometam o aspecto estético.

5.4.3 ASPECTO FUNCIONAL

Registrar, reproduzindo com fidelidade, as cáries e ausências dentárias, restaurações e próteses, guardando as relações de localização nas superfícies dentárias (mesial, distal, vestibular, palatina/lingual, oclusal, cervical; simples ou complexas).

5.4.4 OBSERVAÇÕES TÉCNICAS

Anotar como Observações Técnicas, para fins de melhor seleção, controle e identificação odonto-legal, os seguintes detalhes:

5.4.4.1 Anomalias Dentárias:

- a) de forma (nanismo, gigantismo e outras);
- b) de posição (ectopias, versões, migrações, diastemas e outras); e
- c) de estruturas (hipoplasias, manchas e outras).

5.4.4.2 Material Tipo de restaurações empregadas nos elementos dentários nas próteses

- a) coroa metalocerâmica (CMC) porcelana
- b) ouro restauração metálica fundida (RMF)
- c) aço prótese parcial removível (PPR) cromo-cobalto,
- d) amálgamas de prata (AP)
- e) resinas composta e compósitos (RC)
- f) coroa veneer (CV)
- g) prótese total (PT)
- h) prótese fixa (PF)
- i) prótese de cerâmica (PC)

5.4.4.3 Anomalias ósseas (torus palatino e mandibular, fissuras e outras).

5.4.4.4 Alterações dos anexos da boca (macroglossia, microglossia, rânula e outras), afecções periodontais, afecções periapicais e alterações histológicas macroscópicas (leucoplasias, hiperplasias e outras).

5.4.4.5 Máloclusões dentárias (usar classificação de Angle - 03 classes Classe I, II e III).

5.4.4.6 Alterações severas dos tecidos periodontais (perda de inserção maior que 2/3 da raiz e/ou bolsas periodontais ativas).

5.4.4.7 Presença de implante(s) dentário(s) evidenciado(s) em exame clínico e/ou radiográficos.

5.4.4.8 Outras alterações que forem consideradas significativas para o registro.

5.5 EXAME RADIOGRÁFICO PERIAPICAL

Auxilia o exame clínico e além dos previstos nos itens 5.2 e 5.3, será realizado a critério clínico.

5.6 REQUISITOS ODONTOLÓGICOS

5.6.1 REQUISITO ODONTOLÓGICO Nº 1

Aplicado nas Inspeções de Saúde iniciais dos candidatos, militares e civis, ao ingresso no COMAER.

5.6.1.1 Presença de todos os dentes anteriores naturais, incisivos e caninos, tolerando-se próteses ou soluções decorrentes de terapia ortodôntica que satisfaçam à estética e à função mastigatória e fonética.

5.6.1.2 Presença de, no mínimo, 04 (quatro) molares naturais, 01 (um) em cada hemi-arcada. Os espaços existentes, em decorrência de ausências de molares e/ou pré-molares, deverão estar ocupados por próteses que satisfaçam à estética e função mastigatória.

5.6.1.3 Ausência de cáries e/ou restaurações provisórias extensas.

5.6.1.4 Ausência de moléstias periodontais avançadas (mobilidade dentária grau 2 e 3) evidenciáveis ao exame visual clínico e/ou radiográfico.

5.6.1.5 Ausência de afecções periapicais constatadas visualmente evidenciadas em exames clínicos e/ou radiográficos de dentes suspeitos.

5.6.1.6 Ausência de más- oclusões esqueléticas Classe II (cefalometria com ângulo ANB maior que 6° e/ou *overjet* igual ou maior a 6 mm) ou Classe III (cefalometria com ângulo ANB menor que 1° negativo e *overjet* reverso igual ou maior que 2 mm) do tipo classe II severa e classe III de Angle, tipo óssea, que prejudiquem as funções fonética e/ou mastigatória.

5.6.1.7 Ausência de neoplasia maligna, qualquer que seja o tipo ou localização, e de enfermidades detectadas clínica e radiograficamente no complexo maxilofacial tais como cistos e tumores benignos e deformidades esqueléticas ou dento-esqueléticas (ortognáticas) que comprometam o bom desenvolvimento das funções a serem exercidas pelo inspecionando.

5.6.2 REQUISITO ODONTOLÓGICO N° 2

Aplicado nas Inspeções de Saúde periódicas dos inspecionandos do COMAER.

5.6.2. Presença de todos os dentes anteriores naturais, incisivos e caninos, tolerando-se próteses ou soluções decorrentes de terapia ortodôntica que satisfaçam à estética e à função mastigatória e da fonética.

5.6.2.2 Presença de, no mínimo, 01 (um) pré-molar e 01 (um) molar, em cada hemi-arcada, naturais, ou substituídos por próteses que satisfaçam à estética e à função mastigatória.

5.6.2.3 Ausência de cáries e/ou restaurações provisórias extensas.

No caso da presença desse tipo de patologia, o parecer será FAVORÁVEL (com restrição de prazo) devendo proceder o tratamento, devendo retornar para nova inspeção em 90 (noventa) dias.

5.6.2.4 Ausência de moléstias periodontais avançadas (mobilidade dentária grau 2 e 3) evidenciáveis ao exame visual clínico e/ou radiográfico.

No caso da presença desse tipo de patologia, o parecer será FAVORÁVEL (com restrição de prazo) devendo proceder o tratamento, devendo retornar para nova inspeção em 90 (noventa) dias.

5.6.2.5 Ausência de afecções periapicais constatadas visualmente evidenciadas em exames clínicos e/ou radiográficos de dentes suspeitos.

No caso da presença desse tipo de patologia, o parecer será FAVORÁVEL (com restrição de prazo) devendo proceder o tratamento, devendo retornar para nova inspeção em 90 (noventa) dias.

5.6.2.6 Ausência de neoplasia maligna, qualquer que seja o tipo ou localização, e de enfermidades detectadas clínica e radiograficamente no complexo maxilofacial tais como cistos e tumores benignos e deformidades esqueléticas ou dento-esqueléticas (ortognáticas) que comprometam o bom desenvolvimento das funções a serem exercidas pelo inspecionando.

5.6.3 REQUISITO ODONTOLÓGICO N^o 3

Aplicado aos inspecionandos para a prestação do Serviço Militar, de acordo com as “Instruções Gerais para Inspeção de Saúde de Conscritos nas Forças Armadas (IGISC)”.

5.6.1.1 Presença de 24 (vinte e quatro) dentes naturais ou artificiais, não sendo toleradas próteses totais superiores ou inferiores.

5.6.1.2 Presença de 4 (quatro) molares, 2 (dois) a 2 (dois) em oclusão em cada lado, naturais ou artificiais desde que que satisfaçam às funções mastigatórias.

5.6.1.3 Todos os dentes anteriores, incisivos e caninos (bateria labial) tolerando-se dentes artificiais desde que satisfação as funções mastigatórias e da fonética. Ausência de cáries e/ou restaurações provisórias extensas.

5.6.1.4 Ausência de doenças periodontais e afecções periapicais evidenciáveis ao exame clínico.

5.6.1.5 Ausência de cáries situadas na bateria labial e cáries não passíveis de restauração tolerando-se sua presença, desde que a extração dos elementos atingidos não comprometa o mínimo de dentes exigidos.

5.6.1.6 Ausência de neoplasia maligna, qualquer que seja o tipo ou localização, e de enfermidades detectadas clínica e radiograficamente no complexo maxilofacial tais como cistos e tumores benignos e deformidades esqueléticas ou dento-esqueléticas (ortognáticas) que comprometam o bom desenvolvimento das funções a serem exercidas pelo inspecionando.

6 EXAME OFTALMOLÓGICO

6.1 ANAMNESE

Verificar história de doença oftalmológica (pessoal ou familiar) traumatismo ocular ou cirurgia; perda de visão ou diplopia; uso de óculos e antecedentes de sensibilização medicamentosa.

6.2 MEDIDA DA ACUIDADE VISUAL

6.2.1 PARA LONGE

Deve ser realizada em uma sala de, no mínimo, seis sete metros de comprimento, com iluminação atenuada (penumbra), utilizando-se o projetor de optotipos projetados a uma distância de 06 (seis) metros do examinando.

O examinador deverá ficar de frente para o examinando observando as suas reações, impedindo que este remova o oclisor ou que contraia as pálpebras (fenda estenopecica) ou adote uma atitude viciosa da cabeça (visão extramacular).

O examinando deverá ser colocado a seis metros ou vinte pés de distância da escala de optotipos; se usar óculos, deverá retirá-los antes do exame.

O examinador lhe ocluirá um dos olhos e o instruirá para manter ambos os olhos abertos. O oclisor não mais deverá tocar qualquer parte do olho que estará em contato com o lado do nariz. Os caracteres deverão ser lidos no sentido dos menores para os maiores, e o menor deles lido deverá ser registrado como a melhor acuidade visual deste olho. Em seguida, repete-se o mesmo procedimento para o outro olho.

O inspecionando que usar óculos rotineiramente deverá ser testado com e sem os óculos, sendo então anotada sua acuidade, com e sem correção, no local indicado na ficha de inspeção de saúde.

Havendo suspeita de memorização, recorrer a outros caracteres.

Esgotados todos os optotipos da escala, o examinador recorrerá à contagem de dedos, especificando a distância a que eles são percebidos.

Não sendo vistos os dedos, pesquisar se há percepção de vultos e a que distância. Não percebendo vultos, far-se-á pesquisa de percepção e projeção luminosas. Não percebida a luz, anota-se “amaurose”.

6.2.2 PARA PERTO

Será determinada, separadamente em cada olho, usando-se as tabelas de Snellen (S) ou Jaeger (J), a uma distância de trinta e cinco centímetros, anotando-se o menor texto lido com desembaraço, com ou sem correção.

A tabela consta de seis textos, sendo o menor equivalente a J1, o segundo a J2, o terceiro a J4, o quarto a J6, o quinto a J8 e o último a J10.

6.3 MEDIDA DE DISTÂNCIA INTER-PUPILAR (DP)

É feita com uma régua milimetrada, medindo-se a distância entre o bordo externo da pupila de um lado e o bordo interno da pupila do outro e o examinando com o olhar dirigido para longe.

6.4 MEDIDA DO PONTO PRÓXIMO DE CONVERGÊNCIA (PPC)

É feita utilizando-se uma régua milimetrada colocada perpendicularmente à face, na base do nariz, solicitando ao inspecionando olhar fixamente para o estímulo (ponta da caneta, ponto luminoso, etc.) que se aproxima de seus olhos, pedindo-se que informe até que distância consegue ver um só estímulo. O PPC não deverá exceder a distância inter-pupillar.

6.5 INSPEÇÃO

Verificar se há alguma anormalidade óssea da órbita ou assimetria facial. Atentar para a existência de exoftalmia, enoftalmia ou desvio manifesto dos eixos visuais e quaisquer anormalidades porventura detectadas.

6.6 ANEXOS

6.6.1 APARELHO LACRIMAL

Presença de epífora, situação dos pontos lacrimais; exercer pressão sobre o saco lacrimal para constatar se há refluxo pelo ponto lacrimal;

6.6.2 PÁLPEBRAS

Presença de ptoses, implantação dos cílios, inversão ou eversão das pálpebras, presença de inflamação nos bordos palpebrais, presença de tumores ou cistos; e

6.6.3 CONJUNTIVA

As conjuntivas palpebral e bulbar deverão ser examinadas pela eversão da pálpebra inferior e pelo exame direto com afastamento manual das mesmas o máximo possível.

6.7 SEGMENTO ANTERIOR

6.7.1 CÓRNEA

Biomicroscopia da córnea para verificação de processo inflamatório, perda de transparência, distrofias e ceratocone;

6.7.2 CÂMARA ANTERIOR

Verificação da profundidade do ângulo camerular e do fenômeno de Tyndall;

6.7.3 ÍRIS

Aspecto, coloração, vascularização, sinéquias anteriores e posteriores, cistos e tumores;

6.7.4 PUPILAS

Forma e reações;

6.7.5 CRISTALINO

Transparência ou opacidades.

6.8 MOTILIDADE EXTRÍNSECA

6.8.1 VERIFICAÇÃO DAS EXCURSÕES OCULARES NOS OITO PONTOS CARDINAIS

Aplicação do “cover test” e “cover-uncover test” para verificação de forias e tropias para longe e perto.

Esses testes são feitos com um oclutor, fixando o inspecionando num ponto luminoso longe e perto, conforme o caso, verificando o examinador os movimentos apresentados após a oclusão e abertura dos olhos.

6.8.2 DETERMINAÇÕES DAS FORIAS

Após a verificação do item anterior, determina-se as forias, utilizando a baqueta de Maddox e o prisma rotatório de Risley.

Senta-se o inspecionando na cadeira do equipo com ambos os olhos abertos e adapta-se o refrator de Greens.

Projetando-se um ponto luminoso à frente do inspecionando, é perguntado quantos pontos luminosos ele está vendo. Coloca-se, a seguir, no olho esquerdo do examinando, a baqueta de Maddox com as varetas do prisma no sentido horizontal. Novamente pergunta-se ao examinando o que está vendo. Ele deverá responder que está vendo um traço (estria) luminoso no sentido vertical e um ponto luminoso.

Em seguida, é indagado se o traço está à esquerda ou à direita do ponto luminoso; se houver exoforia, o traço deverá estar à direita; se endoforia, responderá que o traço estará à esquerda e no caso de uma ortoforia, relatará que o traço corta o ponto.

Estarão diagnosticadas as forias de horizontalidade, porém para medi-las utilizamos o prisma de Risley, instalado no olho direito.

A marcação de base do prisma deverá coincidir com o zero da escala. Tratando-se de uma endoforia, a base do prisma será deslocada para fora, para o lado temporal; quando o inspecionando informar que o traço luminoso coincide com o ponto, deve-se fazer a leitura que é dada em prismas - dioptrias, continuando, retira-se o prisma de Risley e inverte-se a posição da baqueta, ou seja, as varetas do prisma, em sentido vertical.

Pergunta-se ao examinando o que está vendo. Deverá ser respondido que vê um traço ou uma estria luminosa horizontal e um ponto luminoso. É indagado se o traço luminoso está acima, abaixo, ou cortando o ponto. Se cortando, ortoforia; se estiver acima, hiperforia esquerda; se tiver abaixo, hiperforia direita.

Feito o diagnóstico, mede-se o grau de foria, voltando-se a colocar o prisma de Risley no olho, direito. A base do prisma deverá coincidir com o zero da escala (lado temporal). A seguir, gira-se a base do prisma para cima, no caso em que o traço é dito estar abaixo ou gira-se a base do prisma para baixo, quando o traço é declarado estar acima. Quando for referida a coincidência de traço e ponto, lê-se na escala do prisma o valor da foria.

6.8.3 CAPACIDADE DE DIVERGÊNCIA

Adaptamos o refrator de Greens em ambos os olhos abertos do inspecionando e perguntamos se ele está vendo um ponto luminoso à distância. Resposta afirmativa, colocamos em seguida num dos olhos do inspecionando o prisma de Risley, com a base voltada para cima coincidindo com o zero da escala. Em seguida, desloca-se a base do prisma no sentido nasal e solicitamos ao examinando que informe quando o ponto luminoso se separa em dois para ser lida na escala do prisma a capacidade de divergência dada em prismas-dioptrias.

6.9 MOTILIDADE INTRÍNSECA

Pesquisa dos reflexos foto-motor, acomodação-convergência e consensual.

6.9.1 REFLEXO FOTO-MOTOR

Será ocluído um dos olhos enquanto se projeta sobre o outro um foco luminoso. A reação normal é de contração da pupila.

6.9.2 REFLEXO DE ACOMODAÇÃO-CONVERGÊNCIA

Solicita-se que o inspecionando observe um objeto ou mesmo um texto de leitura próximo a seus olhos. Observa-se miose, quando presente o reflexo.

6.9.3 REFLEXO CONSENSUAL

Ilumina-se diretamente um dos olhos, cuidando-se que o outro receba o mínimo da luz utilizada. Se positivo o reflexo, observar-se-á uma contração da pupila no olho menos iluminado.

6.10 OFTALMOTÔNUS

A medida da tensão intra-ocular deverá ser feita, sempre que possível, com o “tonômetro de aplanção”, ou com o “tonômetro de pulso de ar” considerando-se como normais os limites tensionais entre 10 e 20 mm de Hg, porém na ausência de um tonômetro de aplanção utilizar-se-á o tonômetro de Schiøtz (Identação) e na ausência dos dois, em última instância, será efetuada a tonometria bi-digital. Para anestésiar os olhos usaremos os colírios anestésicos e como corante, a fluoresceína.

6.10.1 TONÔMETRO DE APLANAÇÃO

Coloca-se o inspecionando na “lâmpada de fenda”, onde deverá estar adaptado o tonômetro de aplanção. Com o inspecionando olhando para frente e com os olhos abertos, encosta-se na córnea do examinando o cone do tonômetro e faz-se a ajustagem das senóides, lendo-se no tambor do aparelho diretamente o valor da tensão ocular.

6.10.2 TONÔMETRO DE PULSOS DE AR

O inspecionando coloca o seu queixo sobre um suporte acochoado e é orientado a fixar o olhar no aparelho de exame, o examinador dirige um feixe brilhante de luz no olho para alinhar o instrumento de forma correta, depois de alinhado dispara-se um breve jato de ar no olho. O aparelho calcula a pressão intraocular de acordo com a alteração da luz refletida na córnea enquanto o jato de ar é disparado.

6.11 OFTALMOSCOPIA

Deverá ser feita, quando necessária, com a pupila dilatada com colírio midriático, o qual não deverá ser usado se houver qualquer evidência de aumento de tensão intra-ocular.

Especial atenção deverá ser tomada para a cor, superfície e margens da pupila, presença de qualquer hemorragia, exsudatos ou cicatrizes retinianas, qualquer anormalidade de pigmentação ou atrofia retiniana, qualquer elevação e condição da rede vascular retiniana. A mácula deverá ser examinada especialmente para se detectar qualquer alteração.

6.12 SENSO CROMÁTICO

Usa-se primeiramente a prancha pseudo-isocromática de Ishihara, anotando-se os erros. No caso de haver mais de três interpretações incorretas, o examinando deverá reconhecer com facilidade as cores usadas em aviação, (vermelha, verde, azul, âmbar e branca). Nos casos suspeitos de discromatopsia, outros tipos de testes poderão ser realizados para melhor avaliação.

6.13 CAMPO VISUAL

Será realizado a critério do especialista e deverá ser usado o “Perímetro de Goldmann” ou similar. Serão pesquisadas quatro isópteras (1/4, 1/3, 1/2 e 1/1).

Serão considerados normais na isóptera mais periférica (1/4) os limites: temporal – 90° ou mais; superior – 50°; nasal – 60° e inferior – 70°.

6.14 VISÃO DE PROFUNDIDADE

Deve ser pesquisada usando-se o “teste da mosca” (Stereotest Titmus) ou o aparelho telebinocular de Keystone ou o teste de visão de profundidade constante dos aparelhos do tipo “Ortho-Rather”.

6.14.1 “TESTE DA MOSCA”

O examinando deverá usar óculos “Polaroide” para identificar os caracteres que lhe são apresentados, apontando o detalhe que sobressai. Será incapacitado quando não vê as figuras em seus diferentes planos.

6.14.2 APARELHO TELE BINOCULAR DE KEYSTONE

Deverão ser identificadas as figuras, dizendo em cada fileira, qual delas sobressai. Atingindo-se a leitura da metade do número de linhas mais uma, sua visão de profundidade será considerada normal.

6.14.3 “ORTHO-RATER”

O examinando, ajustado ao aparelho, deverá dizer qual dos círculos numerados se destaca mais; qual deles parece estar mais perto dos olhos. Deverá responder, sem vacilar, até a metade do número de linhas mais uma, sua visão de profundidade será considerada normal.

6.15 REFRAÇÃO

A refração poderá ser estática ou dinâmica. Quando estática deverá ser feita sob cicloplegia, usando-se o colírio de Homatropina a dois por cento ou os ciclopentolatos (cicloplégico, ciclopentalato) ou Midriacyl a um por cento, usando-se uma gota em cada olho, com intervalo de cinco minutos, no total de três gotas, procedendo-se ao exame no fim de cinco minutos (após a última gota).

6.16 TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CORNEANA CÓRNEA

Será realizada Poderá ser solicitada a critério do especialista.

6.17 CERATOMETRIA

Deverá ser realizada nos casos em que o especialista observe faixas irregulares na esquiascopia.

6.18 REQUISITOS VISUAIS

6.18.1 REQUISITO VISUAL Nº 1

Aplicado nas Inspeções de Saúde iniciais dos candidatos a Oficial Aviador (CFOAV), dos candidatos e alunos do Curso Preparatório de Cadetes-do-Ar (CPCAR) e nas inspeções de saúde periódicas dos Cadetes Aviadores não-solo da AFA.

6.18.1.1 Acuidade visual a 6 (seis) metros

Visão igual a 1,0 (20/20) em cada olho, separadamente, sem correção.

6.18.1.2 Acuidade visual a 35 (trinta e cinco) centímetros

J-1 em cada olho, separadamente, sem correção.

6.18.1.3 Senso cromático

Pesquisado inicialmente através das Pranchas Pseudo-Isocromáticas, de Ishihara admitindo-se até 03 (três) interpretações incorretas.

6.18.1.4 Motilidade ocular extrínseca

- a) Índices forométricos a 06 (seis) metros, em caso de foria, admite-se os limites nos índices forométricos a 06 (seis) metros, de acordo com o quadro 2:

QUADRO 2
ÍNDICES FOROMÉTRICOS

ENDOFORIA	até 10 05 dioptrias prismáticas
EXOFORIA	até 05 10 dioptrias prismáticas
HIPERFORIA	até 01 dioptria prismática

- b) Capacidade de divergência: de 03 (três) a 15 (quinze) dioptrias prismáticas. A divergência deve ser igual ou exceder à endoforia. A capacidade de vergência fusional, compensatória para aquele tipo de desvio, deverá exceder a heteroforia;e

- c) Poder de convergência: o ponto de convergência (PC) não deve exceder à distância interpupilar (DP).

6.18.1.5 Campo visual

Qualquer escotoma central ou para-central inabilita. Não deverá apresentar contração maior do que 15 (quinze) graus em qualquer meridiano, considerado os limites constantes no quadro 3 (exame realizado a critério do especialista):

QUADRO 3
CAMPO VISUAL - LIMITES

TEMPORAL	90 graus
SUPERIOR	50 graus
NASAL	60 graus
INFERIOR	70 graus

6.18.1.6 Visão de profundidade

Será pesquisada em aparelho específico, “Keystone ou Ortho-Rater”. Será considerada normal a leitura da metade do número de linhas mais uma.

6.18.1.7 Oftalmotônus

Normal, entre 10 a 20 mm/Hg.

OBSERVAÇÕES:

1º) Para os candidatos ao Curso Preparatório de Cadetes do Ar (CPCAR) e candidatos a Oficiais Aviadores (CFOAv), a acuidade visual a seis metros será: visão igual a 1,0 (20/20) em cada olho, separadamente, sem correção, devendo apresentar no máximo +2,25 D no meridiano de maior valor dióptrico e diferença entre os meridianos (astigmatismo) de no máximo 0,75.

Os portadores de dioptrias esféricas negativas (miopia) serão incapacitados.
O exame refratométrico deverá ser realizado, obrigatoriamente, sob cicloplegia.

2º) Os candidatos ao CPCAR e ao Curso de Formação de Oficial Aviador (CFOAv) da Academia da Força Aérea (AFA) que foram submetidos à cirurgia refrativa (CERATOTOMIA RADIAL) serão incapacitados.

3º) Os candidatos ao CPCAR e ao Curso de Formação de Oficial Aviador (CFOAv) da Academia da Força Aérea (AFA) que usaram lente(s) de contato que provoca(m) normalidade da curvatura da córnea deverão ser reexaminados sem o efeito da ortoceratologia.

