

**MINISTÉRIO DA DEFESA
COMANDO DA AERONÁUTICA**



S A Ú D E

ICA 160-6

INSTRUÇÕES TÉCNICAS DAS INSPEÇÕES DE
SAÚDE NA AERONÁUTICA

2009

MINISTÉRIO DA DEFESA
COMANDO DA AERONÁUTICA
DIRETORIA DE SAÚDE



S A Ú D E

ICA 160-6

INSTRUÇÕES TÉCNICAS DAS INSPEÇÕES DE
SAÚDE NA AERONÁUTICA

2009



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

PORTARIA DIRSA Nº 02/SDTEC, DE 2 DE FEVEREIRO 2009.

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 ICA 5-1, aprovada pela Portaria COMGEP nº 82/SEM, de 12 de maio de 2004, resolve:

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

Art. 2º Fica Revogada a Portaria DIRSA Nº 44/GABSA, de 18 de outubro 2006, que aprovou a ICA 160-6 “Instruções Técnicas das Inspeções de Saúde na Aeronáutica”.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Maj Brig Méd JOSÉ ELIAS MATIELI
Diretor da DIRSA

(Publicada no BCA nº 026, de 9 de fevereiro de 2009)

SUMÁRIO

1. DISPOSIÇÕES PRELIMINARES	09
1.1 <u>FINALIDADE</u>	09
1.2 <u>ÂMBITO</u>	09
1.3 <u>REQUISITOS DE APTIDÃO</u>	09
2. PATOLOGIA CLÍNICA	10
2.1 <u>GRUPO I</u>	10
2.2 <u>GRUPO II</u>	11
3. EXAMES DE IMAGEM	12
3.1 <u>INSPECIONANDOS MILITARES</u>	12
3.2 <u>INSPECIONANDOS DA AVIAÇÃO CIVIL, ATCO E OEA</u>	12
4. EXAME MÉDICO GERAL	13
4.1 <u>ANAMNESE E EXAME FÍSICO</u>	13
4.2 <u>EXAMES COMPLEMENTARES</u>	15
4.3 <u>REQUISITOS FÍSICOS</u>	15
4.4 <u>IMUNIZAÇÕES</u>	17
5. EXAME ODONTOLÓGICO	18
5.1 <u>OROSCOPIA</u>	18
5.2 <u>IMAGEM DIGITALIZADA DAS ARCADAS E MUCOSAS ORAIS</u>	18
5.3 <u>RADIOGRAFIA PANORÂMICA</u>	18
5.4 <u>EXAME CLÍNICO</u>	18
5.5 <u>EXAME RADIOGRÁFICO PERIAPICAL</u>	19
5.6 <u>REQUISITOS ODONTOLÓGICOS</u>	19
6. EXAME OFTALMOLÓGICO	21
6.1 <u>ANAMNESE</u>	21
6.2 <u>MEDIDA DA ACUIDADE VISUAL</u>	21
6.3 <u>MEDIDA DE DISTÂNCIA INTER-PUPILAR</u>	21
6.4 <u>MEDIDA DO PONTO PRÓXIMO DE CONVERGÊNCIA</u>	22
6.5 <u>INSPEÇÃO</u>	22
6.6 <u>ANEXOS</u>	22
6.7 <u>SEGMENTO ANTERIOR</u>	22
6.8 <u>MOTILIDADE EXTRÍNSECA</u>	23
6.9 <u>MOTILIDADE INTRÍSECA</u>	24
6.10 <u>OFTALMOTÔNUS</u>	24
6.11 <u>OFTALMOSCOPIA</u>	24
6.12 <u>SENSO CROMÁTICO</u>	25
6.13 <u>CAMPO VISUAL</u>	25
6.14 <u>VISÃO DE PROFUNDIDA</u>	25
6.15 <u>REFREÇÃO</u>	25
6.16 <u>TOPOGRAFIA CORNEANA</u>	25
6.17 <u>CERATOMETRIA</u>	25
6.18 <u>REQUISITOS VISUAIS</u>	26

7	EXAMES OTORRINOLARINGOLÓGICO	30
7.1	<u>ANAMNESE E EXAME FÍSICO</u>	30
7.2	<u>EXAMES COMPLEMENTARES</u>	30
7.3	<u>REQUISITOS AUDITIVOS</u>	32
8	EXAME NEUROLÓGICO	33
8.1	<u>OBRIGATORIEDADE DO EXAME NEUROLÓGICO, COM REALIZAÇÃO DO ELE TROENCEFALOGRAMA</u>	33
8.2	<u>ANAMNESE</u>	33
8.3	<u>EXAME NEUROLÓGICO</u>	33
8.4	<u>ELETOENCEFALOGRAMA (EEG)</u>	33
8.5	<u>REQUISITOS NEUROLÓGICOS</u>	34
9	EXAME PSIQUIÁTRICO E PSICOLÓGICO	36
9.1	<u>OBRIGATORIEDADE DOS EXAMES</u>	36
9.2	<u>ROTINA DO EXAME PSIQUIÁTRICO E PSICOLÓGICO</u>	36
9.3	<u>REQUISITOS PSÍQUICOS</u>	38
10	EXAME CARDIOLÓGICO	39
10.1	<u>OBRIGATORIEDADE DO EXAME</u>	39
10.2	<u>ANAMNESE DIRIGIDA</u>	39
10.3	<u>EXAME FÍSICO CARDIOLÓGICO</u>	39
10.4	<u>ELETRCARDIOGRAMA DE REPOUSO</u>	39
10.5	<u>TESTE ERGOMÉTRICO</u>	40
10.6	<u>ANÁLISE DE RESULTADOS</u>	40
10.7	<u>REQUISITOS CARDIOCIRCULATÓRIOS</u>	40
11	EXAME GINECOLÓGICO E OBSTÉTRICO	42
11.1	<u>EXAME GINECOLÓGICO DE MILITARES E CIVIS DA AERONÁUTICA</u>	42
11.2	<u>EXAME GINECOLÓGICO DO PESSOAL FEMININO DA AVIAÇÃO CIVIL ATCO E OEA</u>	42
11.3	<u>PROCEDIMENTOS A SEREM ADOTADOS NOS CASOS DE GRAVIDEZ</u>	42
12	REQUISITOS ORTOPÉDICOS	44
12.1	<u>ESCOLIOSE</u>	44
13	CAUSAS DE INCAPACIDADE EM INSPEÇÃO DE SAÚDE NA AERONÁUTICA ..	46
14	PROCEDIMENTOS EM CASOS DE DISTÚRBIOS DO METABOLISMO DA GLICOSE	47
14.3	<u>PROCEDIMENTOS NAS INSPEÇÕES DE SAÚDE INICIAIS</u>	47
14.4	<u>PROCEDIMENTOS NAS INSPEÇÕES DE SAÚDE PERIÓDICAS</u>	48
15	CASOS ESPECIAIS DE CARDIOLOGIA EM AERONAVEGANTES	50
15.1	<u>INFARTO MIOCÁRDIO</u>	50
15.2	<u>PORTADORES DE CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA OU ANGIOPLASTIA CORONARIANA, SEM INFARTO DO MIOCÁRDIO</u>	50
15.3	<u>PROLAPSO DA VÁLVULA MITRAL (PVM)</u>	51
15.4	<u>PRE-EXCITAÇÃO VENTRICULAR (WOLF-PARKINSON-WHITE - WPW) E TAQUIARRITIMIAS GRAVES</u>	52

15.5	<u>SÍNDROME DO PR-CURTO</u>	52
15.6	<u>TAQUIARITMIAS GRAVES</u>	53
16	PROCEDIMENTOS EM CASOS DE SÍNDROME DE IMUNO-DEFICIÊNCIA ADQUIRIDA (SIDA/AIDS)	54
16.1	<u>CLASSIFICAÇÃO</u>	54
16.2	<u>PROCEDIMENTOS DAS JUNTAS DE SAÚDE</u>	55
17	DOCUMENTOS EXPEDIDOS PELAS JUNTAS DE SAÚDE	57
17.1	<u>CARTÃO DE SAÚDE (CS)</u>	57
17.2	<u>CERTIFICADO DE CAPACIDADE FÍSICA (CCF)</u>	57
17.3	<u>CÓPIA DE ATA DE INSPEÇÃO DE SAÚDE (AIS)</u>	57
17.4	<u>DOCUMENTO DE INFORMAÇÃO DE SAÚDE (DIS)</u>	57
17.5	<u>MENSAGEM RÁDIO</u>	57
18	DISPOSIÇÕES GERAIS	59
19	DISPOSIÇÕES FINAIS	61
	Anexo A – Requisitos de Aptidão	62
	Anexo B – Ficha de Anamnese de Inspeção Inicial	63
	Anexo C – Modelo de Cartão de Saúde (JES)	65
	Anexo D – Modelo de Cartão de Saúde (JRS)	66
	Anexo E – Ficha de Inspeção de Saúde	67
	Anexo F – Ficha de Inspeção de Saúde – Letra “G”	70
	Anexo G – Modelo de Ficha de Exame Ginecológico	73
	Anexo H – Modelo de Cópia de Ata	74
	Anexo I – Modelo de Documento de Informação de Saúde (DIS)	75
	Anexo J – Causas de Incapacidades em Exames de Saúde na Aeronáutica	76