6.18.2 REQUISITO VISUAL N° 2:

Aplicado nas Inspeções de Saúde iniciais dos candidatos ao ingresso ao CFOINF da AFA, dos militares que exercerão atividade de pára-quedismo e de busca e salvamento e dos candidatos a graduados do COMAER nas especialidades de Aeronavegantes e de Controle do Tráfego Aéreo. Aplicado, ainda, nas Inspeções de Saúde periódicas dos Oficiais Aviadores e Cadetes Aviadores solo da AFA.

6.18.2.1 Acuidade visual a 06 (seis) metros

Visão igual a 0,5 (20/40), em cada olho, separadamente, sem correção, desde que, com o uso de lentes corretoras, atinja visão igual a 1,0 (20/20).

6.18.2.2 Acuidade visual a 35 (trinta e cinco) centímetros

J-2 em cada olho, separadamente, sem correção, e J-1 com correção.

6.18.2.3 Campo visual

Normal, pesquisado em relação ao campo visual do examinador.

6.18.2.4 Senso cromático

Pesquisado inicialmente através das Pranchas Pseudo-Isocromáticas, de Ishihara, admitindo-se até 03 (três) interpretações incorretas.

6.18.2.5 Motilidade ocular extrínseca

- a) Índices forométricos a 06 (seis) metros, em caso de foria, admite-se os limites nos índices forométricos a 06 (seis) metros, de acordo com o quadro 2:
- b) Capacidade de divergência: de 03 (três) a 15 (quinze) dioptrias prismáticas. A divergência deve ser igual ou exceder à endoforia; b) A capacidade de vergência fusional, compensatória para aquele tipo de desvio, deverá exceder a heteroforia e

- c) Poder de convergência: o ponto de convergência (PC) não deve exceder à distância interpupilar (DP).

6.18.2.6 Visão de profundidade

Será pesquisada em aparelho específico, “Keystone ou Ortho-Rater”. Será considerada normal a leitura da metade do número de linhas mais uma.

6.18.2.7 Oftalmotônus

Normal, entre 10 a 20 mm/Hg.

6.18.3 **REQUISITO VISUAL Nº 3:**

Aplicado nas Inspeções de Saúde iniciais dos candidatos a Oficial do COMAER, exceto nas dos Quadros de Aviadores e de Infantaria, dos candidatos a graduados do COMAER nas especialidades de não-aeronavegantes, e nas Inspeções de Saúde iniciais e periódicas dos Controladores de Tráfego Aéreo e dos Operadores de Estação Aeronáutica.

6.18.3.1 Acuidade visual a 06 (seis) metros

Visão igual a 0.1 (20/200), em cada olho, separadamente, sem correção, desde que, com o uso de lentes corretoras atinja visão igual a 0.66 (20/30) no mínimo em cada olho, separadamente.

6.18.3.2 Acuidade visual a 35 (trinta e cinco) centímetros

J-4, em cada olho, separadamente, sem correção, e J-1 com correção.

6.18.3.3 Motilidade ocular extrínseca

Excursões oculares normais nas 08 (oito) posições cardinais.

6.18.3.4 Campo visual

Normal, pesquisado em relação ao campo visual do examinador.

6.18.3.5 Senso cromático

Pesquisado através das Pranchas Pseudo-Isocromáticas. Ocorrendo mais de 08 interpretações incorretas o inspecionando poderá qualificar-se, desde que reconheça, com facilidade, as cores VERMELHA, VERDE, AZUL, ÂMBAR E BRANCA, utilizadas em aviação.

6.18.3.6 Oftalmotônus

Normal, entre 10 a 20 mm/Hg.

6.18.4 REQUISITO VISUAL Nº 4

Aplicado nas Inspeções de Saúde periódicas dos militares do COMAER, exceto nas dos Oficiais Aviadores e Cadetes Aviadores da AFA, nas inspeções iniciais de militares da reserva e reformados por idade, candidatos à prestação de Tarefa por Tempo Certo (TTC).

6.18.4.1 Acuidade visual a 06 (seis) metros

Visão igual a 0,66 (20/30), em cada olho, separadamente, com ou sem correção.

6.18.4.2 Acuidade visual a 35 (trinta e cinco) centímetros

J-4, em cada olho, separadamente, sem correção, e J-1 com correção.

6.18.4.3 Motilidade ocular extrínseca

Excursões oculares normais nas 08 (oito) posições cardinais.

6.18.4.4 Campo visual

Normal, pesquisado em relação ao campo visual do examinador.

6.18.4.5 Senso cromático

Pesquisado através das Pranchas Pseudo-Isocromáticas. Ocorrendo mais de 08 interpretações incorretas o inspecionando poderá qualificar-se, desde que reconheça, com facilidade, as cores VERMELHA, VERDE, AZUL, ÂMBAR E BRANCA, utilizadas em aviação.

6.18.4.6 Oftalmotônus

Normal, entre 10 a 20 mm/Hg.

6.18.5 REQUISITO VISUAL N° 5

Nas Inspeções de Saúde periódicas dos militares do COMAER, cuja atividade não exija perfeita visão de profundidade, é admissível, à critério do especialista, visão nula de um dos olhos, desde que no outro olho a acuidade visual atinja, no mínimo, 0,66 (20/30) sem correção. São exigidos, nestes casos, os demais itens do requisito visual n° 4.

7 EXAME OTORRINOLARINGOLÓGICO

7.1 ANAMNESE E EXAME FÍSICO

A anamnese estará dirigida para as alterações clínicas relacionadas a nariz, cavidades paranasais, orofaringe, laringe e ouvido.

No exame físico, durante a técnica de iluminação, o examinador, o paciente e o foco de iluminação direta ou indireta devem estar no mesmo plano.

7.1.1 OROFARINGOSCOPIA

Observar a presença de lesões em lábios, arcada dentária, assoalho da boca, língua e parede posterior da faringe. Na faringe serão observadas principalmente alterações na forma, tamanho e sinais de infecção nos seguintes órgãos: vegetações adenóides, amígdalas palatinas e lingual.

7.1.2 RINOSCOPIA ANTERIOR

Deverão ser observadas alterações na zona de epistaxe, características de secreções (fluidas aquosas, purulentas e mucopurulentas), hipertrofia ou não de cornetos, desvios de septo (grau I, II e III de COTTLE), perfuração de septo e tumores na cavidade nasal.

7.1.3 RINOSCOPIA POSTERIOR

Deverão ser observadas alterações na rinofaringe, coanas, parte posterior das fossas nasais e secreções originadas dos seios posteriores. Observa-se também o orifício da trompa de Eustáquio e vegetações adenóides.

7.1.3 VÍDEO-ENDOSCOPIA NASAL

Procedimento vídeo-assistido de emprego eventual com o objetivo de visualização e avaliação dos ósteos tubários e das cavidades paranasais, meatos e rinofaringe. Este procedimento vídeo-assistido pode ser utilizado também com finalidade pericial pela possibilidade de gravação das imagens.

7.1.4 OTOSCOPIA

Verificar a ocorrência de alterações do conduto auditivo externo e do tímpano. Fazer a palpação pelo estilete, verificando-se dor provocada, consistência e limites de pólipos e tumores neoplásicos. Durante o exame do tímpano, verificar coloração, se há ou não perfuração e secreção na caixa. Ao exame do conduto, verificar principalmente se há alguma modificação em relação a suas paredes.

7.1.5 LARINGOSCOPIA INDIRETA

Realizada utilizando-se o espelho laríngeo, o qual é colocado de encontro à úvula com uma inclinação de aproximadamente 45^o, tracionando-se a língua anteriormente.

7.1.6 LARINGOSCOPIA DIRETA

Pode ser realizada colocando-se o tubo-espátula (CHEVALIER - JACKSON) no interior da laringe, praticando-se a inspeção, palpação instrumental e biópsias. A laringe também poderá ser explorada através da radiografia simples e pela tomografia. Pode ser realizada também através da vídeo-laringoscopia ou vídeo-laringo-estroboscopia, exame de grande valor pericial pela possibilidade de gravação das imagens.

O exame por imagens (Tomografia Computadorizada) também poderá ser realizado para esclarecimentos diagnósticos julgados cabíveis.

7.2 EXAMES COMPLEMENTARES

7.2.1 AUDIOMETRIA AÉREA E ÓSSEA

Com a finalidade de fixar o limiar de audição em cada frequência. Será realizada em câmaras acústicas apropriadas e de maneira rápida, para evitar a fadiga ou adaptação auditiva, utilizando-se os símbolos universais em audiometria para caracterizar o ouvido direito e ouvido esquerdo.

7.2.1.1 Tipos de Curvas Audiométricas

Poderão existir três tipos de curvas audiométricas que caracterizam as disacusias:

- a) de transmissão: a queda de audição por via aérea é quase igual em todas as frequências, não ultrapassando 60 (sessenta) db. A transmissão óssea permanece normal ou com queda que não ultrapasse 20 (vinte) db;
- b) de percepção ou sensorio-neural neuro-sensorial: a queda de audição atinge igualmente a parte óssea e aérea, principalmente para sons agudos; e
- c) mista: a queda de audição aérea e óssea se dá em todas as frequências;

7.2.1.2 Indicações de Audiometria Aérea:

- a) nas Inspeções de Saúde iniciais para os aeronavegantes militares, candidatos à EPCAR, à AFA e a outros cursos de formação;
- b) nas Inspeções de Saúde periódicas, de dois em dois anos anuais, para todos os aeronavegantes militares e civis;
- c) Nas Inspeções de Saúde iniciais e periódicas, de dois em dois anos anuais, dos inspecionandos ligados à atividade de Controle de Tráfego Aéreo ou de Operador de Estação Aeronáutica; e
- d) A critério do especialista, nas demais inspeções.

7.2.1.3 A audiometria óssea só será realizada diante de suspeita de patologia no ouvido médio e/ou ouvido interno.

7.2.2 LOGOAUDIOMETRIA

A perda auditiva em relação à fala pode ser medida em decibéis decibels do mesmo modo que a perda relativa aos tons puros audiométricos Conforme a ocupação funcional do inspecionando, será exigida uma discriminação em campo livre, superior a 80% (oitenta por cento) para os monossílabos ou a 95% (noventa e cinco por cento) para fraseologia de voo. Nestes casos, o inspecionando poderá renovar o exame sem restrição.

7.2.3 IMPEDANCIOMETRIA

Poderá ser realizada para a avaliação de diversas patologias ligadas ao ouvido médio e/ou interno, tais como: otosclerose, otite média serosa, ruptura do elo ossicular e outras.

7.2.4 EXAME RADIOLÓGICO DOS SEIOS PARANASAIS

Deverá ser realizado conforme descrito no capítulo 3 ou a critério do especialista.

As principais incidências utilizadas serão: Mento-Naso-Placa, Fronto-Naso-Placa, Mento-Naso, Fronto-Naso e Hirtz e Perfil.

7.2.5 EXAME OTONEUROLÓGICO

Será realizado quando houver alguma manifestação clínica ligada ao labirinto, compreendendo: exame dos pares cranianos; audiometria tonal, aérea e óssea, liminar e supra-liminar; e eletro-nistagmografia com pesquisa de nistagmo espontâneo, semi-espontâneo, de posição, optocinético, rastreo pendular e provas calóricas.

Diferenças superiores a 33% (trinta e três por cento) para provas calóricas e 20% (vinte por cento) para o nistagmo optocinético, somados à sintomatologia clínica, serão consideradas patológicas e incapacitantes.

7.2.6 EXAME DA FALA

O candidato da EPCAR deverá ser ler e recontar um dos dois textos (**anexo x – O pássaro da meia noite ou Fantasma não existe**), os demais candidatos deverá ser ler e recontar um dos três textos (**anexo y – Crônica de um clássico, Onde tudo é possível ou Depois da catástrofe**) padronizado com entonação, ritmo e clareza no qual se tenha uma fala organizada, linguagem esclarecedora e que não incorra em omissões, distorções ou substituições de sons ou fonemas. Avaliando, desta forma, a existência de distúrbios nos níveis de:

- a) Articulação;
- b) Fonológico;
- c) Morfosintático;
- d) Lexical;
- e) Semântico pragmático; e
- f) Prosódia.

7.3 REQUISITOS AUDITIVOS

7.3.1 REQUISITO AUDITIVO Nº 1

Aplicado nas Inspeções de Saúde iniciais dos candidatos a piloto militar e candidatos civis e militares que irão exercer atividades de Controladores de Tráfego Aéreo e/ou Operador de Estação Aeronáutica.

7.3.1.1 Audibilidade com perda tolerável de até 25 dB (vinte e cinco decibéis decibels) ISO (International Standard Organization), nas frequências de 250 (duzentos e cinquenta) a 6.000 (seis mil) ciclos/segundo em cada ouvido, separadamente.

7.3.1.2 Audibilidade para voz cochichada a cinco metros em cada ouvido, separadamente.

7.3.1.3 Ausência de sinal evidente de sensibilidade anormal ao ruído.

7.3.2 REQUISITO AUDITIVO N^o2

Aplicado nas Inspeções de Saúde periódicas dos aeronavegantes militares e nas inspeções iniciais dos candidatos ao ingresso no COMAER, exceto para os candidatos a que se refere à alínea “a” deste item.

7.3.2.1 Audibilidade com perda tolerável de até 35 dbB (trinta e cinco decibéis) ISO, nas frequências de 500 (quinhentos) a 2000 (dois mil) ciclos/segundo.

7.3.2.2 Audibilidade para voz cochichada a cinco metros em ambos os ouvidos.

7.3.3 REQUISITO AUDITIVO N^o3

Aplicado nas Inspeções de Saúde periódicas dos militares não –aeronavegantes do COMAER. e EAOF, exceto para aqueles que irão exercer atividades de Controlador de Voo e/ou Operador de Estação Aeronáutica. TTC

Audibilidade, com perda tolerável de até 45dbB (quarenta e cinco decibéis decibels) ISO, nas frequências de 500 (quinhentos), 1000 (mil) e 2000 (dois mil) ciclos/segundo, desde que as perdas auditivas nas frequências acima de 2.000 (dois mil) ciclos /segundo não apresentem evolução capaz de comprometer a audição nas frequências da faixa da palavra.

8 EXAME NEUROLÓGICO

8.1 OBRIGATORIEDADE DO EXAME NEUROLÓGICO, COM REALIZAÇÃO DO ELETROENCEFALOGRAMA (EEG)

8.1.1 Nas Inspeções de Saúde iniciais dos aeronavegantes militares, candidatos à EPCAR e a AFA, candidatos, civis e militares, que atuarão no Controle de Tráfego Aéreo e na Operação de Estação Aeronáutica.

8.1.2 Nas Inspeções de Saúde de militares e civis do Comando da Aeronáutica, quando a história clínica revelar qualquer indício de comprometimento neurológica. quando houver indicação Clínica.

8.1.3 Nas Inspeções de Saúde iniciais dos aeronavegantes civis ATCO e OEA conforme legislação específica.

8.1.4.3 Nas inspeções de Saúde para fins das letras “B”, “C”, “F”, “J”, e “L”, “P” e “Q” das IRIS.

8.1.4 Nas inspeções de Saúde para fins das letras “J”, “P” e “Q” das IRIS, a realização do Eletroencefalograma (EEG) será a critério do especialista.

8.1.5 Nas inspeções de saúde iniciais do Pessoal de Terra, exceto ATCO/OEA, a realização do Eletroencefalograma (EEG) será a critério do especialista.

8.1.6 Nas inspeções de saúde de aeronavegante civis serão realizadas de acordo com a legislação da ANAC.

8.2 ANAMNESE

Inquirir sobre doenças neurológicas mais comuns, particularmente epilepsias, seqüelas pós-traumáticas, esclerose múltipla, história familiar de afeção neurológica ou hereditária e outras patologias que possam interferir na segurança de vôo e do desempenho da função do militar.

8.3 EXAME NEUROLÓGICO

Inspeção geral, força muscular, coordenação estática e dinâmica, marcha, nervos cranianos, reflexos, sensibilidade e tônus muscular.

8.4 ELETROENCEFALOGRAMA (EEG)

Classificado como “EEG normal” ou “EEG anormal”.

8.4.1 Poderão ser utilizados os seguintes métodos de ativação

- a) ativação de rotina (hiperpnéia, abertura e fechamento dos olhos);
- b) ativação seletiva (sono);
- c) foto-estimulação intermitente (FEI); e
- d) outros (hipoglicemia e privação do sono).

8.4.2 EEG NORMAL

8.4.2.1 É considerado normal todo EEG (adolescente e adulto) que apresente, em vigília, os seguintes caracteres:

- a) ritmo alfa predominado nas áreas posteriores;
- b) atividade rápida anterior; e
- c) discreta atividade lenta (teta), nas áreas centrais e temporais, cuja amplitude não exceda a do ritmo alfa.

8.4.2.2 São considerados normais o EEG de adolescente e adulto jovem que apresentem alterações inespecíficas a hiperpnéia, por conta de:

- a) atividade lenta (teta e/ou delta) anterior;
- b) atividade lenta posterior; e
- c) hipersincronismos lentos, desde que a normalização do EEG se processe dentro do primeiro minuto da fase de recuperação.

8.4.2.3 Será, ainda, considerado como normal o EEG de adolescente que apresente ondas lentas posteriores (ondas Pi) e, de uma maneira geral, aquele EEG que apresente ondas ou ritmos sem significação definitivamente patológica, até o momento, tais como ritmo “en arceau” e os harmônicos do ritmo alfa.

8.4.3 EEG ANORMAL

8.4.3.1 É considerado como anormal o EEG que apresente, em vigília, os seguintes caracteres:

- a) lentificação do ritmo de fundo, por conta de ondas teta e/ou delta. Ritmo alfa lento (sub-alfa);
- b) atividade rápida de grande amplitude;
- c) atividade de projeção focal de qualquer natureza;
- d) assimetrias inter-hemisféricas;
- e) potenciais ditos epileptógenos (ponta rápida, polipontas rápidas, ponta-onda rápida, ponta-onda lenta, poliponta-onda, hipsarritmia e as pontas lentas de tipo “sharp”;
- f) atividade paroxística de qualquer natureza; e
- g) potenciais de caráter irritativo (são todos aqueles potenciais apiculados que não preenchem as características de pontas rápidas).

8.4.4 Poderão ser solicitados outros exames neurológicos, para consubstanciar o exame médico pericial.

8.5 REQUISITOS NEUROLÓGICOS

Serão considerados aptos os inspecionandos com:

- a) história familiar livre de afecções neurológicas de incidência familiar ou hereditária;
- b a) ausência de “déficit” neurológicos transitórios ou permanentes, indicativos de afecções do sistema nervoso central e periférico, abrangendo:
 - 1) nervos periféricos, inclusive cranianos;
 - 2) força muscular, global e segmentar;
 - 3) sensibilidade superficial e profunda;
 - 4) coordenação axial e apendicular (estática e dinâmica);
 - 5) exame muscular, incluindo pesquisas de miotonia, atrofia, hipertrofia e distúrbios de tônus;
 - 6) marchas;
 - 7) reflexos, superficiais e profundos;
- C b) eletroencefalograma (EEG) normal nas inspeções iniciais dos candidatos ao ingresso no COMAER.

9 EXAME PSIQUIÁTRICO E TESTE PSICOLÓGICO

9.1 OBRIGATORIEDADE DOS EXAMES

9.1.1 Nas Inspeções de Saúde iniciais dos Aeronavegantes, e dos candidatos à EPCAR e à AFA e dos candidatos, civis e militares, a exercerem a função de Controle de Tráfego Aéreo e Operador de Estações Aeronáutica.

9.1.2 Nas Inspeções de Saúde para fins das letras “b”, “d”, “e”, “f”, “p” e “q” (item 2.1 das IRIS), nas JES.

9.1.3 Nas Inspeções de Saúde de militares e civis do Comando da Aeronáutica, quando a história clínica revelar qualquer indício de comprometimento psicológico e/ou psiquiátrico na esfera psíquica.

9.1.4 Nas Inspeções de Saúde iniciais e periódicas dos aeronavegantes civis, ATCO e OEA, do pessoal que exercem atividades de Controle de Tráfego Aéreo e Operador de Estações Aeronáutica, de acordo com legislação específica.

9.1.5 Nas Inspeções de Saúde iniciais e periódicas dos Aeronavegantes civis, de acordo com a legislação da ANAC.

9.1.6 As técnicas psicológicas serão realizadas, por psicólogo, como exames complementares para a entrevista psiquiátrica.

9.1.7 As particularidades da atividade militar, onde rotineiramente é empregado o uso de material bélico, inclusive com alto poder de destruição, as características psicológicas de cada candidato são de suma importância para garantir a eficiência do serviço, a segurança do próprio, de terceiros e das instalações.

9.2 ROTINA DO EXAME PSIQUIÁTRICO E TÉCNICAS PSICOLÓGICAS PSICOLÓGICO

9.2.1 O exame psiquiátrico constitui-se de anamnese e exame psíquico. A anamnese psiquiátrica é a evocação voluntária do passado do periciado sob orientação do médico perito. Visa pesquisar diversos aspectos da história pessoal, principalmente nascimento e desenvolvimento, escolaridade, puberdade, vida laboral e hábitos. A História Familiar (H.Far.) do periciado é focada abordando as relações familiares e histórico de doença mental na família. Investigam-se os antecedentes mórbidos do periciado, principalmente no tange a sua saúde mental.

No exame psíquico são investigados, principalmente, os aspectos de consciência, aparência, atitude, fala, orientação auto e alo-psíquica, consciência do “eu”, atenção, concentração, pensamento, sensopercepção, humor, afeto, vontade, pragmatismo, memória, inteligência e psicomotricidade.

9.2.1.2 Será realizada avaliação psicológica, através de testes e outros recursos, de acordo com a finalidade do exame. Os resultados oficiais das avaliações específicas deverão estar à mão dos médicos examinadores para a realização da entrevista psiquiátrica.

9.2.2 As informações necessárias para a formulação de pareceres serão obtidas do próprio examinando e/ou de relatórios médicos, hospitalares e até de outras fontes pertinentes, principalmente nos casos de esclarecimentos para Juntas de Saúde.

9.2.3 A obtenção de informações do próprio examinando se dará será realizada através de técnicas psicológicas (testes e outros recursos), quando possível, e de entrevistas psiquiátricas e/ou psicológicas.

9.2.4.3 As entrevistas psiquiátricas e/ou psicológicas serão será suficientemente longas e livres para permitir ao examinador a formação de um juízo sobre a personalidade, aptidões e interesses do examinando, além de sua adequação ou não para o fim a que se destina, bem como conclusões de um parecer quando um esclarecimento especializado é solicitado.

9.2.5.4 Os examinadores obterão uma história pessoal do examinado tão completa quanto possível, suficiente para lhes fornecer uma visão global idéia de seu histórico comportamental. no passado. Especial atenção será dada à sua história familiar, escolar, social e ocupacional.

9.2.6.5 Os examinadores terão sempre em mente o objetivo final visado pelo exame, que é selecionar pessoas com higidez psíquica necessária capacidade atual ou potencial para executar corretamente uma função determinada integrar-se satisfatoriamente a um grupo determinado e preservar a segurança e eficiência da operação aérea, no caso daqueles que se destinam a esta atividade, e dos restantes demais, dentro de suas atividades específicas no que lhe competir.

9.2.6 As técnicas psicológicas e a entrevista psiquiátrica constituem fontes de informações necessárias sobre o examinado. Adicionalmente os médicos examinadores poderão recorrer a relatórios médicos e/ou hospitalares e até de outras fontes pertinentes, principalmente nos casos de parecer para as Juntas de Saúde.