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 pelas Juntas de Saúde do Sistema de Saúde da Aeronáutica (SISAU).

1.2 ÂMBITO

A presente instrução, de observância obrigatória, aplica-se às Juntas de Saúde do SISAU, normatizando a realização das Inspeções de Saúde de Militares e Civis da Aeronáutica.

Os aeronavegantes da Aviação Civil, os Controladores de Tráfego Aéreo (ATCO) e os Operadores de Estação Aeronáutica (OEA) serão julgados de acordo com a legislação específica.

1.3 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), estando descritos no anexo A da presente Instrução.

2 PATOLOGIA CLÍNICA

É obrigatória a realização de exames laboratoriais em todas as Inspeções de Saúde, iniciais ou periódicas, nos inspecionandos civis e militares. Poderão ser dispensados dos exames laboratoriais, a critério da Junta de Saúde, os inspecionandos que realizaram Inspeções de Saúde 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 Coombs, caso necessário;
- d) Sorologia para Lues através do VDRL e do FTA-ABS nos casos duvidosos;
- e) Pesquisa de anti-HIV - será realizada nas Inspeções de Saúde iniciais de candidatos civis e 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 realizada nas Inspeções de Saúde Iniciais de candidatas civis e militares do COMAER. Deverá ser sempre realizada previamente ao exame radiológico, visando à proteção do conceito, em casos de gravidez.

2.1.2 NA URINA

Pesquisa de Elementos Anormais no Sedimento urinário (EAS).

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, nas Inspeções de Saúde dos inspecionandos que trabalhem em ambiente que propiciem o contato com estes agentes.

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.

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 (Caça/Ataque); à Aviação Acrobática; à Aviação Embarcada; à Aviação de Aerossalvamento (SAR); ao Instrutor de Vôo na AFA; ao Piloto de Provas e ao Pára-quedismo Militar, serão realizados os seguintes exames radiológicos:

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 caso haja indicação médica.

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

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

3.1.2.2 outros exames radiológicos caso haja indicação médica.

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

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

3.1.3.2 outros exames radiológicos 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.

3.2 INSPECIONANDOS DA AVIAÇÃO CIVIL, ATCO e OEA

Serão realizados os exames radiológicos 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), deverá ser preenchida pelo Candidato a “Ficha de Anamnese de Inspeção Inicial”, conforme previsto no Anexo D.

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.

4.1.2.9 Pele e anexos

4.1.2.9.1 Inexistência de cicatriz que, por sua natureza ou localização, possa, 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 As cicatrizes resultantes de remoção total de tatuagens, independente do método utilizado, deverão obrigatoriamente, obedecer ao que preceitua o item anterior.

4.1.2.9.3 Inexistência de qualquer tipo de tatuagem, bem como aplicativos do tipo “piercing” localizados em área do corpo que fique à mostra quando trajando uniformes previstos no Regulamento de Uniformes para Militares do Comando da Aeronáutica (RUMAER), inclusive, aquele previsto para a prática da Educação Física, com as seguintes composições:

- a) para homens – camiseta branca, com gládio alado tipo regata; calção azul-aeronáutica; meia branca de cano curto e tênis branco, e
- b) para mulheres - camiseta branca, com gládio alado olímpica; calção feminino azul-aeronáutica; bermuda azul-aeronáutica de tecido sintético com elastômero; “top” azul-aeronáutica de tecido sintético com elastômero; meia branca de cano curto e tênis branco

4.1.2.9.3.1 As especificações das peças dos uniformes citados estão detalhadas no RCA 35-2 “Regulamento de Uniformes para Militares do Comando da Aeronáutica (RUMAER)

4.1.2.9.4 Os aplicativos do tipo “piercing” que estejam em desacordo com o item 4.1.2.9.3, deverão ser removidos (ICA 35-10/2008).

4.1.2.9.5 Inexistência de tatuagem no corpo que afete a honra pessoal, o pundonor militar ou o decoro exigido aos integrantes das Forças Armadas (conforme previsto no Art 28 do Estatuto dos Militares), tais como as que apresentem símbolos e/ou inscrição alusivas 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.

4.1.2.10 Exame Urológico

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

4.1.2.10.1 Toque retal preventivo quando:

- a) $PSA \geq 2.5$ ng / dl
- b) Idade ≥ 45 anos

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

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

Subdividem-se em masculino e feminino, variando conforme o tipo de atividade que o inspecionando desempenhará no COMAER.

O Inspecionando, civil ou militar, nas Inspeções de Saúde iniciais, deverá apresentar estatura mínima de 1,60m (sexo masculino) e 1,55m (sexo feminino).

Nas Inspeções de Saúde para o ingresso no terceiro ano do CPCAR e no CFOAV da Academia da Força Aérea (AFA) (ambos os sexos), os inspecionandos deverão apresentar estatura mínima de 1,64m e estatura máxima de 1,87m, em virtude dos requisitos antropométricos exigidos para a operação da cadeira de ejeção que equipa a aeronave T-27 Tucano, utilizada na Instrução de Vôo da AFA.

4.3.2 PESO

São estruturados com base no índice de massa corpórea e de acordo com a tabela da Organização Mundial de Saúde (OMS) que utiliza a seguinte classificação:

CLASSIFICAÇÃO	IMC
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

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”, os candidatos que obtiverem os valores de IMC menores que 18,5, caracterizando a magreza, e maiores que 24,9, caracterizando o sobrepeso e os diversos graus de obesidade.

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, podendo serem solicitados pareceres especializados e, em casos de dúvidas, serem realizados exames, tais como a Bioimpedância.

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 inspecionandos com IMC entre 18,5 e 24,9 serão considerados “APTOS”;

- b) Os inspecionandos com IMC abaixo de 18,5 (MAGREZA) e IMC de 25 a 29,9 (SOBRE-PESO) serão considerados aptos, deverão receber a observação de que são portadores dessa condição;
- c) Os inspecionandos 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, com indicação de realizar tratamento especializado, a fim de não obterem restrições na inspeção de saúde seguinte.
- d) Os inspecionandos 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 inspecionandos 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 Os requisitos físicos aplicados aos pilotos que vão operar aeronaves T-27, assim como exames médicos periódicos dos pilotos que operam aeronaves T-27, obedecerão ao previsto no Quadro 1.

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).

Nas Inspeções de Saúde para o ingresso no terceiro ano do CPCAR e no CFOAV da Academia da Força Aérea (AFA) (ambos os sexos), os inspecionandos deverão apresentar altura sentada máxima de 97,4 cm, distância nádega-jelho máxima de 65,2 cm, peso mínimo de 58,65 Kg e peso máximo de 93,53 Kg, em virtude dos requisitos antropométricos exigidos para a operação da cadeira de ejeção que equipa a aeronave T-27 Tucano, utilizada na Instrução de Voo da AFA.

QUADRO 1
TABELA DE LIMITES ANTROPOMÉTRICOS PARA A ANV 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-jelho	55,1	65,2

4.3.4 Nos casos previstos no item anterior, as JES deverão adotar os seguintes procedimentos:.

4.3.4.1 O inspecionando que estiver realizando Inspeção de Saúde para o ingresso no terceiro ano do CPCAR e no CFOAV da Academia da Força Aérea (AFA), que ultrapassar os valores máximos dos limites físicos, será considerado “INCAPAZ PARA O FIM A QUE SE DESTINA”.

4.3.4.2 O Inspecionando que ultrapassar os valores máximos dos limites físicos, exceto para o peso, e estiver cursando ou terminando o CFOAV, será considerado “APTO COM RESTRIÇÃO DEFINITIVA PARA O EXERCÍCIO DA ATIVIDADE AÉREA MILITAR, EM AERONAVE T-27”.