9.2.7 O médico entrevistador tratará de assegurar-se da inexistência no inspecionando dos transtornos psíquicos descritos nas CAUSAS DE INCAPACIDADE previstas nas IRIS, constantes do Anexo M, e dos distúrbios de personalidade que venham a comprometer a competência e a segurança da execução de suas funções. e, Quando persistirem dúvidas, recorrerá aos meios que julgar necessários, inclusive a convocação de outros examinadores para dirimir qualquer dúvidas e subsidiar suas conclusões. com relação às conclusões finais.

9.2.8 O uso de técnicas psicológicas (testes e/ou entrevistas) visa facilitar a avaliação inicial das aptidões, vocações, interesses, estrutura e reações da personalidade dos candidatos com vistas à atividade pretendida;. Nos casos de seleção complementarão a entrevista psiquiátrica final e nos demais auxiliarão a uma conclusão diagnóstica precisa.

9.2.9 O emprego dessas técnicas psicológicas (testes e, se necessárias, entrevistas) demanda a existência de uma infra-estrutura apropriada.

9.2.10 Quando os recursos psicológicos forem empregados (técnicas), estes antecederão às entrevistas finais e estarão à mão do examinador no momento destas, sendo devidamente considerados, dentro dos seus limites naturais, na formação do juízo sobre o inspecionando.

9.2.11.9 Na elaboração da bateria de testes, o psicólogo responsável terá em mente as profissiografia características da atividade pretendida pelo candidato e recorrerá a outros meios ou os itens necessários à inspeção solicitada.

9.2.12.10 A bateria de testes psicológicos incluirá dois testes de personalidade, um teste de inteligência geral, um teste de atenção concentrada, um teste de coordenação perceptomotora, testes de aptidão específica de acordo com a categoria e questionários de personalidade, pois o interesse, a motivação e vocação do candidato devem ser avaliadas nos casos de seleção.

9.2.13.11 Nos casos de solicitação de juntas médica para esclarecimento de diagnóstico psiquiátrico, afim de alicerçar seu parecer sobre o ou psicológico de seleção, de examinando não aeronavegante, os testes e outros auxílios deverão ser selecionados de comum acordo entre os psiquiatras e psicólogos para atender tal solicitação da equipe.

9.2.14.12 Nos exames de ingresso para o exercício da atividade aérea em que se evidenciar a inaptidão do candidato, este será classificado como “INCAPAZ PARA O FIM A QUE SE DESTINA”. Os candidatos que não apresentam condições atuais de aptidão, mas com possibilidades de apresentá-las no futuro próximo, terão em recomendações: “CESSADA A CAUSA DA INCAPACIDADE, PODERÁ SER REEXAMINADO APÓS UM PERÍODO DE “n” DIAS”.

9.2.15.13 Nos exames de controle e revalidação do pessoal de vôo já em função em que se constatar a inaptidão do examinando, esta será classificada como temporária ou definitiva.

Um tipo de restrição é, por exemplo, o “APTO COM RESTRIÇÃO PARA O EXERCÍCIO DA ATIVIDADE AÉREA E/OU PARA O VÔO SOLO, DEVENDO SER REEXAMINADO APÓS “n” DIAS”, “APTO COM RESTRIÇÃO PARA O EXERCÍCIO DE CONTROLE DO TRÁFEGO AÉREO/OPERAÇÃO DE ESTAÇÃO AERONAÚTICA, DEVENDO SER REEXAMINADO APÓS “n” DIAS.”

9.2.16.14 A classificação do grau de incapacidade terá em vista a categoria funcional em questão, o tipo de transtorno psíquico ou psicológico apresentado e o grau de comprometimento funcional atual e potencial resultante.

9.2.17.15 Na consideração do tipo de transtorno psíquico apresentado, ter-se-á em vista a sua natureza (psicótica, neurótica, ou outra.); a sua etiologia predominante (reativa psicogênica, tóxica, infecciosa, carencial, traumática e degenerativa); a sua duração (aguda, crônica); a sua evolução (progressiva, oscilante, cíclica); e o seu prognóstico evolutivo (satisfatório, regular ou reservado).

Atenção: Vide R00/R99 da CID para efeitos de testagem psicológica.

9.3 REQUISITOS PSÍQUICOS

9.3.1 PSICOLÓGICOS

Para constatação, nos exames de seleção, de condições psicológicas que fundamentam previsão de sucesso profissional e, nos exames periódicos, de equilíbrio psico-emocional compatível com um desempenho profissional satisfatório, traduzido pela capacidade atual ou potencial.

9.3.2 PSIQUIÁTRICOS

Devem ser pesquisados de maneira judiciosa, a fim de que sejam selecionados os mais capazes sob o aspecto de higidez mental.

10 EXAME CARDIOLÓGICO

10.1 OBRIGATORIEDADE DO EXAME

10.1.1 Nas Inspeções de Saúde iniciais dos aeronavegantes militares e dos candidatos à EPCAR e à AFA.

10.1.2 Nas demais Inspeções de Saúde iniciais e nas periódicas dos militares e civis da Aeronáutica.

10.1.3 Nas Inspeções de Saúde iniciais e periódicas dos aeronavegantes civis ATCO e OEA, de acordo com legislação específica.

10.1.4 Os exames referidos nos itens 10.1.1 e 10.1.3(quando iniciais) serão realizados, obrigatoriamente, por médico cardiologista.

Os exames referidos no item 10.1.2 e 10.1.3,quando periódico,poderão ser serão realizados por médico clínico geral, ficando a critério deste a indicação do exame por cardiologista.

10.1.5 Para os aeronavegantes civis conforme as legislação da ANAC.

10.1.6 Para os funcionários civis do COMAER, exceto os ATCO e OEA, que seguirão a legislação específica.

10.2 ANAMNESE DIRIGIDA

Deverá ser pesquisada a história pessoal e familiar de doenças cardiovasculares e a presença de sintomas relativos ao aparelho cardiovascular.

10.3 EXAME FÍSICO CARDIOLÓGICO

Deverão ser feitos a inspeção, palpação, ausculta e todos os procedimentos técnicos previstos em um exame do aparelho cardiovascular.

10.4 ELETROCARDIOGRAMA DE REPOUSO

O Eletrocardiograma (ECG) de repouso será realizado conforme descrito no Quadro 4:

Quadro 4
ELETROCARDIOGRAMA
INSPECIONANDOS MILITARES

IDADE	PERIODICIDADE DO EXAME
Até 35 (trinta e cinco) anos	De 02 (dois) em 02 (dois) anos
Acima de 35 (trinta e cinco) anos	Anual

INSPECIONANDOS CIVIS

CATEGORIA/IDADE	PERIODICIDADE DO EXAME
Pilotos até 35 (trinta e cinco) anos	De 02 (dois) em 02 (dois) anos
Pilotos acima de 35 (trinta e cinco) anos	Anual
Não Pilotos até 35 (trinta e cinco) anos	De 03 (três) em 03 (três) anos
Não Pilotos acima de 35 (trinta e cinco) anos	Anual

Para os aeronavegantes civis conforme as legislação da ANAC.

Para os funcionários civis do COMAER, exceto os ATCO e OEA, que seguirão a legislação específica.

10.5 TESTE ERGOMÉTRICO (TE)

Será solicitado o TE dos seguintes inspecionandos:

10.5.1 Inspeccionandos militares aeronavegantes acima de 35 (trinta e cinco) anos de idade, em suas Inspeções de Saúde periódicas, de dois em dois anos.

10.5.2 Inspeccionandos militares, com idade acima de 35 (trinta e cinco) anos, para fins da letra “f” (item 2.1 das IRIS).

10.5.3 Inspeccionandos militares, acima de 35 (trinta e cinco) anos, cogitados para realização de cursos, onde a atividade física esteja presente.

10.5.4 Inspeccionandos da aviação civil, ATCO e OEA será exigido o TE conforme legislação específica.

10.5.5 Outros inspecionandos, a critério do especialista.

10.5.6 Para os aeronavegantes da aviação civil conforme a legislação da ANAC.

10.5.7 Para os funcionários civis, exceto os ATCO e OEA, de acordo com a legislação específica

10.5.8 Para militares acima de 35 anos para matricular em curso de Ascensão de carreira.

10.6 ANÁLISE DE RESULTADOS

Poderão ser analisados, para consubstanciar o exame cardiológico, os resultados dos seguintes exames complementares:

10.6.1 Exame radiológico de tórax;

10.6.2 Lipidograma , glicose, uréia, creatinina, ácido úrico e EAS;

10.6.3 Fundo de olho; e

10.6.4 Outros exames cardiológicos, invasivos ou não invasivos, para consubstanciar o exame pericial.

10.7.1 REQUISITO CARDIOCIRCULATÓRIO N^o 1

Aplicado nas Inspeções de Saúde dos inspecionandos com idade até 35 (trinta e cinco) anos.

- a) Pressão arterial em decúbito dorsal, até 140mmHg (centro e trinta e cinco) de sistólica por até 90mmHg (noventa) de diastólica.
- b) Exame físico do aparelho cardiovascular normal. Devendo se atentar especialmente, no caso de inspecionandos aeronavegantes, ao exame físico dos membros inferiores (MMII) quanto à presença de varizes de MMII, bem como história prévia familiar ou não de Trombose Venosa Profunda (TVP);
- c) Eletrocardiograma de repouso normal;
- d) Exame radiológico do tórax sem anormalidades; e
- e) Ausência de doenças cardiovasculares incapacitantes, de acordo com as IRIS.

10.7.2 REQUISITO CARDIOCIRCULATÓRIO N^o2

Aplicado nas Inspeções de Saúde dos inspecionandos com idade acima de 35 (trinta e cinco) anos.

- a) Pressão arterial em decúbito dorsal, até 140mmHg (centro e trinta e cinco) de sistólica por até 90mmHg (noventa) de diastólica.
- b) Exame físico do aparelho cardiovascular normal. Devendo se atentar especialmente, no caso de inspecionandos aeronavegantes, ao exame físico dos membros inferiores (MMII) quanto à presença de varizes de MMII, bem como história prévia familiar ou não de Trombose Venosa Profunda (TVP);
- c) Eletrocardiograma de repouso normal;
- d) Abreugrafia ou telerradiografia de tórax em PA sem anormalidades;
- e) Lipidograma normal;
- f) TE normal nos casos previstos no item 10.5; e
- g) Ausência de doenças cardiovasculares incapacitantes, de acordo com as IRIS.; e
- h) Exame arterial periférico com ênfase no setor carotídeo (presença ou não de sopro), aorta abdominal (massa pulsátil?) e doença arterial de MMII (presença ou não de pulsos periféricos).

11 EXAME GINECOLÓGICO E OBSTÉTRICO

11.1 EXAME GINECOLÓGICO DE MILITARES E CIVIS DA AERONÁUTICA E CIVIS ATCO E OEA

11.1.1 ANAMNESE DIRIGIDA_

Deverá ser pesquisada a história pessoal e familiar de doenças ginecológicas e a presença de sintomas relativos ao aparelho genital feminino.

Deverá ser feita observação dos antecedentes tocoginecológicos: menarca, última menstruação, gestação, parto, uso de anticoncepcionais, cirurgias e último laudo citológico.

11.1.2 EXAME GINECOLÓGICO FÍSICO E RADIOLÓGICO DAS MAMAS

Consistirá de exame das mamas, do abdômen e da genitália externa.

Deverá constatar os seguintes tempos: inspeção estática, inspeção dinâmica, palpação, expressão papilar e exame da axila e fossa supraclavicular (pesquisa de linfonodos palpáveis).

A mamografia deverá ser obrigatória acima dos 40 anos .

11.1.2.1 Será realizado nas Inspeções de Saúde periódicas (Letra 'H' da ICA 160-1 – IRIS), de dois em dois anos nas inspecionadas militares e civis com idades entre 33 (trinta e três) e 40 (quarenta) anos de idade. Após esta faixa etária, será realizado anualmente.

11.1.2.1 Será realizado nas INSPSAU periódicas, anualmente nas inspecionadas militares aeronavegantes e bianualmente nas militares não aeronavegantes, até os 40 (quarenta) anos de idade, pois a partir desta idade deverá ser anual. Prazo menor poderá ser praticado quando houver indicação clínica. (VER ATCO e OEA)

O exame ginecológico e obstétrico deverá ser realizado, preferencialmente, por Oficial, obrigatoriamente, com a presença de Enfermeira, Técnica de Enfermagem ou Auxiliar de Enfermagem do sexo feminino.

11.1.2.2 Será preenchida, pelo examinador, a Ficha de Exame Ginecológico (Anexo G), que complementarmente a ficha de Inspeção de Saúde.

11.1.2.3 As inspecionadas com idade igual ou superior a 33 (trinta e três) anos, deverão apresentar laudo de Exame Citopatológico (Preventivo do Câncer Ginecológico), cuja validade não deverá ultrapassar 180 (cento e oitenta) dias antes da data da Inspeção de Saúde.

11.1.2.4 Nas demais Inspeções de Saúde, o exame físico ginecológico e/ou exame colpocitológico serão realizados a critério clínico.

11.1.3 EXAME FÍSICO DO ABDOME

Na palpação, deve-se atentar para a presença de ascite e massas, pois determinadas anomalias ginecológicas podem ser suspeitadas nesta etapa (por ex.: miomas e tumores ovarianos).

11.1.4 EXAME DA GENITÁLIA EXTERNA

Deve-se atentar para a presença de condilomas acuminados ou sífilíticos, cancros, distrofias vulvares, lesões herpéticas, leucorréias, discromias, as mais variadas dermatoses, hermafroditismo (deve-se solicitar estudo genético), BN lenorragia aguda e crônica, granuloma inguinal, linfogranuloma venéreo e outras doenças venéreas.

A inspeção da genitália externa é OBRIGATÓRIA nas mulheres que não iniciaram atividade sexual.

11.1.5 EXAME DA GENITÁLIA INTERNA

Inicia-se com exame especular. Não deverá ser realizado diante de contra-indicações como estenose vulvar, atresia vaginal, virgindade e algia intensa.

11.1.6 EXAME DE TOQUE GINECOLÓGICO

O toque genital deverá ser realizado para avaliação de útero e anexos. Também podemos detectar nódulos e tumorações no fundo-de-saco de Douglas, os quais podem significar endometriose e desencadear tenesmo ou dor quando tocados.

11.2 EXAME CITOPATOLÓGICO CERVICAL – PREVENTIVO DO CÂNCER GINECOLÓGICO DO PESSOAL FEMININO DA AVIAÇÃO CIVIL, ATCO E OEA

Será realizado conforme legislação específica.

11.2.1 AVALIAÇÃO DOS LAUDOS CITOPATOLÓGICOS CERVICAIS

11.2.1.1 AVALIAÇÃO PRÉ-ANALÍTICA (que ocorre antes da análise microscópica da lâmina)

Amostra rejeitada:

- Ausência ou erro de identificação da lâmina;
- Identificação da lâmina não coincidente com a do formulário;
- Lâmina danificada ou ausente.

Conduta Clínica: A paciente deverá ser convocada para repetir o exame, devendo ser explicado à mesma que o motivo é técnico e não por alteração patológica.

Amostra insatisfatória para avaliação

- Material acelular ou hipocelular (<10% do esfregaço)
- Leitura prejudicada (>75% do esfregaço) por presença de: sangue; piócitos; artefatos de dessecamento; contaminantes externos; intensa superposição celular.

Conduta Clínica: A paciente deverá ser convocada para repetir o exame de imediato, devendo ser explicado à mesma que o motivo é técnico e não por alteração patológica.

11.2.2 RESULTADO NORMAL E ALTERAÇÕES BENIGNAS

- Dentro dos limites da normalidade no material examinado
- Alterações celulares benignas (ativas ou reparativas)
- Metaplasia Escamosa Imatura
- Resultado indicando Reparação

- Achados Microbiológicos: lactobacillus sp; cocos; outros bacilos que façam parte da flora vaginal e não caracterizam infecções que necessitem de tratamento.

Nas Inspeções de Saúde iniciais resultados normais e alterações benignas serão considerados como “APTA PARA O FIM A QUE SE DESTINA”.

11.2.3. ALTERAÇÕES PRÉ-MALIGNAS OU MALIGNAS NO EXAME CITOPATOLÓGICO

- CÉLULAS ESCAMOSAS ATÍPICAS DE SIGNIFICADO INDETERMINADO FORAM DIVIDIDAS EM:

ASC-US ou ASC-R de Bethesda (Alterações escamosas atípicas de significado indeterminado possivelmente não-neoplásicas). Nas Inspeções de Saúde Iniciais será considerada como “APTA PARA O FIM A QUE SE DESTINA”.

Nas revalidações ou periódico serão consideradas APTA, devendo trazer nova citologia em 180 dias

ASC-H – Bethesda (alterações escamosas atípicas de significado indeterminado em que não se pode afastar lesão de alto grau), onde o risco de lesão de alto grau (NIC II e NIC III) subjacente é alto (24% a 94%). Nas Inspeções de Saúde Iniciais será considerada como “INCAPAZ PARA O FIM A QUE SE DESTINA”. Cessada a causa poderá solicitar nova inspeção em 180 dias. Os inspecionandos incapacitados nas Inspeções de Saúde Iniciais, de acordo com as normas estabelecidas nos editais dos concursos, poderão realizar inspeções de saúde em grau de recurso, devendo ser solicitado colposcopia. Caso a colposcopia mostre lesão, uma biopsia deve ser realizada. Não se detectando lesão à colposcopia, deve-se proceder, sempre que houver possibilidade, à revisão de lâmina. Se a revisão de lâmina possível e com “alteração do laudo”, a conduta a ser tomada será baseada no novo laudo. Revisão de lâmina, “possível, mas não altera o laudo, ou impossível”, esta inspecionada será considerada como “INCAPAZ PARA O FIM A QUE SE DESTINA”.

Nas INSPSAU periódicas será considerada APTA, devendo trazer nova citologia e laudo do especialista 120 dias.

- CÉLULAS GLANDULARES ATÍPICAS DE SIGNIFICADO INDETERMINADO

A presença de AGC à citologia pode representar amplo espectro de anormalidades à histologia definitiva. As alterações histológicas encontradas poderiam variar desde condições benignas ou reativas (como pólipos endocervicais e endometriais, metaplasia tubária, endometriose cervical, hiperplasia microglandular, alterações inflamatórias do trato genital e amostragem direta de células do segmento inferior do útero) até anormalidades histológicas significativas. Essas últimas incluiriam lesões cervicais escamosas e glandulares (malignas e pré-malignas), hiperplasias endometriais, adenocarcinomas endometriais invasivos e neoplasias extra-uterinas (tubárias, ovarianas e intestinais), entre outras. Tanto para as possivelmente não-neoplásicas quanto para aquelas em que não se pode afastar lesão intra-epitelial de alto grau, as pacientes com atipias glandulares apresentam em 9% a 54% dos casos NIC II e III, 0% a 8% adenocarcinoma in situ e 1% a 9% adenocarcinoma invasor no exame histopatológico.

Portanto, nas Inspeções de Saúde Iniciais será considerada como “INCAPAZ PARA O FIM A QUE SE DESTINA”. Cessada a causa poderão solicitar nova inspeção em 180 dias.

inspeccionadas incapacitadas nas INSPSAU iniciais, de acordo com as normas estabelecidas nos editais dos concursos, poderão realizar INSPSAU em grau de recurso, podendo ser solicitado nova citologia e colposcopia. Caso a colposcopia mostre lesão, uma biopsia deve ser realizada. Não se detectando lesão à colposcopia, deve-se proceder, sempre que houver possibilidade, à revisão de lâmina. Revisão de lâmina, “possível e altera o laudo”, a conduta a ser tomada será baseada no novo laudo. Revisão de lâmina, “possível, mas não altera o laudo, ou impossível”, esta inspeccionada será considerada como “INCAPAZ PARA O FIM A QUE SE DESTINA”.

- LESÃO INTRA-EPITELIAL DE BAIXO GRAU (NIC 1 – LSIL)

Estudos demonstram que na maioria das pacientes portadoras de lesão de baixo grau há regressão espontânea. Portanto, nas INSPSAU iniciais serão consideradas como “APTA PARA O FIM A QUE SE DESTINA”. Nas INSPSAU periódicas será considerada APTA, devendo trazer nova citologia em 180 dias.

- LESÃO INTRA-EPITELIAL DE ALTO GRAU (HSIL - NIC2,3)

Cerca de 70% a 75% das pacientes com laudo citológico de lesão intra-epitelial de alto grau apresentam confirmação diagnóstica histopatológica e 1% a 2% terão diagnóstico histopatológico de carcinoma invasor. Portanto, nas Inspeções de Saúde Iniciais será considerada como “INCAPAZ PARA O FIM A QUE SE DESTINA”. As inspeccionadas incapacitadas nas Inspeções de Saúde Iniciais, de acordo com as normas estabelecidas nos editais dos concursos, poderão realizar inspeções de saúde em grau de recurso, devendo ser encaminhadas imediatamente para a colposcopia. Caso a colposcopia mostre lesão, uma biopsia deve ser realizada com recomendação específica a partir do laudo histopatológico. Não se detectando lesão à colposcopia, deve-se proceder, sempre que houver possibilidade, à revisão de lâmina. Revisão de lâmina, “possível e altera o laudo”, a conduta a ser tomada será baseada no novo laudo. Revisão de lâmina, “possível, mas não altera o laudo, ou impossível”, esta inspeccionada será considerada como “INCAPAZ PARA O FIM A QUE SE DESTINA”.

Se a colposcopia for satisfatória e mostrar lesão totalmente visualizada e compatível com a citopatologia sugestiva de lesão intra-epitelial de alto grau, a candidata deverá apresentar laudo histopatológico do procedimento da excisão ampla da zona de transformação do colo do útero. E esta inspeccionada será considerada como “APTA PARA O FIM QUE SE DESTINA”.

Caso a colposcopia seja satisfatória e não contemple o “Ver e Tratar” ou mostre lesão não concordante com a citopatologia, uma biopsia deve ser realizada. Se a biopsia for negativa ou apresentar diagnóstico de menor gravidade, esta inspeccionada será considerada como “APTA PARA O FIM A QUE SE DESTINA”.

Quando a colposcopia for insatisfatória e mostrar lesão, uma biopsia deve ser realizada. Se o resultado da biopsia for de lesão de alto grau ou de lesão de menor gravidade, a candidata deverá apresentar laudo histopatológico do procedimento da excisão ampla da zona de transformação do colo do útero. E esta inspeccionada será considerada como “APTA PARA O FIM A QUE SE DESTINA”.

Se a biopsia demonstrar DIAGNÓSTICO MAIOR QUE LESÃO DE ALTO GRAU (ou seja, caso seja confirmada a micro invasão ou invasão), então a inspeccionada será considerada como “INCAPAZ PARA O FIM A QUE SE DESTINA”.

- **ADENOCARCINOMA IN SITU / INVASOR**

Toda candidata com citologia sugestiva de adenocarcinoma *in situ*, será considerada como “INCAPAZ PARA O FIM A QUE SE DESTINA”. As inspecionadas incapacitadas nas INSPSAU iniciais, de acordo com as normas estabelecidas nos editais dos concursos, poderá realizar INSPSAU EM GRAU DE RECURSO, devendo ser encaminhada imediatamente para a colposcopia. Caso a colposcopia mostre lesão, uma biopsia deve ser realizada com recomendação específica a partir do laudo histopatológico. Não se detectando lesão à colposcopia, deve-se proceder, sempre que houver possibilidade, à revisão de lâmina. Se a revisão de lâmina, concluir por “possível alterar o laudo”, a conduta a ser tomada será baseada no novo laudo. Se revisão de lâmina, concluir por “possível, mas não altera o laudo, ou impossível”, esta inspecionada será considerada como “INCAPAZ PARA O FIM A QUE SE DESTINA”.

Se o resultado histopatológico não demonstrar lesão invasora, e a candidata apresentar laudo histopatológico da conização, a inspecionada será considerada como “APTA PARA O FIM A QUE SE DESTINA”.