4.3.4.3 Discrepância no requisito “PESO”, o inspecionando será considerado “APTO COM RESTRIÇÃO TEMPORÁRIA PARA O EXERCÍCIO DA ATIVIDADE AÉREA MILITAR, EM AERONAVE T-27”, até a normalização desse requisito.

4.3.4.4 O inspecionando que exerça suas atividades em outras aeronaves que tenham assentos ejetáveis com envelopes diferentes do T-27, deverão ser submetidos às tabelas antropométricas das aeronaves em questão.

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 periódicas, a apresentação dos certificados de vacinação anti-amarílica e antitetânica. anti-hepatite B para todos os aeronavegantes, pessoal da área de saúde e para todos os 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.

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 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 possuírem 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, 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

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 empregado nas próteses (porcelana, ouro, aço, aço-cromo-cobalto, amálgamas de prata, resinas, compósitos e outras).

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 peri-odontais, afecções periapicais e alterações histológicas macroscópicas (leucoplasias, hiperplasias e outras).

5.4.4.5 Má-oclusões dentária (usar classificação de Angle - 03 classes).

5.4.4.6 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 N^o 1

Aplicado nas Inspeções de Saúde iniciais dos candidatos ao ingresso no COMAER.

5.6.1.1 Presença de todos os dentes anteriores naturais, incisivos e caninos, tolerando-se próteses que satisfaçam à estética e à função.

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.

5.6.1.3 Ausência de cáries.

5.6.1.4 Ausência de moléstias periodontais evidenciáveis ao exame visual.

5.6.1.5 Ausência de afecções periapicais constatadas visualmente, ou evidenciadas em exames radiográficos de dentes suspeitos.

5.6.1.6 Ausência de má-oclusões do tipo classe II severa e classe III de Angle, tipo óssea.

5.6.2 REQUISITO ODONTOLÓGICO N^o 2

Aplicado nas Inspeções de Saúde periódicas dos inspecionandos do COMAER.

5.6.2.1 Presença de todos os dentes anteriores naturais, incisivos e caninos, tolerando-se próteses que satisfaçam à estética e à função.

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.

5.6.2.3 Ausência de cáries profundas.

5.6.2.4 Ausência de moléstias periodontais evidenciáveis ao exame visual.

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

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 Todos os dentes incisivos e caninos, tolerando-se dentes artificiais que satisfaçam à estética.

5.6.1.2 Quatro molares, dois a dois em cada lado, tolerando-se dentes artificiais que satisfaçam à mastigação.

5.6.1.3 Ausência de cáries dentárias, tolerando-se as que permitam recuperação.

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 metros de comprimento, com iluminação atenuada (penumbra), utilizando-se o projetor de optotipos.

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 estenopeica) 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;

6.7.3 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 oclisor, 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 a 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”, 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 SCHIØETZ” (IDENTAÇÃO)

Após anestesia do olho com o colírio anestésico, deitado o inspecionando, é colocado em seus olhos o tonômetro de Schiøtz. São feitas 2 medidas, uma com o peso 5,5 e outra com o peso 10, cujos resultados deverão ser aproximadamente iguais.

6.10.3 TONOMETRIA BI-DIGITAL

Consiste em tocar os olhos com os dedos indicadores com o inspecionando olhando para baixo. Quando a pressão intra-ocular estiver aumentada, os dedos deverão colher a impressão de dureza.

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 papila, 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 Ishiara, 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).

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, ciclopentolato) 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 CORNEANA

Será realizada 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 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 através das Pranchas Pseudo-Isocromáticas, 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 dioptrias prismáticas
EXOFORIA	até 05 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; 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), 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.

6.18.2 REQUISITO VISUAL Nº 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. 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 através das Pranchas Pseudo-Isocromáticas, 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; 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 N^o 3:

Aplicado nas Inspeções de Saúde iniciais dos candidatos a Oficial do COMAER, exceto nas dos Quadros de Aviadores e de Infantaria, e dos candidatos a graduados do COMAER nas especialidades de não-aeronavegante.

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, AMBAR E BRANCA, utilizadas em aviação.