Caso seja confirmada a invasão, a inspecionada será considerada como “INCAPAZ PARA O FIM A QUE SE DESTINA”.

11.3 PROCEDIMENTOS A SEREM ADOTADOS NOS CASOS DE GRAVIDEZ

11.3.1 Inspeccionadas Militares e Civis do Comando da Aeronáutica.

Em toda inspeção de saúde realizada nas militares ou civis do sexo feminino é obrigatório o teste imunológico de gravidez (TIG) antes de iniciar os exames radiológicos.

11.3.1.1 A gravidez é um estado fisiológico temporário incompatível com a atividade aérea, com o controle do tráfego aéreo e com excessivo esforço físico, sendo assim, aplicam-se o seguinte:

- **Nas Inspeções de Saúde inicial**, para ingresso nos cursos do COMAER, todas as candidatas deverão ser submetidas a testes imunológicos para detecção da gravidez (TIG). A confirmação da gestação implicará na suspensão imediata da inspeção de saúde, não sendo emitido nenhum julgamento. A Junta de Saúde deverá comunicar, imediatamente, ao Órgão responsável pelo concurso, que a referida candidata encontra-se gestante, para que este tome as devidas providências de acordo com a legislação vigente.
- **Nas inspeções de saúde periódicas de gestação sem complicação**
 - Até a vigésima quinta semana, será considerada “Apta com restrição à atividade aérea, controle de tráfego aéreo, educação física, escala de serviço armado e formaturas”, com revalidação em até 90 dias.
 - A partir da vigésima sexta semana será considerada “Apta com restrição à atividade aérea, controle de tráfego aéreo, aos esforços físicos, escalas de serviço e formaturas”, com revalidação em até 90 dias.

11.3.2 - LICENÇA À GESTANTE:

- Será concedido afastamento total do serviço à militar gestante e às civis ATCO/ OEA por 120 (cento e vinte) dias consecutivos a partir do nono mês gestação.
- O afastamento poderá ter início no primeiro dia do nono mês de gestação, salvo antecipação por prescrição médica.
- Nos casos de nascimento prematuro, o afastamento terá início a partir da data do parto.
- No caso de natimorto, após trinta dias do evento, a periciada será submetida à nova inspeção de saúde e, se julgada apta, retornará às suas atividades com ou sem restrições de acordo como o julgamento da Junta de Saúde.
- No caso de abortamento verificado em inspeção de saúde, a periciada será incapacitada por trinta dias pela junta de saúde. Este prazo poderá ser aumentado pela Junta de Saúde quando houver indicação clínica.
- A licença à gestante poderá ser prorrogada por 60 (sessenta) dias, desde que seja requerido o benefício até o final do primeiro mês, após o parto.

Todas Gestantes ou Lactantes deverão ser afastadas de atividades que manipulem quimioterápicos, antineoplásicos, líquidos e vapores tóxicos, agentes biológicos, nas classes de riscos 2, 3 e 4 da tabela de classificação de agentes biológicos, que mantenham contato com pacientes infectados por esses agentes biológicos (conforme anexos I e II da Norma Regulamentadora 32 - Segurança e Saúde no Trabalho em Serviço de Saúde - NR-32 do Ministério do Trabalho e Emprego) e que estejam expostas a radiações ionizantes.

11.3.3 - INSPECIONANDAS DA AVIAÇÃO CIVIL.

Serão inspecionadas conforme a legislação da ANAC.

11.3.4 - INSPECIONANDAS CIVIS DO COMAER, EXCETO ATCO E OEA.

Serão inspecionadas conforme a legislação específica.

11.3.5 - Toda candidata que engravidar após a inspeção de saúde inicial e antes do teste físico deverá comunicar, tal situação, ao Órgão responsável pelo concurso.

11.4 PROCEDIMENTOS A SEREM ADOTADOS NOS CASOS DE GRAVIDEZ

11.4.1 INSPECIONANDAS MILITARES E CIVIS DA AERONÁUTICA

11.4.1.1 A gravidez é um estado fisiológico temporário incompatível com a atividade aérea e com excessivo esforço físico ou atividades laborais que possam colocar em risco a saúde da gestante ou do feto ou embrião. À exceção das suas complicações, ela não é considerada uma patologia doença. Deverão ser observadas as causas de incapacidade ginecológicas e obstétricas previstas nas IRIS.

11.4.1.2 Nas Inspeções de Saúde INSPSAU periódicas, a militar grávida será considerada “APTA COM RESTRIÇÃO À ATIVIDADE AÉREA, AOS ESFORÇOS FÍSICOS, FORMATURA (INSTRUÇÃO MILITAR) E ESCALA DE SERVIÇO ARMADA”, a partir do seu diagnóstico até o final do período gestacional, com prazos definidos a critério clínico. As inspecionandas militares do Comando da Aeronáutica (militares ou civis), poderão ser incapacitadas, temporariamente, de acordo com legislação específica ou a critério clínico.

11.4.1.3 O parecer “INCAPAZ PARA O FIM A QUE SE DESTINA” será exarado para todas as candidatas às Escolas Militares, grávidas nas Inspeções de Saúde INSPSAU iniciais.

11.3.1.4 O parecer “INCAPAZ TEMPORARIAMENTE” será exarado para todas as candidatas a cargo civil, na Aeronáutica, grávidas nas Inspeções de Saúde iniciais.

11.4.2 INSPECIONANDAS DA AVIAÇÃO CIVIL, ATCO E OEA

Será inspecionada conforme a legislação específica.

11.4.3 Em caso de abortamento não complicado, espontâneo ou provocado, seguido ou não de curetagem uterina sem intercorrências, o parecer será “INCAPAZ TEMPORARIAMENTE POR 15 (QUINZE) DIAS” a contar data da curetagem uterina ou da perda gestacional, se essa não foi complementada por curetagem uterina. O prazo de incapacidade poderá ser, eventualmente, ampliado pelo especialista considerando a evolução clínica.

12 EXAME NEFROLÓGICO E UROLÓGICO

12.1 Exame Nefrológico

O(a) candidato(a) que for portador(a) de uma enfermidade renal ou geniturinária será considerado(a) “INCAPAZ PARA O FIM A QUE SE DESTINA”. Nas INSPSAU periódicas o inspecionando(a) que apresentar uma enfermidade renal ou geniturinária poderá ser considerado(a) “INCAPAZ TEMPORARIAMENTE” ou “INCAPAZ DEFINITIVAMENTE” a menos que uma investigação adequada revele que não existe insuficiência renal e que não existe probabilidade que o estado de saúde interfira no exercício seguro de suas atribuições correspondentes.

O(a) candidato(a) que possuir seqüela(s) de intervenção (ões) cirúrgica (s) nos rins e nas vias urinárias especialmente as obstruções por compressão extrínsecas ou urolitíase será considerado “INCAPAZ PARA O FIM A QUE SE DESTINA”. Nas INSPSAU periódicas o inspecionando(a) que possuir seqüela(s) de intervenção (ões) cirúrgica (s) nos rins e nas vias urinárias especialmente as obstruções por compressão extrínsecas ou urolitíase poderá ser considerado(a) “INCAPAZ TEMPORARIAMENTE” ou “INCAPAZ DEFINITIVAMENTE” a menos que e a condição tenha sido objeto de uma investigação adequada e que seja comprovado que a condição não irá interferir no exercício seguro de suas atribuições correspondentes.

O(a) candidato(a) que tenha sofrido uma nefrectomia será considerado(a) “INCAPAZ PARA O FIM A QUE SE DESTINA”. Nas INSPSAU periódicas o inspecionando(a) aeronavegante nefrectomizado(a) cujo rim residual esteja bem compensado funcionalmente poderá ser considerado(a) “APTO(A) COM RESTRIÇÃO DEFINITIVA PARA A ATIVIDADE AÉREA”. O(a) inspecionando(a) não aeronavegante, nas mesmas condições anteriormente descritas para o(a)s aeronavegantes será considerado(a) “APTO(A) COM RESTRIÇÃO A ESFORÇOS FÍSICOS”.

O(a) candidato(a) portador(a) de transplante renal, será considerado(a) “INCAPAZ PARA O FIM A QUE SE DESTINA”. Nas INSPSAU periódicas o inspecionando(a) aeronavegante portador de transplante renal sem complicações de rejeição ou outra enfermidade do órgão transplantado, com apropriada função renal e boa tolerância ao tratamento médico permanente, poderá ser considerado (a) “APTO(A) COM RESTRIÇÃO DEFINITIVA PARA A ATIVIDADE AÉREA”. O(a) inspecionando(a) não aeronavegante, nas mesmas condições anteriormente descritas para o(a)s aeronavegantes será considerado(a) “APTO(A) COM RESTRIÇÃO A ESFORÇOS FÍSICOS”.

Todas as doenças neoplásicas malignas detectadas no(a) inspecionando(a) durante a INSPSAU inicial é motivo de INCAPACIDADE.

12.2 Exame Urológico

O exame urológico será exigido anualmente de acordo com a seguinte normatização:

12.2.1 Exame Preventivo de Próstata:

O exame preventivo da próstata composto de anamnese, exame de sangue (PSA), pelo exame de toque retal e exame de imagem, quando houver indicação, devendo ser realizado anualmente para todo inspecionando a partir dos 45 anos de idade.

- a) $PSA \geq 2.5$ ng / dl
- b) Idade ≥ 45 anos
- c) Inferior a 45 anos de idade, quando houver indicação Clínica.

12.2.1.1 O inspecionando poderá trazer a avaliação urológica feita pelo seu médico urologista, sendo que a aceitação da avaliação ficará a critério do CEMAL das JS, cuja validade não deverá ultrapassar 180 (cento e oitenta) dias antes da data da inspeção de saúde.

13 REQUISITOS ORTOPÉDICOS

Os inspecionandos não poderão apresentar no exame ortopédico das Inspeções de Saúde iniciais, as seguintes anomalias:

13.1 ESCOLIOSE

Os candidatos ao Curso Preparatório de Cadetes do Ar da EPCAR (CPCAR) e ao Curso de Formação de Oficiais Aviadores e Infantes da AFA (CFOAv e CFOINF) não poderão ultrapassar 12° (doze) 15° (quinze) graus Cobb.

Os demais candidatos ao ingresso no COMAER não poderão ultrapassar 20° (vinte) graus Cobb.

Ultrapassando este valor, deverá ser confirmada através de estudo radiológico panorâmico.

Na USAF é desqualificado para o vôo, em todas as classes, escoliose lombar acima de 20° e Escoliose torácica acima de 25°.

13.2 LORDOSE LOMBAR

13.2.1 Lordose acentuada, com mais de 48° (quarenta e oito) graus Ferguson no sexo masculino e 60° (sessenta graus) Ferguson no sexo feminino. Ultrapassando este valor, deverá ser confirmado através de estudo radiológico panorâmico.

De acordo com a USAF será desqualificada lordose acima de 55° Cobb.

13.3 CIFOSE TORÁCICA

13.3.1 Cifose que ao estudo radiológico, apresente mais de 40°(quarenta) graus Cobb, tanto no sexo masculino quanto no feminino. Ultrapassando este valor, deverá ser confirmado através de estudo radiológico panorâmico.

13.4 “Genu Recurvatum” com mais de 5° (cinco graus) além da posição neutra, em raios X lateral, decúbito dorsal com elevação ao nível do calcâneo de 10cm (dez) em situação de relaxamento.

13.5 “Genu Varum” que apresente distância bicondilar superior a 7cm (sete), ao exame clínico, sendo que as radiografias realizadas em posição ortostática com carga evidenciem acima de 6° (seis) graus, no eixo anatômico.

13.6 “Genu Valgum” que apresente distância bimaleolar superior a 7cm (sete), cujas radiografias realizadas em posição ortostática com carga evidenciem 6° (seis) graus no sexo masculino e até 9° (nove) graus no sexo feminino, no eixo anatômico.

13.7 megapófises de vértebra lombar que apresentem articulação anômala unilateral no estudo radiológico.

12.8 espinha bífida com repercussão neurológica.

13.9 anomalia no comprimento dos membros inferiores que apresentem ao exame, encurtamento de um dos membros superior a 15mm (quinze), constatado em mensuração referencial da crista ilíaca até o maléolo interno e confirmado através de escanometria de membros inferiores.

13.10 hemivértebra, tumores vertebrais (benignos e malignos), seqüela de fraturas que comprometam mais de 50% (cinquenta por cento) do corpo vertebral, laminectomia, passado de cirurgia de hérnia discal, pinçamento discal lombar maior que 20% (vinte por cento) do espaço intervertebral.

13.11 todas as espondilólises e as espondilolisteses .

Espondilólises tem uma significância não só por causar ocasionalmente dor lombar baixa, mas também porque envolve a porção da medula mais vulnerável ao stress acelerativo. Pilotos que são assintomáticos, que necessitem utilizar medicação com frequência, provavelmente não estarão em status de vôo. A exposição a forças “G” pode agravar a condição.

Espondilolisteses, se os sintomas são muito severos para requerer uso regular de analgésicos, não pode permanecer no vôo. Também é possível que a exposição contínua a forças acelerativas e vibração possam agravar a condição piorando o deslizamento da vértebra.

13.12 os exames radiológicos, para a coluna vertebral, deverão ser realizados no filme 35cm (trinta e cinco) x 43cm (quarenta e três), com o inspecionando em pé e descalço, em AP e Perfil, incluindo como limite inferior à 1ª vértebra sacra. A ampola de raios X distará do chassi em 180cm (cento e oitenta).

14 REQUISITOS PNEUMOLÓGICOS

O exame inicial, realizado pelo clínico geral composto de anamnese e exame físico do tórax, é suficiente para a identificação de doenças prévias do aparelho respiratório (através da HPP) e de doenças em atividade (através da HDA e exame físico).

A realização de exame radiológico do tórax também é imprescindível. Será realizada incidência em norma pósterio-anterior (PA), e nos casos de necessidade de maior elucidação será realizada a incidência em perfil, ou ainda outros exames de imagens indicados para elucidação diagnóstica.

Nos exames iniciais, e quando indicado, deve-se empregar a espirometria para avaliação da complacência pulmonar.

O inspecionando que, durante a avaliação pneumológica, apresentar exame clínico-imagenológico e espirometria (quando for o caso) normais será considerado “APTO PARA O FIM A QUE SE DESTINA”.

O inspecionando que, durante a avaliação pneumológica, apresentar doença pulmonar prévia, ou do mediastino e da pleura, passíveis de conferir comprometimento funcional do aparelho respiratório previsto nas IRIS, detectadas na anamnese e/ou nos exames complementares e que acarretem prejuízo do desempenho operacional da atividade militar, quer em vôo, quer em terra, será considerado “INCAPAZ PARA O FIM A QUE SE DESTINA”.

O inspecionando que fizer uso de fármacos, indicados para controle de doenças pulmonares, que não sejam compatíveis com os critérios de segurança para o exercício de suas atribuições técnicas específicas e que acarretem prejuízo do desempenho operacional da atividade militar, quer em vôo, quer em terra, será considerado “INCAPAZ PARA O FIM A QUE SE DESTINA”.

15 REQUISITOS GASTROENTEROLÓGICOS

O exame inicial, realizado pelo clínico geral composto de anamnese e exame físico é suficiente para a identificação de doenças prévias do Trato Gastrointestinal (TGI) e de seus anexos.

O inspecionando que, durante a avaliação do TGI e de seus anexos, apresentar exame clínico e exames complementares, julgados pertinentes, normais será considerado “APTO PARA O FIM A QUE SE DESTINA”.

O inspecionando que, durante a avaliação do TGI e de seus anexos apresentar seqüelas de doenças ou cirurgias, passíveis de conferir comprometimento funcional devido a alterações parenquimatosas, presença de estenoses ou compressões extrínsecas e/ou hérnias, consoante ao prescrito nas IRIS, que acarretem prejuízo do desempenho operacional da atividade militar, quer em vôo, quer em terra, será considerado “INCAPAZ PARA O FIM A QUE SE DESTINA”.

16 CAUSAS DE INCAPACIDADE EM INSPEÇÕES DE SAÚDE NA AERONÁUTICA

Entende-se por CAUSAS DE INCAPACIDADE EM INSPEÇÕES DE SAÚDE NA AERONÁUTICA, para efeito desta Instrução, qualquer enfermidade, síndrome, deformidade ou alteração, de natureza congênita, hereditária ou adquirida, capaz de comprometer a segurança ou a eficiência do serviço, e que são classificadas em definitivas ou temporárias, totais ou parciais, a critério da Junta de Saúde, considerando:

- a) Os respectivos prognósticos;
- b) A atividade que exerce ou deverá exercer o inspecionando;
- c) O comprometimento que venha a ocorrer no desempenho do inspecionando;
- d) A representação de risco à saúde coletiva; e
- e) A história pessoal ou familiar que possa oferecer um razoável potencial de risco de adoecimento, a critério das Juntas de Saúde.

A gravidez é um estado fisiológico normal, entretanto, pode constituir causa de incapacidade física temporária quando diagnosticada em inspecionandas que deverão exercer atividades físicas ou laborativas que possam colocar em risco a saúde da gestante ou do feto.

As causas de incapacidade em Inspeções de Saúde da Aeronáutica estão definidas na ICA 160-1, Instruções Reguladoras das Inspeções de Saúde (IRIS), e estão descritas no anexo J desta Instrução.

17 PROCEDIMENTOS EM CASOS DE DISTÚRBIOS DO METABOLISMO DA GLICOSE

17.1 Os valores propostos para a glicemia plasmática são referidos a amostras obtidas após jejum de doze horas, devendo o inspecionando estar isento da utilização de medicamentos ou quaisquer substâncias que contenham princípios ativos, capazes de interferir no metabolismo dos glicídios.

17.2 Os aeronavegantes que necessitem de insulina para o controle da glicemia serão julgados “APTO COM RESTRIÇÃO PARA ATIVIDADE AÉREA”.

17.3 PROCEDIMENTOS NAS INSPEÇÕES DE SAÚDE INICIAIS:

17.3.1 Nos casos de Glicose Plasmática inferior a 50mg 70mg/dl (cinquenta) confirmadas após duas repetições, em dias diferentes, o julgamento ficará na dependência de parecer especializado (Endocrinologia), podendo o candidato ser considerado “INCAPAZ PARA O FIM A QUE SE DESTINA”.

17.3.2 Nos casos de Glicose Plasmática entre 50 (cinquenta) e 69 mg/dl (sessenta e nove) confirmadas após duas repetições, em dias diferentes o julgamento ficará na dependência de parecer especializado (Endocrinologia).

17.3.4 Nos casos de Glicose Plasmática entre 70 (setenta) e 109 99 mg/dl (cento e nove) o candidato será considerado “APTO”.

17.3.5 Nos casos de Glicose Plasmática entre 110 100mg/dl (cem cento e dez) e 126 125mg/dl (cento e vinte e seis cinco) considerada glicemia de jejum inapropriada, o candidato deverá ser submetido a um Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG), que consiste na dosagem de glicemia basal e após 120 minutos depois da ingestão de 75g de glicose anidra (ou dose de 1,75g/kg de peso, até no máximo 75g). No TOTG, a ingestão da solução de glicose deve ser feita em no máximo cinco minutos, com jejum de oito a doze horas antes da coleta basal, e o paciente em dieta sem restrição de carboidratos durante pelo menos os três dias que antecedem ao teste.

rigorosamente executado e analisado de acordo com os critérios da Organização Mundial de Saúde (OMS), conforme estabelecidos nos quadros 5, 6 e 7.

Quadro 5 VALORES NORMAIS

JEJUM < 126 100mg/dl
30 e 60 min. < 200 mg/dl
120 min. < 140 mg/dl

Quadro 6 TOLERÂNCIA DIMINUÍDA À GLICOSE (INTOLERÂNCIA À GLICOSE)

JEJUM < 126 entre 100 e 125mg/dl
30 e 60 min. um valor > ou = 200 mg/dl
120 min. maior que 140 e menor que 199 200mg/dl

Quadro 7
DIABETES MELLITUS

JEJUM > maior ou igual a 126 mg/dl
Glicemia aleatória maior ou igual a 200mg/dl associada a sintomatologia clássica
TOTG/Glicemia após 120 min. > ou = 200 mg/dl

- a) nos TOTG com níveis de glicose nos limites previstos no **Quadro 6** o candidato será considerado “APTO”, devendo ser assinalado o diagnóstico de “Intolerância à Glicose”.
- b) nos TOTG com níveis de glicose com resultados previstos no Quadro 7 o candidato será considerado “INCAPAZ PARA O FIM A QUE SE DESTINA”, com o diagnóstico de “Diabetes Mellitus”.

17.3.6 Glicose Plasmática acima de 126mg/dl (cento e vinte e seis), confirmadas após duas repetições, em dias diferentes: o candidato será considerado “INCAPAZ PARA O FIM A QUE SE DESTINA”, com o diagnóstico de “Diabetes Mellitus”.

No caso de um dos resultados ficar abaixo de 126mg/dl (cento e vinte e seis), deverão ser aplicados os critérios descritos no subitem anterior.

17.4 PROCEDIMENTOS NAS INSPEÇÕES DE SAÚDE PERIÓDICAS

17.4.1 Os inspecionandos, não aeronavegantes, em uso de hipoglicemiantes orais e com níveis controlados de glicemia serão julgados “APTO, DEVENDO FAZER TRATAMENTO ESPECIALIZADO”.

17.4.2 Os portadores de glicemia inferior a 50 mg/dl (cinquenta), confirmada após duas repetições, em dias diferentes, serão incapacitados temporariamente e encaminhados à Endocrinologia.

17.4.3 Os portadores de glicemias entre 50 (cinquenta) e 69 mg/dl (sessenta e nove), confirmadas após duas repetições, em dias diferentes, terão o seu julgamento na dependência de parecer da Endocrinologia.

17.4.4 Nos casos de Hipoglicemia Reativa, Hipoglicemias de difícil controle ou fora de possibilidade terapêutica, o Aeronavegante será considerado “INCAPAZ DEFINITIVAMENTE PARA O EXERCÍCIO DA ATIVIDADE AÉREA, PODENDO OU NÃO EXERCER ATIVIDADES DE TERRA”

17.4.5 Os portadores de Glicose Plasmática entre 70 (setenta) e 109 99mg/dl (cento e noventa e nove) serão considerados “APTOS”.

17.4.6 Os portadores de Glicose Plasmática entre 110 100mg/dl (cem cento e dez) e 126 125mg/dl (cento e vinte e seis cinco) confirmados após duas repetições, em dias diferentes deverão ser submetidos a TOTG.

- a) nos TOTG com padrão de intolerância à glicose, conforme resultados previstos no Quadro 6, os inspecionandos serão considerados “APTO” devendo ser assinalado o diagnóstico de “Intolerância à Glicose”; e
- b) nos TOTG com níveis de glicose com resultados previstos no quadro 7 configura-se o diagnóstico de “Diabetes Mellitus”, sendo o inspecionando encaminhado para tratamento especializado (Endocrinologia).

17.4.7 Nos casos de diagnóstico de Diabetes Mellitus, os inspecionandos aeronavegantes deverão ser submetidos a protocolo com vistas a diagnosticar provar:

- a) não possuir retinopatia, nefropatia, neuropatia ou qualquer outra manifestação de microangiopatia diabética; ou macroangiopatia diabética;
- b) possuir um estado nutricional adequado;
- a) ter níveis normais de hemoglobina glicosilada;
- d) não possuir condições que possibilitem o surgimento de hipoglicemia, tais como: doença renal, doença hepática, insuficiência adrenocortical, alcoolismo, uso crônico de alguns medicamentos (salicilatos ou outros considerados hipoglicemiantes) e idade, de acordo com o quadro clínico; e
- e) não depender da utilização de insulina, para controle metabólico cotidiano, associada ou não a hipoglicemiantes orais.

17.4.8 Nas situações previstas no item anterior, caso o inspecionando aeronavegante atenda as condições descritas, será poderá ser considerado “APTO”, devendo fazer tratamento especializado e com restrição definitiva para o voo solo, aviação de alta performance (caça/ataque), instrução aérea, combate aéreo, demonstração aérea, aviação embarcada, piloto de provas.

17.4.9 Caso o inspecionando não atenda às condições previstas no item 14.4.7, será incapacitado temporariamente por até 180 (cento e oitenta) dias para o exercício da atividade aérea, devendo ser acompanhado por clínica especializada.

Ao término do prazo, persistindo as alterações, será definida a situação do inspecionando.

De acordo com a gravidade da doença, poderão ser considerados “APTO COM RESTRIÇÃO TEMPORÁRIA/DEFINITIVA PARA ATIVIDADE AÉREA, PODENDO EXERCER ATIVIDADES DE TERRA, ou “INCAPAZ DEFINITIVAMENTE PARA O SERVIÇO MILITAR”.

17.4.10 Os militares não aeronavegantes com diagnóstico de Diabetes Mellitus poderão ser serão considerados “APTO DEVENDO FAZER TRATAMENTO ESPECIALIZADO”.

De acordo com a gravidade da doença e a avaliação especializada, poderão ser julgados “APTO COM RESTRIÇÃO”, “INCAPAZ TEMPORARIAMENTE” ou “INCAPAZ DEFINITIVAMENTE PARA O SERVIÇO MILITAR”.

17.5 Nos casos de distúrbios do metabolismo da glicose em inspecionandos da Aviação Civil, ATCO e OEA serão adotados os procedimentos previstos em legislação específica.

17.6 Os Controladores de Tráfego Aéreo Civil e Operadores de Estação Aeronáutica Civil nos casos de distúrbio do metabolismo da glicose serão inspecionados de acordo com a legislação específica.

ATENÇÃO: CONTROLADORES DE TRÁFEGO AÉREO E OPERADORES DE ESTAÇÃO AERONÁUTICA MILITARES.

17.7 Nos inspecionandos da Aviação Civil serão adotados os procedimentos previstos na legislação específica.

18 CASOS ESPECIAIS DE CARDIOLOGIA EM AERONAVEGANTES E PESSOAL DO CONTROLE DE TRÁFEGO AÉREO

Os casos de cardiopatia com possibilidade de constituir uma incapacidade definitiva, em Aeronavegante militares, não deverão ser julgados pela junta examinadora e sim remetidos à JES do CEMAL, a quem caberá julgar e expedir o Cartão de Saúde (CS), se for o caso.

18.1 INFARTO DO MIOCÁRDIO

18.1.1 Nas Inspeções de Saúde iniciais os Inspeccionandos serão julgados: “INCAPAZ PARA O FIM A QUE SE DESTINA”.

18.1.2 Os Inspeccionandos militares acometidos de Infarto do Miocárdio poderão ser reavaliados, para o retorno de suas atividades em terra, após transcorridos 180 (cento e oitenta) dias do episódio do infarto, ou a critério da Junta.

18.1.3 A aptidão para o exercício da atividade aérea, para os pilotos militares, será avaliada e considerada após terem transcorridos 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias do início da patologia que originou a incapacidade.

O julgamento nesses casos será “APTO COM RESTRIÇÃO DEFINITIVA PARA O VÔO SOLO E DE INSTRUÇÃO”.

Os reexames serão realizados em períodos máximos de 180 (cento e oitenta) dias, desde que não apresentem as seguintes anormalidades:

- a) insuficiência cardíaca;
- b) angina de peito;
- c) eletrocardiograma dinâmico (Holter) 24h apresentando arritmias graves ou isquemia miocárdica;
- d) cintilografia miocárdica de esforço - repouso com resposta isquêmica;
- e) cardiomegalia acentuada;
- f) cineangiocoronariografia com ventriculografia mostrando:
 - 1) aterosclerose significativa de um ou mais vasos; não passível de correção através de tratamento cirúrgico ou intervencionista de outra ordem;
 - 2) disfunção ventricular esquerda sistólica moderada ou grave; anormal ou presença de alterações segmentares significativas;
 - 3) presença de trombos intraventriculares ou outras complicações devido ao acidente isquêmico coronariano.
 - 4) lipidograma anormal ; e
 - 5) anormalidades na entrevista psicológica e psiquiátrica.

18.1.4 A aptidão para o exercício da atividade aérea dos Aeronavegantes não pilotos poderá ser avaliada e considerada após terem transcorridos 180 (cento e oitenta) dias do episódio do infarto que deu origem a incapacidade, desde que não apresentem as anormalidades citadas no item

18.1.5 Caso não sejam atendidas as exigências previstas no item anterior, poderão ser incapacitados definitivamente para a atividade aérea, podendo ser habilitados para funções em terra.

18.2 PORTADORES DE CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA OU ANGIOPLASTIA CORONARIANA, SEM INFARTO DO MIOCÁRDIO

18.2.1 Nas Inspeções de Saúde iniciais os inspecionandos serão julgados: “INCAPAZ PARA O FIM A QUE SE DESTINA”.

18.2.2 A aptidão para o exercício da atividade aérea, para pilotos, poderá ser avaliada e considerada, após decorrido o prazo de 180 (cento e oitenta) dias de incapacidade, desde que atendam as seguintes exigências:

- a) A ausência das anormalidades citadas no item 18.1.3; e
- b) cineangiocoronariografia, demonstrando desobstrução das pontes, artérias e boa função ventricular.

18.2.3 Atendendo às exigências, previstas no item anterior, o julgamento será “APTO COM RESTRIÇÃO DEFINITIVA PARA O VÔO SOLO E DE INSTRUÇÃO”.

Os reexames serão realizados em períodos máximos de 180 (cento e oitenta) dias.

18.2.4 Os Aeronavegantes militares não pilotos, poderão ser considerados "APTOS" para o exercício da atividade aérea, após transcorridos 180 (cento e oitenta) dias do procedimento, desde que apresentem: Cintilografia Miocárdica sem sinais de isquemia Teste Ergométrico normal e eletrocardiograma dinâmico-(Holter) 24h sem alterações isquêmicas ou arritmias complexas.

18.2.4.1 Caso não sejam atendidas as exigências previstas no item anterior, poderão ser incapacitados definitivamente para a atividade aérea, podendo ser habilitados para funções em terra.

18.3 PROLAPSO DA VÁLVULA MITRAL (PVM)

18.3.1 Os pilotos militares e demais aeronavegantes, portadores assintomáticos de PVM, sem arritmias e na ausência de doenças sistêmicas cardíacas associadas, serão considerados “APTO” nas Inspeções de Saúde iniciais e periódicas, desde que preencham os seguintes critérios:

- a) anamnese e exame físico de acordo com os itens 10.2 e 10.3,
- b) ecocardiograma uni e bidimensional sem evidências de alterações estruturais da válvula mitral (degeneração mixomatosa e/ou redundância dos folhetos e/ou do aparelho subvalvar), e sem refluxo mitral moderado ou severo,
- c) teste ergométrico normal, e
- d) eletrocardiograma dinâmico de 24 horas (Holter) sem evidência de arritmias e alterações na repolarização ventricular sugestivas de isquemia miocárdica.

18.3.2 Os pilotos militares portadores de PVM que não foram detectados em seus exames iniciais serão considerados “APTO”, desde que cumpram os critérios do item 18.3.1.

18.3.3 Os candidatos a aeronavegantes militares portadores de PVM, que não estiverem em conformidade com o item 18.3.1, serão considerados “INCAPAZ PARA O FIM A QUE SE DESTINA”.

18.3.4 Os pilotos militares portadores de PVM, com evidência de degeneração mixomatosa, ou redundância dos folhetos ou do aparelho valvar e subvalvar, e/ou refluxo mitral moderado ou severo,

que não foram detectados em seus exames iniciais, serão considerados “APTO COM RESTRIÇÃO DEFINITIVA PARA A ATIVIDADE AÉREA).

18.3.5 Os pilotos militares portadores de PVM que apresentem arritmias complexas, serão considerados “APTO COM RESTRIÇÃO TEMPORÁRIA POR 90 DIAS AO VÔO PARA A ATIVIDADE AÉREA”, devendo ser reinspecionados pelo CEMAL para análise pericial definitiva.

18.4 PRÉ-EXCITAÇÃO VENTRICULAR (WOLFF-PARKINSON-WHITE) – WPW

18.4.1 Os candidatos a Aeronavegantes militares, Controladores de Tráfego Aéreo (BCT) e Operadores de Estação Aeronáutica (OEA) portadores de WPW, nas inspeções de saúde iniciais, será emitido o parecer “INCAPAZ PARA O FIM A QUE SE DESTINA”.

18.4.2 Nas inspeções de saúde periódicas, os pilotos militares e demais aeronavegantes militares, Os Controladores de Tráfego Aéreo (BCT), Operadores de Estação Aeronáutica (OEA), portadores de WPW, serão considerados “APTO COM RESTRIÇÃO TEMPORARIA POR 180 DIAS AO VÔO”, “APTO COM RESTRIÇÃO TEMPORÁRIA POR 180 DIAS PARA A ATIVIDADE DE CONTROLE DE TRÁFEGO AÉREO” e “APTO COM RESTRIÇÃO TEMPORÁRIA POR 180 DIAS PARA A ATIVIDADE DE OPERADOR DE ESTAÇÃO AERONÁUTICA”.

18.4.3 Os pilotos militares e demais aeronavegantes militares, BCT e OEA, portadores de WPW, deverão ser submetidos aos seguintes exames: Holter, Teste Ergométrico e Estudo Eletrofisiológico, com vistas à realização de ablação. Caso não se realize a ablação serão, respectivamente, incapacitados definitivamente para o exercício da Atividade Aérea, exercício de Atividade de Controle de Tráfego Aéreo e para o exercício de Operador de Estação Aeronáutica.

18.4.4 Nas inspeções iniciais e periódicas dos inspecionandos que foram submetidos à ablação, a mais de 06 (seis) meses, e evidenciarem no ECG, no Teste Ergométrico e no Holter de 24 horas, A AUSÊNCIA DE CONDUÇÃO ANÔMALA e INDUÇÃO DE ARRITMIAS CARDÍACA, serão considerados “APTO”.

18.5 SÍNDROME DO PR – CURTO

18.5.1 Nas inspeções de saúde iniciais e periódicas dos pilotos militares e demais aeronavegantes militares, Controladores de Tráfego Aéreo (BCT) e Operadores de Estação Aeronáutica (OEA), portadores da Síndrome do PR-Curto serão considerados “APTO” desde que preencham os seguintes critérios:

- a) ECG de repouso sem evidência de onda “Delta”;
- b) Teste ergométrico normal;
- c) Holter de 24 horas sem evidência de arritmias, significativas;
- d) Ecocardiograma uni e bidimensional com Doppler sem alterações estruturais cardíaca; e
- e) Estudo eletrofisiológico, sem evidência de via anômala e sem indução de arritmias ventriculares graves.

18.5.2 Caso o inspecionando, em sua inspeção inicial não preencha os critérios do item 18.5.1, será dado o parecer “INCAPAZ PARA O FIM A QUE SE DESTINA”.

18.5.3 Nas inspeções periódicas, o inspecionando que não atender os requisitos definidos no item 18.5.1, será emitido o parecer: “APTO COM RESTRIÇÃO TEMPORÁRIA POR 180 DIAS PARA ATIVIDADE AÉREA” ou “APTO COM RESTRIÇÃO TEMPORÁRIA POR 180 DIAS PARA ATIVIDADE DE CONTROLE DE TRÁFEGO AÉREO”, ou “APTO COM RESTRIÇÃO TEMPORÁRIA POR 180 DIAS PARA ATIVIDADE DE OPERADOR DE ESTAÇÃO AERONÁUTICA”, devendo o militar ser reinspecionado pelo CEMAL para análise pericial definitiva.

18.6 TAQUIARRITMIAS GRAVES

18.6.1 Para efeito desta ICA, são consideradas taquiarritmias graves: O flutter atrial, fibrilação atrial, taquicardia supraventriculares e todas as taquicardias ventriculares

18.6.2 Na inspeção de saúde inicial dos pilotos militares e demais aeronavegantes militares, Controladores de Tráfego Aéreo (BCT) e Operadores de Estações Aeronáutica (OEA), portadores de taquiarritmias graves, será emitido o julgamento “INCAPAZ PARA O FIM A QUE SE DESTINA”.

18.6.3 Nas inspeções de saúde periódicas dos pilotos militares e demais aeronavegantes militares, Controladores de Tráfego Aéreo (BCT) e Operadores de Estações Aeronáuticas (OEA), será emitido o parecer: “INCAPAZ TEMPORARIAMENTE APTO COM RESTRIÇÃO TEMPORÁRIA POR ATÉ 180 90 DIAS AO VÔO”, ou “INCAPAZ TEMPORARIAMENTE APTO COM RESTRIÇÃO TEMPORÁRIA POR ATÉ 180 90 DIAS PARA A ATIVIDADE DE CONTROLE DE TRÁFEGO AÉREO”, ou “INCAPAZ TEMPORARIAMENTE APTO COM RESTRIÇÃO TEMPORÁRIA POR ATÉ 180 90 DIAS PARA A ATIVIDADE DE OPERADOR DE ESTAÇÃO AERONÁUTICA”, devendo ser reinspecionados pelo CEMAL para análise pericial definitiva.

18.7 MARCA PASSO ARTIFICIAL

Os portadores de marca passo artificial terão parecer nas inspeções de saúde iniciais e periódicas o parecer: Incapaz definitivamente pra o fim que se destina.

18.8 DROGAS CARDIOLÓGICAS

- a. **Anticoagulante** - Os inspecionandos em uso de anticoagulante terão parecer nas inspeções de saúde iniciais e periódicas: Incapaz definitivamente pra o fim que se destina.
- b. **Antiarrítmicos** - Os inspecionandos em uso de antiarrítmicos terão parecer nas inspeções de saúde iniciais e periódicas de acordo com as alterações observadas em seu eletrocardiograma, a critério da Junta de Saúde.

18.9 Nos inspecionandos da Aviação Civil serão adotados os procedimentos previstos na legislação específica.

19 PROCEDIMENTOS EM CASOS DE SÍNDROME DE IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA (SIDA/AIDS)

19.1 CLASSIFICAÇÃO

A infecção pelo vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) pode ser classificada de acordo com as manifestações clínicas e com a contagem de linfócitos CD4.

19.1.1 CLASSIFICAÇÃO QUANTO ÀS MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

19.1.1.1 Categoria “A”

- a) Infecção Assintomática – inspecionandos com sorologia positiva para o HIV, sem apresentar sintomas;
- b) linfadenopatia Generalizada Persistente – linfadenomegalia, envolvendo duas ou mais regiões extra-inguinais, com duração de pelo menos 3 (três) meses, associada à sorologia positiva para o HIV; e
- c) infecção Aguda – síndrome mononucleose-like, 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.

19.1.1.2 Categoria “B”

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

- a) angiomatose bacilar;
- b) candidíase vulvovaginal persistente de mais de um mês, que não responde ao tratamento específico;
- c) candidíase orofaríngea; e
- d) sintomas constitucionais (febre maior que 38,5°C ou diarreia com mais de um mês de duração).

19.1.1.3 Categoria “C”

Inspecionandos soropositivos e sintomáticos que apresentem infecções oportunistas ou neoplasias:

- a) Candidíase esofágica, traqueal ou brônquica;
- b) Criptococose extrapulmonar;
- c) Câncer cervical uterino;
- d) Rinite, esplenite ou hepatite por citomegalovírus;
- e) Herpes simples mucocutâneo com mais de um mês de evolução;
- f) Histoplasmose disseminada;

- g) Isosporíase crônica;
- h) Micobacteriose atípica;
- i) Tuberculose pulmonar ou extrapulmonar;
- j) Pneumonia por *Pneumocistis. carini*;
- l) Pneumonia recorrente com mais de dois episódios em 01(um) ano;
- m) Bacteremia recorrente por “salmonella”;
- n) Toxoplasmose cerebral;
- o) Leucoencefalopatia multifocal progressiva;
- p) Criptosporidiose intestinal crônica;
- q) Sarcoma de Kaposi;
- r) Linfoma: de Burkitt, imunoblástico ou primário de cérebro;
- s) Encefalopatia por HIV; e
- t) Síndrome consumptiva pelo HIV.

19.1.2 CLASSIFICAÇÃO QUANTO À CONTAGEM DE LINFÓCITOS CD4

Os inspecionandos serão classificados nos seguintes grupos:

19.1.2.1 Grupo I

Inspecionandos com número absoluto de linfócitos T auxiliares (CD4) igual ou acima de 500/mm³.

19.1.2.2 Grupo II

Inspecionandos com número absoluto de linfócitos T auxiliares (CD4) entre 200 e 499/mm³.

19.1.2.3 Grupo III

Inspecionandos com número absoluto de linfócitos T auxiliares (CD4) menor que 200/mm³.

19.1.3 As classificações clínicas e laboratoriais estão resumidas no quadro 8 abaixo:

Quadro 8

CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA E LABORATORIAL

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

19.2 PROCEDIMENTOS DAS JUNTAS DE SAÚDE

19.2.1 As Juntas de Saúde, caso necessário, poderão solicitar a realização de exames imunológicos (Subtipagem Linfocitária e contagem de Carga Viral), exames específicos (provas sorológicas para Toxoplasmose, Citomegalovirus e outros), bem como pareceres especializados para melhor avaliação do caso clínico do inspecionando e consubstanciar o julgamento.

19.2.2 Nas Inspeções de Saúde iniciais deverá ser realizado o exame Anti-HIV em todos os inspecionandos. Os resultados positivos deverão ser confirmados com o exame WESTERN-BLOT.

Os inspecionandos com exames Anti-HIV positivo serão julgados “INCAPAZ PARA O FIM A QUE SE DESTINA” nas Inspeções de Saúde iniciais.

19.2.3 Nas Inspeções de Saúde periódicas serão adotados os seguintes procedimentos.

19.2.3.1 Os inspecionandos pilotos militares quando estiverem nas fases assintomáticas e com condições clínicas normais, avaliadas pelas Juntas de Saúde, serão considerados “APTOS, COM RESTRIÇÃO PARA O VÔO SOLO, AVIAÇÃO DE ALTA PERFORMANCE (CAÇA E ATAQUE), ACROBÁTICA, EMBARCADA, DE AEROSALVAMENTO (SAR) PILOTO DE PROVAS E INSTRUTOR DE V00 NA AFA”.

- a) estes inspecionandos deverão ser reinspecionados a cada 120 (cento e vinte) dias ou em intervalos menores, a critério da Junta; e
- b) nestas inspeções será obrigatória rigorosa avaliação das condições físicas e psíquicas do inspecionando, além da realização dos exames imunológicos (Subtipagem Linfocitária e Carga Viral) e outros julgados necessários, a fim de fornecer a atual e real situação clínica do inspecionando e subsidiar o julgamento da Junta.

19.2.3.2 Os demais aeronavegantes, não pilotos, quando estiverem nas fases assintomáticas e com condições clínicas normais, avaliados pelas Juntas de Saúde, serão julgados “APTOS”, podendo ter restrições, a critério das Juntas, devendo ser reavaliados a cada 180 (cento e oitenta) dias ou em intervalos menores à critério das Juntas de Saúde.

19.2.3.3 Os inspecionandos militares, independente do seu enquadramento na classificação clínica e laboratorial da doença, serão julgados mediante a avaliação das suas condições físicas e psíquicas atuais, a critério da Junta de Saúde.

Todos deverão ser mantidos em acompanhamento ambulatorial devendo constar a observação “DEVERÁ REALIZAR TRATAMENTO ESPECIALIZADO”.

19.2.3.4 Enquanto os inspecionandos militares reunirem condições físicas e psíquicas de continuar exercendo atividades laborativas, estando assintomáticos, com boa imunidade, serão considerados “APTOS”, com as restrições que forem necessárias (educação física, formaturas, instrução militar e outros) a critério da Junta de Saúde.

19.2.3.5 Os inspecionandos que apresentarem comprometimento imunológico importante, aparecimento de doenças oportunistas e piora das condições clínicas, serão julgados “INCAPAZ TEMPORÁRIAMENTE” por um prazo a ser definido pela Junta de Saúde, realizando tratamento especializado neste período.

Cessada a causa da incapacidade, com melhora das condições clínicas, o inspecionando voltará a ser julgado “APTO”, podendo ou não ter alguma restrição.

19.2.3.6 Caso o inspecionando permaneça com incapacidade temporária, durante um período igual ou superior a 02 (dois) anos, consecutivos ou não, a Junta de Saúde deverá remeter o processo para avaliação da Junta Superior de Saúde.

19.2.3.7 Os inspecionados que apresentarem grave comprometimento das condições clínicas ou doenças oportunistas que inviabilizem a permanência no serviço ativo, deverão ser julgados “INCA-PAZ DEFINITIVAMENTE PARA O SERVIÇO”.

19.2.3.8 A revisão da reforma, em qualquer situação, será feita por meio de nova inspeção de saúde.

19.2.3.9 Os inspecionados da Aviação Civil serão julgados, no que couber, de acordo com as presentes instruções, ou conforme previsto em legislação específica.

19.2.3.10 Exemplos de especificações de diagnósticos a serem utilizados pelas Juntas de Saúde:

- a) Portador de HIV – classificação A 2;
- b) SIDA/AIDS – classificação A 3; e
- c) SIDA/AIDS - Sarcoma de Kaposi – classificação C 2.

Deverá, ainda, ser utilizado o diagnóstico cifrado previsto na Classificação Internacional de Doenças (CID), adotada pela DIRSA.

20 DOCUMENTOS EXPEDIDOS PELAS JUNTAS DE SAÚDE

20.1 CARTÃO DE SAÚDE (CS)

20.1.1 Os CS serão emitidos pelas Juntas de Saúde, nos casos de aptidão, podendo ser entregues diretamente ao inspecionando ou remetido à sua Organização Militar.

20.1.2 As JES emitirão o CS, conforme previsto no modelo do Anexo C, para todos os inspecionandos militares aeronavegantes, controladores de tráfego aéreo e operadores de estação aeronáutica, que realizarem inspeção de saúde para fins das letras “b”, “f”, “g”, “h”, “p” e “q”, do item 2.1 das IRIS.

20.1.3 As JRS emitirão o CS, conforme previsto no modelo do Anexo D, para todos os inspecionandos militares que realizarem inspeções de saúde, para fins das letras “b”, “f”, “g” e “h” do item 2.1 das IRIS.

20.1.4 Nas Inspeções de Saúde para fins de letra “g”, “p” e “q” quando o parecer for de aptidão sem ou com restrição(ões) temporárias, deverá ser aberto uma FIS, fins letra “h”, para que possa ser emitido o CS com a(s) devida(s) restrição(ões), quando houver, passando o inspecionando a letra “h” para as demais inspeções.

20.1.4.1 Nas inspeções de saúde fins letra “g” quando o parecer da JES do CEMAL for de aptidão com restrição definitiva para o exercício de atividade aérea, Controle do Tráfego Aéreo e Operação de Estação Aeronáutica, homologados pela JSS, o examinando será encaminhado para JRS, fins realizar, doravante, suas inspeções de saúde, fins letra “h”.

20.1.4.2 Nos casos de julgamento fins letra “O” do item 2.1 desta ICA, para efeito de transferência por motivo de saúde, a JS que fizer o julgamento deverá se abster de colocar a localidade especificada que porventura venha constar no requerimento, indicando apenas a área (COMAR) e fundamentando o seu julgamento no ofício de encaminhamento à JSS. Esta fundamentação fará parte da FIS e será assinada pelo presidente da JS, devendo ser considerada como segredo médico.