6.18.3.6 Oftalmotônus

Normal, entre 10 a 20 mm/Hg.

6.18.4 REQUISITO VISUAL N^o 4

Aplicado nas Inspeções de Saúde periódicas dos militares do COMAER, exceto nas dos Oficiais Aviadores e Cadetes Aviadores da AFA.

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, AMBAR 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 de inspecionandos 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 epístaxe, 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.

7.1.4 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 45°.

7.1.6 LARINGOSCOPIA DIRETA

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.

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 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, para todos os aeronavegantes militares e civis;
- c) Nas Inspeções de Saúde iniciais e periódicas, de dois em dois anos, 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 LOGO AUDIOMETRIA

A perda auditiva em relação à fala pode ser medida em decibéis 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 vôo. 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, 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, rastreamento 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.

7.3 REQUISITOS AUDITIVOS

7.3.1 REQUISITO AUDITIVO Nº 1

Aplicado nas Inspeções de Saúde iniciais dos candidatos a piloto militar.

7.3.1.1 Audibilidade com perda tolerável de até 25db (vinte e cinco decibéis) 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 Nº2

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 35db (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 Nº3

Aplicado nas Inspeções de Saúde periódicas dos militares não –aeronavegantes do COMAER.

Audibilidade, com perda tolerável de até 45db (quarenta e cinco decibéis) 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 e candidatos à EPCAR e a AFA.

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

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

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

8.2 ANAMNESE

Inquirir sobre doenças neurológicas mais comuns, particularmente epilepsias, seqüelas pós-traumáticas, esclerose múltipla, e outras patologias que possam interferir na segurança de vôo.

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) hypersincronismos 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.

8.4.2 EEG ANORMAL

8.4.2.1 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).

8.4.3 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) 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) eletroencefalograma (EEG) normal nas inspeções iniciais dos candidatos ao ingresso no COMAER.

9 EXAME PSIQUIÁTRICO E PSICOLÓGICO

9.1 OBRIGATORIEDADE DOS EXAMES

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

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.

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

9.2 ROTINA DO EXAME PSIQUIÁTRICO E PSICOLÓGICO

9.2.1 Será realizada avaliação psicológica, de acordo com a finalidade do exame. Os resultados oficiais das avaliações específicas deverão estar à mão dos 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 será realizada através de técnicas psicológicas (testes e outros recursos), quando possível, e de entrevistas psiquiátricas e/ou psicológicas.

9.2.4 As entrevistas psiquiátricas e/ou psicológicas serão 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 Os examinadores obterão uma história pessoal do examinado tão completa quanto possível, suficiente para lhes fornecer uma idéia de seu comportamento no passado. Especial atenção será dada à sua história familiar, escolar, social e ocupacional.

9.2.6 Os examinadores terão sempre em mente o objetivo final visado pelo exame, que é selecionar pessoas com 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, dentro de suas atividades específicas, no que lhe competir.

9.2.7 O 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 dúvida 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 Na elaboração da bateria de testes, o psicólogo responsável terá em mente a profissiografia da atividade pretendida pelo candidato ou os itens necessários à inspeção solicitada.

9.2.12 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 Nos casos de solicitação de juntas para esclarecimento diagnóstico psiquiátrico ou psicológico de seleção, de examinando não aeronavegante, os testes e outros auxílios deverão ser selecionados de comum acordo entre os psiquiatras e psicólogos da equipe.

9.2.14 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 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”.

9.2.16 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 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).

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 serão realizados, obrigatoriamente, por médico cardiologista.

Os exames referidos no item 10.1.2 serão realizados por médico clínico geral, ficando a critério deste a indicação do exame por cardiologista.

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

10.5 TESTE ERGOMÉTRICO (TE)

Será solicitado o TE dos seguintes inspecionandos:

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

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

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

10.5.5 Outros inspecionandos, a critério do especialista.

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 REQUISITOS CARDIOCIRCULATÓRIOS

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 (cento e quarenta) de sistólica por até 90mmHg (noventa) de diastólica;
- b) Exame físico do aparelho cardiovascular normal;
- 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 145 (cento e quarenta e cinco) mmHg de sistólica por até 95 (noventa e cinco) de diastólica, desde que, após esforço físico, a pressão diastólica se apresente em níveis iguais ou inferiores a 90 (noventa) mm de mercúrio;
- b) Exame físico do aparelho cardiovascular normal;
- 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.