A JSS poderá solicitar à JS outros esclarecimentos que julgar necessário. Estes esclarecimentos deverá ser assinado pelo presidente da JS e será considerado segredo médico.

20.2 CERTIFICADO DE CAPACIDADE FÍSICA (CCF) E CERTIFICADO MÉDICO AERONÁUTICO (CMA)

20.2.1 O CCF será emitido por uma JES, conforme modelo e procedimentos previstos na legislação específica, de acordo com o convênio COMAER / ANAC. Quando da inspeção de saúde do pessoal da Aviação Civil, ATCO e OEA.

20.2.2 O CMA será emitido por uma JES, conforme modelo e procedimentos previstos na legislação específica, para Servidores Civis do COMAER e trabalhadores civis das empresas conveniadas com o DECEA que exercem as funções de ATCO e OEA. O CMA será também emitido para aqueles militares que exercem as funções de Controladores de Tráfego Aéreo e Operadores de Estações Aeronáuticas na Aviação Civil, além do Cartão de Saúde (CS) previsto no item 20.1.2 .

20.3 CÓPIA DE ATA DE INSPEÇÃO DE SAÚDE (AIS)

Será emitida de acordo com as IRIS, conforme o modelo previsto no Anexo H.

20.4 DOCUMENTO DE INFORMAÇÕES CONFIDENCIAIS DE SAÚDE (DIS DICOS)

O Documento de Informação de Saúde será fornecido conforme modelo previsto no Anexo I para o inspecionando, de acordo com o previsto nas IRIS. que, ao ser julgado por uma Junta de Saúde, tenha uma incapacidade temporária ou definitiva, alguma causa restritiva ou esteja com alguma indicação de tratamento.

20.5 MENSAGEM RÁDIO COMUNICAÇÃO DE RESULTADO DE INSPEÇÃO DE SAÚDE

A. MILITAR: A mensagem rádio com O resultado da Inspeção de Saúde de militares e funcionários civis ATCO e OEA serão comunicadas via mensagens rádio para a será enviada à autoridade que determinou ou solicitou a inspeção de saúde. As demais quando solicitada pela DIRAP, SECPRM e as OM interessadas, após as inspeções de saúde de candidatos a cursos militares.

B. Os resultados das inspeções de Saúde de Aeronavegante da Aviação Civil serão comunicados à ANAC de acordo com o previsto no convenio COMAER/ANAC. Civil Transmitida à ANAC através do sistema MAPI, somente para os portadores de código da ANAC.

C. Os resultados das inspeções de saúde de Controlador de Tráfego Aéreo e Operador de estação aeronáutica deverão ser comunicado ao DECEA de acordo com o previsto na ICA 63-15. Somente quando solicitado

Será comunicado via mensagem rádio:

- À DIRAP;

- À SECPRM.

- Às OM interessadas, após as inspeções de saúde de candidatos a cursos militares.

D. A todas as JES que realizar as inspeções de saúde, nos casos de candidatos a aeronavegantes, ou a Controlador de Tráfego Aéreo ou Operador de Estação Aeronáutica com o parecer “INCAPAZ PARA O FIM A QUE SE DESTINA” e nos casos de aeronavegantes civis incapacitados definitivamente para a atividade aérea deverá comunicar via mensagem rádio as demais JES.

E. Ao SERAC da área nos casos de aeronavegantes com atividade na aviação civil, que foram incapacitados definitivamente para o exercício da atividade aérea.

20.6 O Cartão de Saúde e o Documento de Inspeção de Saúde, não retirados pelo próprio inspecionando, no prazo de 07 (sete) dias, deverão ser enviados para a OM do militar através de ofício de encaminhamento, juntamente com a cópia de Ata da Inspeção de Saúde.

20.7 Os CCF com prazo vencido que foram recolhidos dos inspecionandos, assim como aqueles, porventura, rasurados pela Secretaria da Junta e os não retirados pelos aeronavegantes civis no prazo de 30 dias após o julgamento, deverão ser encaminhados a ANAC ao Órgão competente, através de ofício de encaminhamento, conforme o convenio COMAER/ANAC.

20.8 Os resultados das Inspeções de Saúde realizadas para fins de concursos militares, juntamente com a relação nominal dos aprovados, incapacitados e faltosos, deverão ser divulgados e encaminhados para as OM interessadas e envolvidas no concurso.

21 DISPOSIÇÕES GERAIS

21.1 Os inspecionandos que exercem a função de Controlador de Tráfego Aéreo ou Operador de Estação Aeronáutica realizarão suas Inspeções de Saúde nas JES, apesar de não serem considerados aeronavegantes.

Este procedimento tem como finalidade avaliar e controlar as condições de sanidade física e mental desses Inspecionandos, de acordo com o disposto no ANEXO 1 a Convenção sobre Aviação Civil internacional, da Organização da Aviação Civil Internacional (OACI/ICAO), conforme regulamentado pelo governo brasileiro.

21.2 Os Controladores de Tráfego Aéreo e os Operadores de Estação Aeronáutica, civis ou militares, quando envolvidos em incidentes aeronáuticos graves ou acidentes aeronáuticos, realizam inspeção de saúde aplicando-se todos os exames de uma inspeção inicial.

21.3 As JES e as JRS deverão ter conhecimento das legislações pertinentes dos assuntos periciais, visando ao adequado julgamento das Inspeções de Saúde.

21.4 Cada JES deve designar um revisor para verificar e corrigir as eventuais irregularidades antes do envio da FIS ao CEMAL.

21.5 As FIS que forem enviadas à DIRSA, com a finalidade de homologação, deverão ser encaminhadas juntamente com anexados: A cópia de Ata, e as cópias dos relatórios e os exames que subsidiaram o julgamento. As Juntas examinadoras deverão manter em seu poder uma cópia da FIS original.

21.6 A Organização de Saúde da Aeronáutica que, ao prestar atendimento a um militar que exerça a função de aeronavegante, Controlador de Tráfego Aéreo ou Operador de Estação Aeronáutica, detectar qualquer estado patológico que possa comprometer a segurança de vôo ou ser agravado pelos riscos ambientais relacionados ao vôo, deverá encaminhá-lo a sua OM com a recomendação de ser encaminhado à JES imediatamente em um prazo, que não deverá exceder 30 (trinta) dias. A OSA deverá encaminhar um relatório especializado à JES.

21.7 É responsabilidade do CEMAL a inspeção técnica de todas as JES, visando uma adequada padronização de suas atividades específicas. Compete à Diretoria de Saúde da Aeronáutica (DIRSA), por solicitação do DECEA, realizar as Inspeções Técnicas nas Juntas Especiais de Saúde (JES) que realizam Inspeções de Saúde em ATCO/CTA e OEA para fins de padronização das rotinas a serem observadas por essas Juntas. A equipe de inspeção poderá ser composta por militares de outras Organizações de Saúde (OSA), a critério da DIRSA.

21.7.1 Nas Inspeções de Saúde do Pessoal de Voo (Aeronavegantes Militares), são atribuições do CEMAL, por delegação da DIRSA, incluindo a padronização das rotinas a serem observadas pelas JES das OSA, bem como a Inspeção Técnica dessas atividades e o controle das Inspeções de Saúde realizadas. A equipe do CEMAL poderá, eventualmente, ser integrada por militares da DIRSA, conforme decisão do Diretor de Saúde.

21.7.2 A Inspeção Técnica na OSA que realiza Inspeção de Saúde do aeronavegante civil deverá ser realizada periodicamente, por representante(s) do CEMAL, e eventualmente por representante(s) da DIRSA, de acordo com o convênio COMAER / ANAC.

21.8 O CEMAL manterá cooperação com os Órgãos responsáveis pela Segurança de Voo, objetivando a otimização do desempenho psicofísico dos aeronavegantes e do pessoal ligado ao Controle de Tráfego Aéreo e Operador de Estação Aeronáutica.

21.9 A redação dos julgamentos das Juntas de Saúde deverá obedecer ao previsto na ICA 160-1 (IRIS).

21.10 Nas Inspeções de Saúde, para fins das letras, “i” e “o” serão realizadas as avaliações da Clínica Médica e na clínica que deu origem à inspeção. Qualquer outro exame especializado ficará a critério destas clínicas.

21.11 As Inspeções de Saúde realizadas dentro de um prazo de 90 (noventa) dias poderão ter seus exames revalidados, exceto os da clínica que originou a restrição de tempo.

21.12 Nas Inspeções de Saúde, para fins da letra “g” cujos julgamentos sejam de: “Apto” ou “Apto com Restrição(ões)”, não será emitido Cartão de Saúde, deverá ser feita uma FIS para a letra “h”, transcrevendo-se todos os exames da letra “g”, e completando os exames restantes para a letra “h”, se for o caso, para que seja emitido o Cartão de Saúde.

21.12 O pessoal de terra civil da Aeronáutica, e os candidatos a cargos civis do Comando da Aeronáutica serão considerados assemelhados à categoria funcional “Graduados com especialidades não aeronavegantes” - do Anexo A, quanto aos Requisitos de Aptidão para as finalidades das JRS.

Nestas inspeções, as Juntas de Saúde, além dos requisitos de aptidão, deverão levar em conta nos seus julgamentos, a atividade e o cargo que será exercido pelo inspecionando no COMAER, bem como o estabelecido nos editais dos respectivos concursos de admissão.

21.13 Nas inspeções de saúde, as Juntas deverão, obrigatoriamente, preencher, com clareza, a Ficha de Inspeção de Saúde (FIS), prevista no Anexo G, cabendo aos Secretários das Juntas a sua adequada revisão, previamente ao julgamento, visando ao cumprimento das Legislações, bem como o preenchimento correto de todos os seus campos.) – Transferir para Ginecologia

21.14 Nas inspeções para a letra “g / h” do item 2.1 da ICA 160-1 (IRIS), de todos os inspecionandos e nas inspeções de saúde de conscritos e de soldados, as JRS poderão utilizar o modelo constante do Anexo H, modelo simplificado que torna mais ágil o funcionamento das JRS.

21.15 Quando se tratar de perspectiva de ascensão na carreira militar, através de curso de formação, o suboficial, o sargento ou o cabo, previstos nos subgrupo IE e IIB da IRIS, para iniciarem o curso, em relação à avaliação psicofísica, deverão obedecer aos seguintes procedimentos:

21.15.1 O militar que for aprovado para o curso de ascensão de carreira deverá estar com a sua inspeção de saúde periódica válida, com parecer de aptidão, sem restrição, para se matricular no curso. O militar cuja inspeção já tenha sido feita a mais de seis meses deverá revalidar a sua Inspeção de Saúde (letra H) no período imediatamente anterior ao início do curso.

21.15.2 O militar aprovado para o curso de ascensão na carreira, cuja inspeção de saúde periódica esteja válida e com parecer de aptidão com restrição (ões) temporária(s), deverá ser submetido à inspeção de saúde inicial, com requisitos de revalidação, para verificar se a (s) restrição (ões) não irá (ão) prejudicar seu desempenho curricular, levando a não concluí-lo e/ou se irá (ão) agravar o seu estado de saúde pelas exigências das atividades físicas curriculares do curso.

21.15.3 O militar aprovado para o curso de ascensão na carreira, cuja inspeção de saúde periódica esteja válida e com parecer de aptidão com restrição (ões) definitiva(s), deverá ser submetido à inspeção de saúde inicial, com requisitos de revalidação, devendo ser levado em conta o prognóstico e o tempo da (s) restrição (ões), se a(s) mesma (s) é (são) compatível (is) com as exigências curriculares a serem cumpridas durante o curso e se as atividades físicas curriculares não irão agravar o seu estado de saúde.

21.15.4 Quando se tratar dos militares previstos no item 21.15.2, as inspeções de saúde deverão ser realizadas e julgadas no CEMAL.

21.16 Quando se tratar dos militares previstos no item 21.15.3, as inspeções de saúde deverão ser realizadas no CEMAL e o julgamento será pela JSS, de acordo com o previsto nas IRIS.

21.17 Estes itens não se aplicam quando o(s) militar (es) for (em) candidato (s) a piloto(s) militar (es), ATCO/CTA e OEA militares, devendo a(s) inspeção (ões) de saúde ser (em) realizada(s) de acordo com o previsto nas IRIS.

21.18 Quaisquer procedimentos quer seja para exame clínico o quer seja para exame complementar, para o pessoal civil (ATCO/OEA) e militar do COMAER, para fins de INSPSAU, exceto para a inicial, quando da impossibilidade de serem realizados no SISAU, serão solicitados no meio externo

21.19 Os exames clínicos e/ou complementares previstos nesta ICA, nas inspeções de saúde iniciais de civil ou militar, para ingresso no COMAER, quando da impossibilidade de serem realizados no SISAU, serão solicitados no meio externo, às expensas do candidato.

21.20 A INSPSAU fins letra “n” do item 2.1 desta ICA, de militares, será realizada somente após um afastamento médico total ou com restrição para determinada atividade ou função, por dois períodos consecutivos de quinze dias. Para os funcionários civis será realizada de acordo com a legislação específica.

22 DISPOSIÇÕES FINAIS

22.1 Os casos omissos serão resolvidos pelo Exmo. Sr. Diretor de Saúde da Aeronáutica.

23 BIBLIOGRAFIA

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. São Paulo: Saraiva, 1999.

_____. Decreto-Lei nº 5.452, de 01 de maio de 1943. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 9 ago. 1943.

_____. Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957. Dispõe sobre os Conselhos de Medicina, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L3268.htm> Acesso em: 10 ago.2010.

_____. Lei nº 4.324, de 14 de abril de 1964. Institui o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Odontologia, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/1950-1969/L4324.htm> Acesso em: 10 ago.2010.

_____. Lei nº 5.081, de 24 de agosto de 1966. Regula o Exercício da Odontologia. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L5081.htm> Acesso em: 10 ago.2010.

_____. Lei nº 6.514, de 22 de dezembro de 1977. Altera o Capítulo V do Título II da Consolidação das Leis do Trabalho, relativa à segurança e medicina do trabalho e dá outras providências. Disponível em: <<http://normasregulamentadoras.wordpress.com/legislacao/lei-6514-1977/>> Acesso em 9 ago.2010.

_____. Lei nº 6.880, de 9 de dezembro de 1980. Dispõe sobre o Estatuto dos Militares. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, n. 236, p. 24777, 11 dez. 1980. Seção 1.

_____. Lei nº 7.183, de 5 de abril de 1984. Regula o exercício da Profissão de Aeronauta, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L7183.htm> Acesso em 9 ago.2010.

_____. Lei nº 7.565, de 19 de dezembro de 1986. Dispõe sobre o Código Brasileiro de Aeronáutica. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L7565.htm> Acesso em 9 ago.2010.

_____. Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, n. 237, p. 23935, 12 dez. 1990. Seção 1.

_____. Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre a organização da Seguridade Social, institui Plano de Custeio, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, n. 142, p. 14.801, 25 jul. 1991. Seção 1.

_____. Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.normaslegais.com.br/legislacao/trabalhista/lei8213.htm>> Acesso em: 10 ago.2010.

_____. Lei nº 9.527, de 10 de dezembro de 1997. Altera dispositivos das Leis 8.112, de 11 de dezembro de 1990, 8.460, de 17 de setembro de 1992, e 2.180, de 5 de fevereiro de 1954, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, p. 29421, 12 dez. 1997. Seção 1.

BRASIL. Lei nº 11.182, de 27 de setembro de 2005. Cria a Agência Nacional de Aviação Civil – ANAC, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, n. 187, p. 1, 28 set. 2005. Seção 1.

_____. Lei nº 11.664, de 29 de abril de 2008, Dispõe sobre a efetivação de ações de saúde que assegurem a prevenção, a detecção, o tratamento e o seguimento dos cânceres do colo uterino e de mama, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.....

_____. Decreto nº 19.269, de 25 de julho de 1945. Regulamenta a readaptação dos incapazes das Forças Armadas, e dá outras providências. **Coleção das Leis do Brasil**, Rio de Janeiro, RJ, 31 dez. 1945.

_____. Decreto nº 21.713, de 27 de agosto de 1946. Promulga a Convenção sobre Aviação Civil Internacional, concluída em Chicago a 7 de dezembro de 1944 e firmado pelo Brasil, em Washington, a 29 de maio de 1945. Disponível em: <<http://www.lei.adv.br/21713-46.htm>> Acesso em 26 abr.2010.

_____. Decreto nº 1.232, de 22 de junho de 1962. Regulamenta a profissão de Aeroviário. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/Historicos/DCM/dcm1232.htm> Acesso em 10 ago.2010.

_____. Decreto nº 57.654, de 20 de janeiro de 1966. Regulamenta a Lei do Serviço Militar (Lei nº 4.375, de 17 de agosto de 1964), Retificada pela Lei nº 4.754, de 18 de agosto de 1965. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 31 jan. 1966. p.1.

_____. Decreto nº 60.822, de 7 de junho de 1967. Aprova as Instruções Gerais para a Inspeção de Saúde de Conscritos nas Forças Armadas. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 8 jun. 1967. p.6141.Seção 1.

_____. Decreto nº 63.078, de 5 de agosto de 1968. Altera as Instruções Gerais para a Inspeção de Saúde de Conscritos nas Forças Armadas, aprovadas pelo Decreto nº 60.822, de 7 de junho de 1967. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 6 ago. 1968. p. 6817. Seção 1

_____. Decreto nº 68.704, de 3 de junho de 1971. Regulamenta a Lei nº 4.324, de 14 de abril de 1964. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1970-1979/D68704.htm> Acesso em: 10 ago.2010.

_____. Decreto nº 703, de 22 de dezembro de 1992. Altera as Instruções Gerais para a Inspeção de Saúde de Conscritos nas Forças Armadas (IGISC), aprovadas pelo Decreto nº 60.822, de 7 de junho de 1967, e alteradas pelo Decreto nº 63.078, de 5 de agosto de 1968. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 23 dez. 1992. Seção 1.

_____. Decreto nº 4.553, de 27 de dezembro de 2002. Dispõe sobre a salvaguarda de dados, informações, documentos e materiais sigilosos de interesse da segurança da sociedade e do Estado, no âmbito da Administração Pública Federal, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, n. 251, p. 6, 30 dez. 2002. Seção 1.

_____. Decreto nº 5.731, de 20 de março de 2006. Dispõe sobre a instalação, a estrutura organizacional da Agência Nacional de Aviação Civil - ANAC, e aprova o seu regulamento. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil** Brasília, DF, n. 55, p. 1, 21 mar. 2006. Seção 1.

BRASIL. Decreto nº 6.833, de 29 de abril de 2009. Institui o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal - SIASS e o Comitê Gestor de Atenção à Saúde do Servidor. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, n. 81, p. 4, 30 abr. 2009. Seção 1.

_____. Decreto nº 6.856, de 25 de maio de 2009. Regulamenta o art. 206-A da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990 – Regime Jurídico Único, dispondo sobre os exames médicos periódicos de servidores. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, n. 98, p. 6, 26 mai. 2009. Seção 1.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria nº 3.214/MTB, de 8 de junho 1978. Aprova as Normas Reguladoras – NR – do capítulo V, Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas à Segurança e Medicina do Trabalho. Disponível em: <<http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/63/mte/1978/3214.htm>> Acesso em 9 ago.2010.

_____. Portaria Interministerial nº 3.016, de 05 de fevereiro de 1988. Expede instruções para a execução da Lei nº 7.183, de 05 de abril de 1984, que dispõe sobre o exercício da profissão de aeronauta. Disponível em: <<http://www.anac.gov.br/biblioteca/portarias/Port%20Interm%20%203016%2005FEV88%20-%20Aeronauta.pdf>> Acesso em 10 ago.2010.

_____. Comando da Aeronáutica. Departamento de Aviação Civil. Portaria nº 744/DGAC, de 12 de novembro de 1999. Aprova a 2ª Edição do RBHA 67, que introduz alterações na Norma que trata de Inspeções de Saúde na Aviação Civil. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, n. 244, 24 nov. 1999. Seção 1.

_____. Ministério da Aeronáutica. Diretoria de Saúde. Portaria DIRSA nº 2, de 16 de abril de 1999. **Aprova as Instruções para as Atividades de Medicina Aeroespacial, Preventiva e Curativa no Sistema de Saúde da Aeronáutica = IMA 160-33**. Rio de Janeiro, RJ, 16 abr. 1999.

_____. Conselho Federal de Odontologia. Resolução CFO nº 42/2003, de 20 de maio de 2003. Revoga o Código de Ética Odontológica aprovado pela Resolução CFO nº 179/1991 e aprova outro em substituição. Disponível em: <<http://cfo.org.br/servicos-e-consultas/ato-normativo/?id=852>> Acesso em: 10 ago.2010.

_____. Comando da Aeronáutica. Diretoria de Saúde da Aeronáutica. Portaria n.º 21/SDTSA/04, de 11 de agosto 2004. Aprova a edição da Instrução que trata das Juntas Mistas Especiais de Saúde = ICA 160-22. **Boletim do Comando da Aeronáutica**, Rio de Janeiro, RJ, n. 160, 25 ago. 2004.

_____. Comando da Aeronáutica. GABAER. Portaria n.º 1.270/GC3, de 3 de novembro de 2005. Dispõe sobre o Regulamento Interno dos Serviços da Aeronáutica – RISAER (RCA 34-1). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, n. 212, 4 nov. 2005. Seção 1.

_____. Conselho Federal de Odontologia. Resolução CFO n.º 71/2006, de 06 de junho de 2006. Altera a redação do capítulo XIV do Código de Ética Odontológica. Disponível em: <<http://cfo.org.br/servicos-e-consultas/ato-normativo/?id=1239>> Acesso em: 10 ago.2010.

BRASIL. Ministério da Defesa. Portaria Normativa n.º 1.174/MD, de 6 de setembro de 2006. Aprova as normas para avaliação da incapacidade decorrente de doenças especificadas em lei pela Juntas de Inspeção de Saúde da Marinha, do Exército, da Aeronáutica e do Hospital das Forças Armadas. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, n.179, p.12, 18 set. 2006 Seção 1.

_____.Comando da Aeronáutica. **Acordo de Cooperação Técnico-Operacional n.º 01/2006 que entre si celebram a Agência Nacional de Aviação Civil e o Comando da Aeronáutica sobre os serviços prestados pelo COMAER**. Brasília, DF, 30 abr. 2009.

_____. Conselho Federal de Odontologia. Resolução CFO n.º 87/2009, de 26 de maio de 2009. Normatiza a perícia e junta odontológica e dá outras providências. Disponível em: <http://cfo.org.br/servicos-e-consultas/atos-normativos/?palavra_chave=&numero_ato=87&tipo=resolucao&ano=Todos&y=y> Acesso em: 10 ago.2010.

_____.Agência Nacional de Aviação Civil. Extrato de Cooperação ANAC/COMAER, n.º 2/2009. Termo de Cooperação que entre si celebram a Agência Nacional de Aviação Civil (ANAC) e o Comando da Aeronáutica (COMAER) para execução de Avaliação Psicofísica dos Aeronavegantes da Aviação Civil por intermédio das Juntas Especiais de Saúde do Sistema de Saúde da Aeronáutica, bem como a execução de capacitação e atualização técnica em Fisiologia de Aviação e Perícias Médicas Aeronáuticas aos Médicos da ANAC e aos Médicos Credenciados. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, n. 129, p. 28, 9 jul. 2009. Seção 3.

_____. Conselho Federal de Medicina. Resolução n.º 1.931, de 17 de setembro de 2009. Aprova o Código de Ética Médica. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, n. 183, p. 90, 24 set. 2009. Seção 1.

_____. Comando da Aeronáutica. Gabinete do Comandante. Portaria n.º 1.177/GC3, de 28 de dezembro de 2009. Dispõe sobre o Plano de Provas Aéreas e o Plano de Salto em Pára-quedas e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, n. 248, p. 18, 29 dez. 2009. Seção 1.

_____. Ministério da Defesa. Portaria Normativa nº 183/MD, de 8 fevereiro de 2010. Altera dispositivos da Portaria nº 1.174/MD, de 6 de setembro de 2006, que aprova as normas para avaliação da incapacidade decorrente de doenças especificadas em lei pelas Juntas de Inspeção de Saúde da Marinha do Exército, da Aeronáutica e do Hospital das Forças Armadas. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, n. 27, p.13, 9 fev.2010. Seção 1.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. Norma Regulamentadora nº 7 (NR 7). Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO). Disponível em: <http://www.etica.med.br/downloads/nr_07.pdf> Acesso em: 9 ago.2010.

_____. Norma Regulamentadora nº 9 (NR 9) do Ministério do Trabalho e Emprego. Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA). Disponível em: <<http://www.cenedcursos.com.br/nr-09-programa-de-prevencao-de-riscos-ambientais.html>> Acesso em: 9 ago.2010.

ORGANIZAÇÃO DE AVIAÇÃO CIVIL INTERNACIONAL. **Licença de Pessoal**. Anexo 1.10ª Edição, jul. 2006. Disponível em: <<http://www.icao.int/>> Acesso em: 09 ago.2010.

_____. Decreto nº 8.621, de 03 de maio de 1978. Quadro geral de unidade de medidas. **Diário Oficial (DOU).....**

_____. Comando da Aeronáutica. GABAER. ICA 160-1 de xx do xxx 2011 **Diário Oficial (DOU)...**

_____. Comando da Aeronáutica. DIRSA. ICA 160-34 de 09 de novembro 2009. Atividades de Odontologia no SISAU

Anexo A
Requisito de Aptidão

	CATEGORIA FUNCIONAL	REQUISITOS					
		ESTATURA E PESO	CARDIO CIRCULATÓRIO < DE 35 ANOS	CÁRDIO CIRCULATÓRIO >35 ANOS	VISUAL	AUDITIVO	ODONTOLOGIA
1	CADETE DO CFOAV (não solo) E CANDIDATO AO CPCAR-CFOAv	(1)	1	-	1	1	1
2	CADETE DO CFOInf E MILITAR PARA-QUEDISTA E DE BUSCA/SALVAMENTO	(1)	1	2	2	2	2
3	CANDIDATO AO CFOInf, A PARA-QUEDISTA E BUSCA/SALVAMENTO MILITARES	(1)	1	2	2	2	1
4	CANDIDATO A OFICIAL DE QUALQUER QUADRO EXCETO A AVIADOR E INFANTE	(1)	1	2	3	2	1
5	OFICIAL AVIADOR E CADETE DO QFOAV (solo)	(1)	1	2	2	2	2
6	OFICIAL DE QUALQUER QUADRO EXCETO AVIADOR	(1)	1	2	4	3	2
7	CANDIDATO E ALUNO DA EEAR (ESPECIALIDADES DE AERONAVEGANTES)	(1)	1	2	2	2	1
8	CANDIDATO E ALUNO DA EEAR (ESPECIALIDADES NÃO AERONAVEGANTE) E CANDIDATOS AO CPG	(1)	1	2	3	2	1
9	GRADUADOS COM ESPECIALIDADE DE AERONAVEGANTE, FOTOINTELIGÊNCIA E INFORMAÇÕES AERONÁUTICAS	(1)	1	2	4	3	2
10	GRADUADOS COM ESPECIALIDADES NÃO AERONAVEGANTES E CANDIDATOS A CARGO CIVIS NO COMAER	(1)	1	2	4	3	2
10	CONSCRITOS (2)	(1)	1	2	3	2	3

OBSERVAÇÕES:

(1) Para a verificação dos requisitos de peso e altura deverá observado o previsto no item 4.3 destas Instruções.

(2) Na avaliação dos conscritos deverá ser observado o previsto nas "Instruções Gerais para Inspeções de Saúde de conscritos nas Forças Armadas (IGISCF)".

Anexo B – (Anverso)**COMANDO DA AERONÁUTICA
DIRETORIA DE SAÚDE****(NOME DA ORGANIZAÇÃO MILITAR)****Ficha de Anamnese de Inspeção Inicial**

ESTA INFORMAÇÃO SERVE APENAS PARA USO OFICIAL E NÃO DEVE SER ENTREGUE A PESSOAS NÃO AUTORIZADAS

1 – NOME POR EXTENSO (LETRA DE FORMA OU DATILOGRAFADA)			2 – CATEGORIA /POSTO			3 - IDENTIFICAÇÃO		
4 – SEXO	5 – COR	6 - DATA DE NASCIMENTO	7 – NACIONALIDADE - NATURALIDADE	8 – DATA DO EXAME	9 – DATA DO ÚLTIMO	10 - PROCEDÊNCIA		

Declaração sobre o atual estado de saúde, com as próprias palavras, (Acompanhar pela descrição da anamnese se existe queixa)

Histórico da família					Teve algum parente consanguíneo (pais, irmão, irmã, outros) ou m			
Parentesco	Idade	Estado de Saúde	Quando mortos, causa da morte	Idade ao morrer	Sim	Não	(marcar cada item)	Parentesco
Pai							Tuberculose	
Mãe								
Cônjuge								
Irmãos	e						Diabetes	
							Câncer	
Irmãs							Doença Renal	
							Doença Cardíaca	
Filhos							Doença Estomacal	
							Reumatismo (artrite)	
							Asma, Febre do Feno, urticária	
							Epilepsia (convulsões)	
							Suicídio	
							Doença Nervosa	

Teve alguma ou tem (marcar à esquerda de cada item)				(marcar cada item)				(marcar cada item)				(marcar cada item)			


Alguma vez (marcar cada item)				16 – Somente senhoras – alguma vez				17 – Complete o seguinte							
18 – Quantos cargos ocupou nos últimos três anos?				19 – Qual o período mais longo em que ocupou quaisquer desses cargos?				20 – Qual a sua ocupação ordinária?				21 – Trabalha com a (marcar um) mão direita mão esquerda			

Continuação do Anexo B
(DEVERÁ SER IMPRESSO NO REVERSO)

SIM	NÃO	ASSINALAR CADA ITEM SIM OU NÃO, TODO ITEM MARCADO "SIM" DEVE SER DISCRIMINADO NO ESPAÇO EM BRANCO À DIREITA
		22 – Deixou de assumir um cargo por: a. Sensibilidade a produtos químicos, poeira, luz solar, etc.
		b. Impossibilidade de executar certos movimentos
		c. Incapacidade para assumir certas posições
		d. Outras razões médicas (em caso afirmativo, dar razões)
		23 – Trabalhou alguma vez com substâncias radiotivas?
		24 – Teve dificuldades com assuntos escolares ou com professores? (em caso afirmativo apresentar detalhes)
		25 – Foi recusado para algum cargo por causa de saúde? (em caso afirmativo dar as razões e apresentar detalhes)
		26 – Foi-lhe, alguma vez negado seguro de vida? (em caso afirmativo dar as razões e apresentar detalhes)
		27 – Submeteu-se ou foi aconselhado a fazer qualquer operação? (em caso afirmativo fazer a descrição dando a idade em que a mesma teve lugar)
		28 – Esteve alguma vez, como paciente (encaminhado ou voluntário) em hospital ou sanatório de doenças mentais? (em caso afirmativo, especificar quando, onde, porque e o nome do médico e ainda o endereço completo do hospital ou clínica)
		29 – Teve alguma doença ou acidente além dos aqui citados? (em caso afirmativo, especificar quando, onde, porque e apresentar detalhes)
		30 – Consultou ou fez tratamento com médico ou outro profissional de saúde nos últimos 05 anos? (caso afirmativo, o endereço completo do nome do médico, hospital, clínica e detalhes)
		31 – Tratou-se sozinho por qualquer outra doença que não fosse simples resfriado? (em caso afirmativo, qual a doença?)
		32 – Foi alguma vez rejeitado para o serviço militar por motivos físicos, mentais ou outros? (em caso afirmativo, apresentar a data e o motivo da rejeição)
		33 – Foi alguma vez afastado do serviço militar por motivos físicos, mentais ou outros? (em caso afirmativo, apresentar a data, a razão e espécie de afastamento, se honroso, outro que não este, incapacidade ou falta de adaptação)
<p>Atesto que examinei a informação acima, por mim fornecida, que a mesma está certa e completa tanto quanto me é dado saber. Autorizo qualquer dos médicos, hospitais ou clínicas, mencionados acima, a fornecer ao CEMAL uma cópia completa da minha ficha médica para fins de que seja avaliada minha condição para atividade pretendida.</p>		
		Assinatura
34 - Resumo do médico e elaboração de todos os dados pertinentes. (O médico deve opinar sobre todas as respostas afirmativas desde o item 12 ao 33)		
Nome do médico ou examinador	Data	Assinatura
		Número de folhas anexas

Anexo C
Modelo de Cartão de Saúde (CS)
Junta Especial de Saúde (JES)

FRENTE

	REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL COMANDO DA AERONÁUTICA DIRETORIA DE SAÚDE
_____ OSA CARTÃO DE SAÚDE DE AERONAVEGANTE	
NOME: _____ POSTO / GRAD. _____ UNIDADE _____ IDENTIDADE: _____ DATA DE VALIDADE: ____/____/____	

VERSO

_____ Nº DA SESSÃO DA JES - OSA - DATA	
_____ Nº ARQUIVO	_____ TIPO SANGUINEO
Recomendações e / ou Restrições: <div style="border: 1px solid black; height: 60px; margin-top: 5px;"></div>	
Assinatura: _____ <div style="text-align: center; font-size: small;">Nome e Posto do Presidente da JES</div>	

OBSERVAÇÕES:


- 1- Cartão de fundo amarelo, com letras e detalhes na cor azul, com as seguintes medidas: 10 cm x 6 cm.
- 2- Carimbar no verso do CS, em vermelho, o seguinte: Art. 5º da resolução 168/04 do CONTRAN.

Art 5º da RESOLUÇÃO 168/04 do CONTRAN

Anexo D

Modelo de Cartão de Saúde (CS)
Junta Regular de Saúde (JRS)

FRENTE

	REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL COMANDO DA AERONÁUTICA DIRETORIA DE SAÚDE	
	<hr/> <p style="text-align: center;">OSA</p> <p style="text-align: center;">CARTÃO DE SAÚDE</p>	
NOME _____		
POSTO/GRAD _____ UNIDADE: _____		
Nº IDENTIDADE _____		
DATA DE VALIDADE ____ / ____ / ____		

VERSO

<hr/> <p style="text-align: center;">NÚMERO DA SESSÃO/JRS - OSA - DATA</p>	
<hr/> NÚMERO ARQUIVO	<hr/> TIPO SANGUÍNEO
RECOMENDAÇÕES E/OU RESTRIÇÕES	
ASSINATURA _____	
<p style="text-align: center;">NOME E POSTO DO PRESIDENTE DA JRS</p>	

OBS: Cartão de Saúde, de fundo azul claro com letras e detalhes na cor preta, com as seguintes medidas: 10 cm x 6 cm.

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL (NOME DA OM)		02 – JUNTA DE SAÚDE		103 – Nº DA SESSÃO - DATA JULGAMENTO	
FICHA DE INSPEÇÃO DE SAÚDE		ÓRGÃO EMISSOR	2 – IDENTIDADE	CÓDIGO DO DAC	3 – 04 – NÚMERO NO ARQUIVO DA JUNTA
4 – FINALIDADE DO EXAME LETRA” “ ITEM 2.1 DA ICA 160-1 de 13/10/03				5 – NÚMERO NO ARQUIVO DO CEMAL	
6 – NOME POR EXTENSO (LETRA DE FORMA OU DATILOGRAFADO)			7 – POSTO – GRADUAÇÃO - CATEGORIA		
8 – IDADE – DATA DO NASCIMENTO	9 – SEXO	10 – COR	11 – NACIO./ NATURALIDADE	12 – DATA DO EXAME	13 – DATA DO ÚLTIMO EXAME - LOCAL
14 – RESIDÊNCIA (RUA – BAIRRO – CIDADE – TELEFONE)				5 – TEL. DE PARENTE OU PESSOA CONHECIDA	
16 – TEMPO DE SERVIÇO	17 – HORAS DE VÔO	18 – C P F	CONTROLE	19 – UNIDADE / CIA	
20 – ENDEREÇO DO EXAMINADOR (CREDENCIADO) BAIRRO – CIDADE - ESTADO				21 – REGISTRO DO EXAMINADOR	

I – SEÇÃO DE EXAME MÉDICO GERAL

DATA / /

EXAME CADA ITEM SEPARADAMENTE COLOCANDO X QUANDO EXAMINADO										
		Normal	Anormal			Sim	Não	Vacinas / exames	validade	
22	CABEÇA FACE PESCOÇO							Anti-amarilica	___/___/___	
23	APARELHO RESPIRATÓRIO							Ant6ítetânica	___/___/___	
24	APARELHO CARDIOCIRCULATÓRIO							Parasit. Fezes	___/___/___	
25	APARELHO DIGESTIVO							Ex. colpocitológico	___/___/___	
26	APARELHO GENITOURINÁRIO									
27	MEMBROS									
28	COLUNA									
29	PELES E GÂNGLIOS									
30	ESTADO CLÍNICO ATUAL									
MEDIDAS E OUTROS DADOS				8 – DIAGNÓSTICO / S						
31 - ALTURA	32 - PESO	33 - TEMPER	34 - APNÉIA							
35 - CONSTITUIÇÃO		36 – PRESSÃO ARTERIAL								
a. Longilíneo	<input type="checkbox"/>	SISTÓLICA		DISTÓLICA		39 - PARECER				
b. Normolíneo	<input type="checkbox"/>	DEITADO	a	<input type="checkbox"/>	d	<input type="checkbox"/>				
c. Brevelíneo	<input type="checkbox"/>	EM PÉ	b	<input type="checkbox"/>	e	<input type="checkbox"/>				
		APÓS ESFORÇO	c	<input type="checkbox"/>	f	<input type="checkbox"/>				
37 – PULSO (braço ao nível do coração)										
a DEITADO	b EM PÉ	c APÓS ESFORÇO	d NORMALIZAÇÃO							
e VC	f VEMS	g IT								

II – SEÇÃO DE ODONTOLOGIA (preencher segundo código da ficha odontológica padrão nas Forças Armadas) DATA / /

40 – EXAME DE IDENTIFICAÇÃO ODONTO LEGAL		41 – INSPEÇÃO GERAL	
		ASP. SANITÁRIO <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> MAU ASP. ESTÉTICO <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> MAU	
		42 – LAUDO RADIOLÓGICO	
		43 – DIAGNÓSTICO / S	
		44 – PARECER	

Continuação do Anexo E

III – SEÇÃO DE OFTALMOLOGIA				DATA / /	
45 – ACUIDADE VISUAL PARA LONGE		46 – REFRAÇÃO		47 – ACUIDADE VISUAL P/ PERTO	
OD	<input type="text"/>	C/COR	<input type="text"/>	OD	<input type="text"/>
OE	<input type="text"/>	C/COR	<input type="text"/>	OE	<input type="text"/>
		ESF	<input type="text"/>	CIL	<input type="text"/>
		EIXO	<input type="text"/>	VISÃO	<input type="text"/>
		ADICÃO	<input type="text"/>	J ⁺	<input type="text"/>
48 – MOTILIDADE EXTRÍNSECA FOROMETRIA			49 – VISÃO DE PROFUNDIDADE		50 – ESQUIASCOPIA
ENDO	<input type="text"/>	HD	<input type="text"/>	CAP DIV	<input type="text"/>
EXO	<input type="text"/>	HE	<input type="text"/>	CAP CON	<input type="text"/>
		PC	<input type="text"/>	DP	<input type="text"/>
51 – APLANOTONOMETRIA		HORA	<input type="text"/>	52 – VISÃO DE CORES	
OD	<input type="text"/>	OE	<input type="text"/>		
53 – F. O.			57 - RECOMENDAÇÃO		
54 – OBS					
55 – DIAGNÓSTICO /S					
56 – PARECER					

IV – SEÇÃO DE OTORRINOLARINGOLOGIA		DATA / /	
58 - IMPEDANCIOMETRIA		59 - AUDIOMETRIA	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
61 – DIAGNÓSTICO / S			
62 - PARECER			

V – SEÇÃO DE CARDIOLOGIA	DATA / /		VI – SEÇÃO DE RADIODIAGNÓSTICO	DATA / / /	
<input type="text"/>					

VII – SEÇÃO DE PATOLOGIA CLÍNICA		DATA / / /					
73 URINALISE	74 BIOQUÍMICA DO SANGUE	75 IMUNOLOGIA	76 HEMATOLOGIA	77 DIAGNÓSTICOS (CID)			
DENSIDADE _____	ACIDO ÚRICO _____ mg/dl	GR. ^s _____ F.Rh _____	HTc _____ %				
PH _____	COLESTEROL _____ mg/dl	SOROLOGIA P / LUES - VDRL	Htm _____ mm ³				
ALBUMINA _____ mg/dl	FOSFOLÍPÍDEOS _____ mg/dl	QUALITATIVO Pos	Hgb _____ %	OBS.			
G.CETÔNICOS _____	GLICOSE _____ mg/dl	DIL	VGM _____ μ ²				
GLICOSE _____	HDL _____ mg/dl	TESTE IMUNOL. P/ GRAVIDEZ	HGM _____ yy	78. PARECER			
LEUCÓCITOS _____	LDL _____ mg/dl	ANTI POS NEG	CHGM _____ %				
NITRITO _____	LIPÍDEOS TOTAIS _____ mg/dl	ANTI POS NEG	VHS _____ mm ³ h				
SANGUE _____	TRIGLICERÍDEOS _____ mg/dl	CONTAGEM ESPECÍFICA	PLAQ. _____ mm ³				
(O.E.A) _____	URÉIA _____ mg/dl	Bs E M J Bt S L M	LEUC. T _____ mm ³				
SED _____	VLDL _____ mg/dl						
_____	ASPECTO DO SORO						

Continuação do Anexo E

VIII – SEÇÃO DE NEUROLOGIA	DATA	/	/
79 – EEG			
80 – EXAME NEUROLÓGICO			
81 – DIAGNÓSTICO/S			
82 – PARECER			

IX – SEÇÃO DE PSIQUIATRIA E PSICOLOGIA	DATA	/	/
83 – EXAME PSICOLÓGICO E PSIQUIÁTRICO			
84 – DIAGNÓSTICO/S			
85 – PARECER			

X – SEÇÃO DE GINECOLOGIA	DATA	/	/
86 – EXAME GINECOLÓGICO (Transcrever do Exame Ginecológico apresentado, se for o caso)			
87 – DIAGNÓSTICO/S			
88 – PARECER			
89 – EXAME COLPOCITOPATOLÓGICO – Válido até	/	/	

Continuação do Anexo E

90 – ANOTAÇÕES E HISTÓRICO (para as seções lançarem outros dados de interesse clínico, caso seja insuficiente utilizar o espaço destinado na ficha ou para o uso de outras seções incluídas ou não nessa ficha)

91 – DESPACHOS BUROCRÁTICOS

92 – SUMÁRIO DAS DOENÇAS E DIAGNÓSTICOS (enumerar os códigos de acordo com o CID em vigor)

PARECERES

SEMG SODT SOFT SORL SCAR SRAD SPAC SNEU SPSI <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SEMG SODT SOFT SORL SCAR SRAD SPAC SNEU SPSI <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
93 –FAVORÁVEL	94 – DESFAVORÁVEL

95 –JULGAMENTO DA JUNTA

96– ASSINALE AS CAUSAS COM INDICAÇÃO DE TRATAMENTO OU CORREÇÃO PELO RESPECTIVO CÓDIGO

97 – ASSINALE AS CAUSAS DE INCAPACIDADE PELO RESPECTIVO CÓDIGO

98 – ASSINALE AS CAUSAS RESTRITAS PELO RESPECTIVO CÓDIGO

99 - OBSERVAÇÕES

100 – NOME DOS MÉDICOS (EM CARIMBO OU DATILOGRAFADO)

101 - ASSINATURAS

Anexo F

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL (NOME DA OM)		54 - JUNTA REGULAR DE SAÚDE		55 - Nº DA SESSÃO - DATA JULGAMENTO	
FICHA DE INSPEÇÃO DE SAÚDE		2 - IDENTIDADE - ÓRGÃO EMISSOR	3 - CÓDIGO DO DAC	56 - NÚMERO NO ARQUIVO DA JUNTA	
4 - FINALIDADE DO EXAME LETRA " " " " ITEM 2.1 DA ICA 160-1 de 13/10/03				5 - NÚMERO NO ARQUIVO DO CEMAL	
6 - NOME POR EXTENSO (LETRA DE FORMA OU DATILOGRAFADO)			7 - POSTO - GRADUAÇÃO - CATEGORIA		
8 - IDADE - DATA DO NASCIMENTO	9 - SEXO	10 - COR	11 - NACIONALIDADE - NATURALIDADE	12 - DATA DO EXAME	13 - DATA DO ÚLTIMO EXAME - LOCAL
14 - RESIDÊNCIA (RUA - BAIRRO - CIDADE - TELEFONE)			15 - TEL. DE PARENTE OU PESSOA CONHECIDA		
16 - TEMPO DE SERVIÇO	17 - HORAS DE VÔO	18 - C P F	CONTROLE	19 - UNIDADE / CIA	
20 - ENDEREÇO DO EXAMINADOR (CREDENCIADO) BAIRRO - CIDADE - ESTADO				21 - REGISTRO DO EXAMINADOR	

I - SEÇÃO DE EXAME MÉDICO GERAL

DATA / /

EXAMINE CADA ÍTEM SEPARADAMENTE COLOCANDO X QUANDO EXAMINADO				Fumo Alcool Esporte Vacinas A.T.T. ____/____/____	
22 - CABEÇA FACE PESCOÇO				NORMAL ANORMAL	
23 - APARELHO RESPIRATÓRIO				Sim Não	
24 - APARELHO CARDIOCIRCULATÓRIO				E. P. FEZES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
25 - APARELHO DIGESTIVO				ANAMNESE E DADOS CLÍNICOS:	
26 - APARELHO GENITOURINÁRIO				Validade <input type="checkbox"/> F.A. ____/____/____	
27 - MEMBROS				38 - DIAGNÓSTICO / S	
28 - COLUNA				39 - PARECER	
29 - PELES E GÂNGLIOS					
30 - ESTADO CLÍNICO ATUAL MEDIDAS E OUTROS DADOS					
31 - ALTURA	32 - PESO	33 - TEMPER	34 - APNÉIA		
35 - CONSTITUIÇÃO		36 - PRESSÃO ARTERIAL			
a LONGILÍNEO <input type="checkbox"/>	DEITADO	SISTÓLICA	DISTÓLICA		
b NORMOLÍNEO <input type="checkbox"/>	EM PÉ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c BREVELÍNEO <input type="checkbox"/>	APÓS ESFORÇO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
37 - PULSO (braço ao nível do coração)					
a DEITADO	b EM PE	c APOS ESFORÇO	d NORMALIZAÇÃO		
e VC	f VEMS	g IT			

II - SEÇÃO DE ODONTOLOGIA (preencher segundo código da ficha odontológica padrão nas Forças Armadas) DATA / /

40 - EXAME DE IDENTIFICAÇÃO ODONTO LEGAL		41 - INSPEÇÃO GERAL		
		ASP. SANITÁRIO <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> MAU		
		ASP. ESTÉTICO <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> MAU		
42 - LAUDO RADIOLÓGICO				
43 - DIAGNÓSTICO / S				
44 - PARECER				

Continuação do Anexo F

45 – ANAMNESE E EXAMES ESPECIALIZADOS DAS DEMAIS SEÇÕES CLÍNICAS NÃO INCLUÍDAS NESTA FICHA:

46 – DESPACHOS BUROCRÁTICOS

47 – SUMÁRIO DAS DOENÇAS E DIAGNÓSTICOS (enumerar os códigos de acordo com o CID em vigor)

48 –JULGAMENTO DA JUNTA

49 – ASSINALE AS CAUSAS COM INDICAÇÃO DE TRATAMENTO OU CORREÇÃO PELO RESPECTIVO CÓDIGO

52 - OBSERVAÇÕES

50 – ASSINALE AS CAUSAS DE INCAPACIDADE PELO RESPECTIVO CÓDIGO

51– ASSINALE AS CAUSAS RESTRITAS PELO RESPECTIVO CÓDIGO

53 – NOME DOS MEDICOS (EM CARIMBO OU DATILOGRAFADO)

ASSINATURAS

Anexo G
Modelo de Ficha de Exame Ginecológico

COMANDO DA AERONÁUTICA
DIRETORIA DE SAÚDE

OSA

JUNTA _____ de SAÚDE
(ESPECIAL/REGULAR/MISTA)

FICHA DE EXAME GINECOLÓGICO

(ANEXO À FICHA DE INSPEÇÃO DE SAÚDE JULGADA NA SESSÃO Nº _____, DE ____/____/____)

1 - Identificação:

1.1 - Nome: _____

1.2 - Identidade: _____ 1.6 - Nacionalidade: _____

1.3 - Nasc.: _____ 1.7 - Naturalidade: _____

1.4 - Cor: _____ 1.8 - Posto /Grad/Categoria: _____

1.5 - Estado Civil: _____ 1.9 - OM/Procedência: _____

2 - Antecedentes Tocoginecológicos:

2.1 - Menarca: _____ 2.5 - Uso de Anticonceptivos: SIM () NÃO ()

2.2 - Última Menstruação: ____/____/____ 2.6 - Cirurgias: SIM () NÃO ()

2.3 - Gestação: _____ Quais ? _____

2.4 - Partição: _____ 2.7 - Última Citologia: ____/____/____.

2.7.1 - Laudo: _____

3 - Exame Ginecológico (mamas, abdome e genital):

4 - Exame Ultrassonográfico:

5 - Diagnóstico (s): CID nº: _____

Por Extenso: _____

6 - Parecer: _____

_____/_____/_____

Carimbo e Assinatura do Especialista

Observações:

- a) O exame ginecológico deverá ser realizado, obrigatoriamente, na presença de enfermeira, técnica de enfermagem ou auxiliar de enfermagem do sexo feminino;

Anexo H
Modelo de Cópia de Ata

COMANDO DA AERONÁUTICA
DIRETORIA DE SAÚDE

OSA

JUNTA _____ de SAÚDE
(ESPECIAL/REGULAR/MISTA)

CÓPIA DE ATA

A JUNTA _____ de SAÚDE inspecionou na sessão nº _____ o militar/ civil
(ESPECIAL/REGULAR/MISTA)
abaixo mencionado e proferiu o seguinte julgamento sobre o seu estado de saúde:

NOME: _____

POSTO/GRAD/CATEGORIA: _____ NASCIMENTO: ____/____/____

IDENTIDADE: _____ OM/PROCEDÊNCIA: _____

FINALIDADE: Letra “ ____ ” conforme item 2.1 das IRIS.

DIAGNÓSTICO (S) CID e por extenso:

JULGAMENTO:

OBSERVAÇÕES: _____

SALA DE SESSÕES DA JUNTA _____ de SAÚDE em ____/____/____
(ESPECIAL/REGULAR/MISTA)

PRESIDENTE _____

ESPAÇO

MEMBRO _____

PARA

SECRETÁRIO _____

CARIMBOS

CONFERE COM O ORIGINAL: _____

Anexo I
Modelo de Documento de Informação de Saúde (DIS)

COMANDO DA AERONÁUTICA
DIRETORIA DE SAÚDE

(O S A)

DOCUMENTO DE INFORMAÇÃO DE SAÚDE

Do Presidente da Junta

Ao _____

Assunto: Informação sobre Inspeção de Saúde

Informo a V. Exa. (V.Sa.) que por ocasião de sua inspeção de saúde foi (foram) constatado (s) o (s) seguinte (s) diagnóstico (s):

1 - com indicação de tratamento ou correção:

2 - com causa (s) restritiva (s)

3 - incapacitante (s):

Julgamento:

OBS:

1. Deverá apresentado na próxima inspeção de saúde comprovante de vacinação:
() Anti-Tetânica () Anti-Amarílica
2. Em face do exposto é conveniente que V. Ex^a. (V.S^a.) providencie o tratamento adequado até a próxima inspeção. Solicito a V. Exa (V.Sa) comparecer para novo exame 15 (quinze) dias antes do término do prazo de validade de sua inspeção, apresentando o Cartão de Saúde ou Certificado de Capacidade Física, munido obrigatoriamente deste documento.
3. Solicito, ainda, a V.Exa (V.Sa), o comparecimento na próxima inspeção em jejum de 12 (doze) horas, sendo permitido apenas a ingestão de água, para realização de exames laboratorais.

Local/Data

Presidente da Junta

Anexo J
CAUSAS DE INCAPACIDADE EM EXAMES DE SAÚDE NA AERONÁUTICA

São as abaixo relacionadas, de acordo com a ICA 160-1 - Instruções Reguladoras das Inspeções de Saúde (IRIS):

- 1 - qualquer deformidade ou caracteres físicos, congênitos ou adquiridos, que possam comprometer a estética e a eficiência do inspecionando;
- 2 - estatura acima ou abaixo dos requisitos estabelecidos;
- 3 - obesidade acentuada (ver requisitos);
- 4 - magreza acentuada (ver requisitos);
- 5 - doenças infecto-contagiosas;
- 6 - distúrbios endócrinos que possam ser diagnosticados no exame clínico;
- 7 - Pênfigo, penfigóide e outras patologias bolhosas crônicas de qualquer natureza;
- 8 - Hanseníase em qualquer de suas formas;
- 9 - Câncer de Pele e pré-canceroses cutâneas;
- 10 - Sífilis;
- 11 - Discromias cutâneas antiestéticas;
- 12 - Dermatite seborréica acentuada;
- 13 - Dermatite de contato;
- 14 - Nevos ou tumores vasculares extensos e deformantes ou que, por sua localização, estejam sujeitos a atrito ou compressão constantes;
- 15 - cicatrizes extensas deformantes, ou que embaracem a função muscular, a utilização de equipamentos militares ou que tenham tendência à ulceração;
- 16 - síndromes alopeciantes (alopécia definitiva);
- 17 - Psoríase e Parapsoríade;
- 18 - micoses profundas;
- 19 - cisto pilonidal evidenciado pela presença de formação tumoral ou fistulosa;
- 20 - deformação do crânio (tumores e depressões) que possam acarretar complicações futuras;
- 21 - afecções deformantes da face;
- 22 - adenites cervicais de origem maligna, decorrentes de patologias já incapacitantes;
- 23 - Hipertireoidismo, Hipotireoidismo e outras tireoidopatias;
- 24 - tumores ou cistos cervicais (cujo volume e situação embaracem o uso do uniforme e equipamentos militares) ou fistulas cervicais de qualquer natureza;
- 25 - malformação, deformidade ou tumor de parede torácica que alterem a função respiratória;
- 26 - pneumotórax;

- 27 - empiema, divertículo, saculação da parede do tórax e aderências pleurais extensas que comprometam a função respiratória;
- 28 - Bronquite aguda;
- 29 - Bronquiectasia;
- 30 - Asma Brônquica;
- 31 - Enfisema Pulmonar, localizado ou generalizado;
- 32 - doença cavitária dos pulmões, de qualquer etiologia;
- 33 - fibrose pulmonar;
- 34 - Sarcoidose pulmonar;
- 35 - abscesso pulmonar;
- 36 - Tuberculose de qualquer localização;
- 37 - corpos estranhos pulmonares e brônquicos;
- 38 - micose pulmonar;
- 39 - ausência de lóbulos pulmonares;
- 40 - tumor “benigno” ou “maligno” da traquéia, dos brônquios, dos pulmões, da pleura e do mediastino;
- 41 - ferimentos, cicatrizes ou comprometimento de parede abdominal que acarretem embaraço funcional;
- 42 - fistula da parede abdominal;
- 43 - hérnia da parede abdominal;
- 44 - doenças crônicas do estômago e intestinos;
- 45 - Úlcera Péptica;
- 46 - história de gastroenterostomia e de ressecção gástrica ou intestinal;
- 47 - visceroptose;
- 48 - doenças crônicas do fígado e da vesícula biliar, hepatomegalia e icterícia, história clínica de surtos de icterícia ou cólica biliar;
- 49 - doenças crônicas do pâncreas;
- 50 - Diabetes Mellitus, Diabetes Insípido e Hipoglicemia reativa;
- 51 - doenças crônicas do baço, esplenomegalia e história clínica de esplenectomia que não tenha sido traumática;
- 52 - nefropatia grave, de qualquer etiologia;
- 53 - nefrite aguda ou crônica;
- 54 - hidronefrose, pielite, tumores renais, cálculos renais, ausência de um rim e malformação do aparelho urinário;

- 55 - cistite aguda ou crônica;
- 56 - cálculos e tumores vesicais, incontinência ou retenção urinária;
- 57 - hipertrofia da próstata e prostatite;
- 58 - estreitamento uretral e ureteral acentuados, fístula urinária;
- 59 - epispádia ou hipospádia, com acentuado deslocamento do orifício uretral;
- 60 - Hermafroditismo;
- 61 - amputação do pênis;
- 62 - atrofia acentuada dos testículos;
- 63 - criptorquídia ou infantilismo dos órgãos genitais externos;
- 64 - orquite e epididimite crônica ou tumores testiculares;
- 65 - varicocele ou hidrocele que sejam volumosas ou dolorosas;
- 66 - Blenorragia aguda e crônica, Cancro Sifilítico, Cancro Mole, Granuloma Inguinal, Linfogranuloma Venéreo e outras doenças venéreas;
- 67 - história clínica de febre reumática ou coréia, acompanhadas de manifestações clínicas;
- 68 - alteração qualitativa dos elementos figurados do sangue (anemia crônica, poliglobulia, leucopenia crônica, trombocitopenia, leucemias, hemoglobinopatias);
- 69 - doenças hemorrágicas, púrpuras;
- 70 - colagenoses;
- 71 - tumores benignos cujo volume acarrete embaraço funcional;
- 72 - edema crônico de um ou mais membros;
- 73 - neoplasias malignas;
- 74 - enfermidade das mamas e dos órgãos genitais femininos;
- 75 - torcicolo crônico e costela cervical;
- 76 - fraturas não consolidadas, cáries sem condições técnicas de tratamento e necroses ósseas, exostoses ou cistos ósseos em geral;
- 77 - escoliose, cifose ou lordose, quando acentuadas, ou quando acarretem embaraço funcional;
- 78 - deformações, fraturas ou luxações vertebrais;
- 79 - tumores de qualquer segmento da coluna vertebral;
- 80 - ósteo-artrite da coluna vertebral de qualquer origem, espondilites, hérnia do núcleo pulposo e espinha bífida;
- 81 - malformação ou deformidade da pélvis;
- 82 - deformidade ou anomalia dos ossos torácicos;
- 83 - periostite e osteomielite;

- 84 - Espondiloartrose Anquilosante;
- 85 - anomalias de número, forma, proporção ou movimentos das extremidades;
- 86 - fratura não consolidada, ou de consolidação viciosa e luxação recidivante, anquilose e pseudoartrose;
- 87 - doenças ósseas e articulares, congênitas ou adquiridas;
- 88 - atrofias, paralisias e alterações musculares e tendinosas;
- 89 - cardiopatias de qualquer etiologia;
- 90 - alterações estruturais do coração e vasos de bases;
- 91 - distúrbios da formação do estímulo cardíaco (taquicardias paroxísticas; flutter e/ou fibrilação auricular e ventricular, extrassistolia ventricular que não ceda à terapêutica habitual, ou quando presente em doença cardíaca perfeitamente caracterizada; ritmo idio-ventricular);
- 92 - distúrbios da condução do estímulo: Síndrome de Wolff-Parkinson-White; Síndrome de Lown-Ganong-Levine; Bloqueio aurículo-ventricular (BAV) de 2º e 3º graus, Bloqueio do Ramo Esquerdo (BRE) de 1º, 2º e 3º graus. O BAV de 1º grau, os Bloqueio do Ramo Direito (BRD) de 1º, 2º e 3º graus e os Hemibloqueios são causas incapacitantes quando presentes em doença cardíaca perfeitamente caracterizada.
- 93 - portadores de próteses reparadoras de lesões orovalvulares, de comunicações anormais intracardiacas e de lesões vasculares, bem como portadores de marca-passo;
- 94 - portadores de anastomoses cirúrgicas de revascularização;
- 95 - Arterioesclerose periférica;
- 96 - Tromboangeíte Obliterante;
- 97 - Periarterite Nodosa;
- 98 - Doença de RAYNAUD;
- 99 - aneurisma em qualquer localização;
- 100 - fístulas arteriovenosas;
- 101 - varizes dos membros inferiores;
- 102 - flebite e tromboflebite;
- 103 - doenças dos vasos linfáticos;
- 104 - doenças vasculares periféricas;
- 105 - Hipertensão Arterial;
- 106 - hipotensão arterial sintomática;
- 107 - malformação do crânio e da raque, com repercussão para o sistema nervoso central e periférico (invaginação basilar, com ou sem platibasia ou, ainda, síndrome de ARNOLD CHIARI, espinha bífida, associada a outras malformações que afetem o sistema nervoso central ou periférico; siringomielia);
- 108 - tumores dos ossos do crânio e de outras regiões, primitivos ou metastáticos, com repercussões neurológicas;

- 109 - alterações degenerativas da raque e do disco intervertebral (espondilose e hérnia do núcleo pulposo);
- 110 - tumores denominados genericamente medulares;
- (a). intrarraquianos e extramedulares (meningiomas, neurofibromas, lipomas, e outras);
 - (b). intrarraquianos e intramedulares.
- 111 - tumores cerebrais, cerebelares, do tronco cerebral e das envolturas meníngeas;
- 112 - seqüelas de traumatismo raquimedular, fraturas, luxações, espondilolistese e outras que comprometam a funcionalidade do sistema nervoso central e/ou periférico;
- 113 - osteomielite do crânio e da raque;
- 114 - seqüela dos traumatismos crânio-encefálicos;
- 115 - facomatoses (neurofibratose, esclerose tuberosa, doença de HIPPEL-LINDAU e doença de STURGE-WEBER);
- 116 - doenças degenerativas do Sistema Nervoso Central e Periférico de qualquer etiologia;
- 117 - doenças desmielinizantes do Sistema Nervoso de qualquer etiologia;
- 118 - síndromes extrapiramidais de qualquer etiologia;
- 119 - miopatias de qualquer etiologia;
- 120 - síndrome neuro-hemáticas;
- (a). neurovitaminose B-12 (mielose funicular);
 - (b). síndromes neuroleucêmicas;
- 121 - doenças e seqüelas de traumatismo dos nervos periféricos;
- 122 - seqüelas de infecções ou de traumatismo do encéfalo e/ou das envolturas meníngeas;
- 123 - distúrbios da consciência, de caráter periódico;
- 124 - seqüelas de acidentes vasculares cerebrais;
- 125 - encefalopatias e mielopatias senis;
- 126 - paralisias irreversíveis e incapacitantes;
- 127 - ataxias cerebelares;
- 128 - enxaquecas e outras cefaléias vasculares crônicas;
- 129 - outras doenças cerebrais, medulares e dos nervos periféricos, não especificadas anteriormente;
- 130 - eletroencefalograma anormal (ver requisito neurológico);
- 131 - doenças das pálpebras (blefarites ulcerosas rebeldes ao tratamento, entrópico, ectrópico lagoftalmo, ptoses acentuadas e inoperáveis, coloboma, ablefaria, microblefaria, elenfantíase palpebral, triquíase rebelde ao tratamento);

- 132 - doenças da conjuntiva (tracoma e pterígio que invada a córnea e comprometa a função visual);
- 133 - doenças do aparelho lacrimal (dacriocistites purulentas crônicas e fistulas lacrimais);
- 134 - doenças de esclera (esclerites difusas e ectasia de esclerótica);
- 135 - doenças da córnea (oftalmomalácia, queratites neuro-paralíticas e parenquimatosas, opacificações corneanas que comprometam a função visual, ceracotone);
- 136 - distúrbios da pressão intra-ocular (hipertensão, glaucoma em qualquer de suas formas, hipotensão, quando surgir atrofia bulbar).
- 137 - doença da úvea (irites crônicas, iridociclites e uveítes, anomalias congênicas da íris, que comprometam a função visual; coriorretinites que comprometam a função visual; anomalias congênicas acentuadas da coróide e da retina);
- 138 - doença da retina (retinites, deslocamento da retina, retinosquise e degeneração retiniana);
- 139 - doenças do cristalino (catarratas em geral, operáveis ou não);
- 140 - doenças do vítreo (degeneração do corpo vítreo);
- 141 - doenças do nervo ótico (atrofia do nervo ótico);
- 142 - alterações da motilidade extrínseca (estrabismo);
- 143 - alterações de senso cromático;
- 144 - ambliopias;
- 145 - mutilações labiais deformantes, devidas a traumatismos, queimaduras ou outras causas;
- 146 - malformação, perda parcial, atrofia ou hipertrofia da língua que comprometam a mastigação, a deglutição e a articulação da palavra;
- 147 - tumores benignos ou malignos do orofaringe;
- 148 - afecção do orofaringe e fistulas das glândulas salivares;
- 149 - malformação congênita ou adquirida do orofaringe;
- 150 - desvio do septo nasal ou outras afecções que perturbem a fisiologia respiratória;
- 151 - rinopatia hipertrófica ou determinada por outras causas, com repercussão respiratória;
- 152 - inflamação aguda ou crônica dos seios paranasais, fistulas alvéolo-sinusais; osteomas de seios paranasais, cuja localização e/ou tamanho perturbem a sua fisiologia normal;
- 153 - rinite atrófica ou ozenosa;
- 154 - hipertrofia acentuada do tecido linfóide do orofaringe ou infecção crônica que comprometam a respiração, ou estejam associadas a estados mórbidos do ouvido médio;
- 155 - paralisia das cordas vocais, afonia e disфонia que comprometam a respiração ou a inteligibilidade da palavra;
- 156 - laringite crônica, de qualquer etiologia, que comprometa a inteligibilidade da palavra;

- 157 - divertículo, ulceração, estenose, ou dilatação pronunciada do esôfago, com manifestações clínicas;
- 158 - perda total ou deformidade acentuada do ouvido externo (pavilhão auditivo);
- 159 - fistula auricular;
- 160 - atresia ou tumores do conduto auditivo externo;
- 161 - otites médias, com ou sem perfuração de membrana timpânica;
- 162 - mastoidites crônicas e seqüelas de mastoidectomia;
- 163 - perfuração da membrana timpânica enquanto presente, admitindo-se, contudo, o emprego de prótese, para o arejamento da caixa timpânica;
- 164 - otites externas, resistentes a tratamento;
- 165 - deficiência auditiva (ver requisitos auditivos);
- 166 - malformação do ouvido médio e otoesclerose clínica;
- 167 - antecedentes (em candidatos) de manobras cirúrgicas do ouvido médio (mobilização do estribo, estapedectomia ou timpanoplastia Graus III, IV e V de WULLSTEIN);
- 168 - distúrbios acentuados da função labiríntica;
- 169 - deformidade maxilares ósseas, ou de tecidos moles ou dentários, congênitas ou adquiridas, que dificultem a mastigação ou a articulação da palavra ou o uso de equipamento de oxigênio;
- 170 - artrite, anquilose parcial ou total da articulação têmporo-mandibular;
- 171 - afecções dentárias ou periodontais que constituam possíveis focos latentes ou ativos de infecção focal, e/ou que comprometam a mastigação, a estética, ou a articulação da palavra;
- 172 - ausência de dentes, abaixo dos requisitos exigidos;
- 173 - má-oclusões dentárias que comprometam as funções mastigatórias, a estética ou a articulação da palavra;
- 174 - psicose atual, ou história de antecedente psicótico pessoal, excetuando-se os episódios psicóticos de curta duração, associados a quadros tóxico-infecciosos ou orgânicos de caráter transitório. Classificam-se aqui os quadros esquizofrênicos ou esquizofreniformes em geral, transtornos delirantes persistentes, transtornos do humor (afetivos), transtornos psicóticos agudos ou transitórios ou quadros psicóticos recorrentes;
- 175 - Transtornos neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes, atuais ou pregressos, reativos ou não;
- 176 - transtornos de personalidade e de comportamento em geral;
- 177 - Reações de imaturidade emocional e afetiva (instabilidade emocional, dependência passiva, impulsividade, agressividade, inadequação), evidentes ao exame objetivo atual ou detectadas por histórico de incapacidade para manter satisfatório ajustamento em geral na vida de relação;

178 - Transtornos emocionais e de comportamento, com início usualmente ocorrendo na infância e adolescência persistentes até a vida adulta, tais como, enurese não orgânica, onicofagia severa, sonambulismo, tartamudez acentuada, tiques ou maneirismo acentuados;

179 - Transtornos mentais e de comportamento, decorrentes de substâncias psicoativas (álcool, opióides, sedativos, hipnóticos e outras toxicomanias);

180 - História de auto-lesão intencional, cujos fatores predisponentes persistam (envenenamento ou lesão auto infligida propositadamente; tentativas de suicídio);

181 – História de dois ou mais casos de psicose em pai, mãe ou irmãos;

182 – Deficiência mental em geral, mesmo leve, manifestada ao exame objetivo atual ou evidente na história pregressa, por retardo do desenvolvimento psicomotor na infância (fala, marcha, dificuldades escolares, ocupacionais ou sociais), relacionados com baixo rendimento intelectual;

183 - História pregressa de síncope;

184 - demência;

185 - doenças do aparelho reprodutor feminino;

186 - Gravidez normal conforme a legislação específica e as patologias do ciclo grávido puerperal;

187 - linfadenopatia angio-imunoblástica;

188 - imunodeficiências de qualquer etiologia;

189 - outras doenças, lesões, estados mórbidos ou estados imunológicos, cuja gravidade seja incompatível, ou venha a se agravar, com o exercício da atividade militar;

Anexo K**Normatização da bioimpedância nos exames de perícia médica da Aeronáutica**

Procedimentos a serem utilizados com equipamento de bioimpedância:

1. Altura e peso devem ser aferidos no momento do exame;
2. O paciente deve estar em decúbito dorsal, descalço e com os membros inferiores afastados, ficando os pés distantes um do outro em cerca de 30 cm. O paciente deve permanecer em decúbito dorsal em repouso por pelo menos 10 minutos antes do exame (caso o equipamento utilizado tenha eletrodos);
3. Objetos de metal presos ao corpo, como anéis e brincos devem ser retirados;
4. Os eletrodos devem ser uniformemente posicionados (caso o equipamento utilizado os tenha);
5. O uso de medicamentos diuréticos deve ser suspenso no mínimo 24 horas antes da realização do teste;
6. O consumo de alimentos e bebidas deve ser evitado até 4 horas antes de se realizar o teste, devendo a bexiga estar vazia;
7. O exame deve ser feito em repouso, sendo a prática de exercícios até 8 horas antes do mesmo não ser recomendada;
8. Medicamentos que causem retenção hídrica devem ser retirados para a realização do exame;
9. Os resultados de composição corporal (teor de gordura) obtidos através da análise da bioimpedância são automaticamente estimados pelo equipamento adotado na avaliação;
10. Não é recomendada a exposição de gestantes e portadores de marcapasso ao exame de bioimpedância.

Fonte: Projeto Diretrizes – Conselho Federal de Medicina