11 EXAME GINECOLÓGICO E OBSTÉTRICO

11.1 EXAME GINECOLÓGICO DE MILITARES E CIVIS DA AERONÁUTICA

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

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

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

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

11.1.2.3 As inspecionandas 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.

11.2 EXAME GINECOLÓGICO DO PESSOAL FEMININO DA AVIAÇÃO CIVIL, ATCO E OEA

Será realizado conforme legislação específica.

11.3 PROCEDIMENTOS A SEREM ADOTADOS NOS CASOS DE GRAVIDEZ

11.3.1 INSPECIONANDAS MILITARES E CIVIS DA AERONÁUTICA

11.3.1.1 A gravidez é um estado fisiológico temporário incompatível com a atividade aérea e com excessivo esforço físico. À exceção das suas complicações, ela não é considerada uma patologia. Deverão ser observadas as causas de incapacidade ginecológicas e obstétricas previstas nas IRIS.

11.3.1.2 Nas Inspeções de Saúde periódicas, a militar grávida será considerada “APTA COM RESTRIÇÃO À ATIVIDADE AÉREA, AOS ESFORÇOS FÍSICOS E ESCALA DE SERVIÇO ARMADA”, com prazos definidos a critério clínico. As inspecionandas do Comando da Aeronáutica (militares ou civis), poderão ser incapacitadas, temporariamente, de acordo com legislação específica ou a critério clínico.

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

11.3.2 INSPECIONANDAS DA AVIAÇÃO CIVIL, ATCO E OEA

Será inspecionada conforme a legislação específica.

12 REQUISITOS ORTOPÉDICOS

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

12.1 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) 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.

12.2 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.

12.3 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.

12.4 “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.

12.5 “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.

12.6 “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.

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

12.8 espinha bífida com repercussão neurológica.

12.9 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.

12.10 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.

12.11 todas as espondilólises e as espondilolisteses .

12.12 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 1^a vértebra sacra. A ampola de raios X distará do chassi em 180cm (cento e oitenta).

13 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.

14 PROCEDIMENTOS EM CASOS DE DISTÚRBIOS DO METABOLISMO DA GLICOSE

14.1 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.

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

14.3 PROCEDIMENTOS NAS INSPEÇÕES DE SAÚDE INICIAIS:

14.3.1 Nos casos de Glicose Plasmática inferior a 50mg/dl (cinquenta) confirmadas após duas repetições, em dias diferentes o candidato será considerado “INCAPAZ PARA O FIM A QUE SE DESTINA”.

14.3.2 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).

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

14.3.4 Nos casos de Glicose Plasmática entre 110mg/dl (cento e dez) e 126mg/dl (cento e vinte e seis) o candidato deverá ser submetido a um Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG), 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 mg/dl
30 e 60 min. < 200 mg/dl
120 min. < 140 mg/dl

Quadro 6 TOLERÂNCIA DIMINUÍDA À GLICOSE (INTOLERÂNCIA À GLICOSE)

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

Quadro 7 DIABETES MELLITUS

JEJUM > 126 mg/dl
30 e 60 min. um valor > ou = 200 mg/dl
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”.

14.3.5 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.

14.4 PROCEDIMENTOS NAS INSPEÇÕES DE SAÚDE PERIÓDICAS

14.4.1 Os inspecionandos em uso de hipoglicemiantes orais serão julgados “APTO, DEVENDO FAZER TRATAMENTO ESPECIALIZADO”.

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

14.4.3 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.

14.4.4 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 EXERCER ATIVIDADES DE TERRA”.

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

14.4.6 Os portadores de Glicose Plasmática entre 110 (cento e dez) e 126mg/dl (cento e vinte e seis) 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).

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

- a) não possuir retinopatia, nefropatia, neuropatia ou qualquer outra manifestação de microangiopatia diabética;
- b) possuir um estado nutricional adequado;
- c) 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.

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

14.4.9 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 DEFINITIVA PARA ATIVIDADE AÉREA, PODENDO EXERCER ATIVIDADES DE TERRA, ou “INCAPAZ DEFINITIVAMENTE PARA O SERVIÇO MILITAR”.

14.4.10 Os militares não aeronavegantes com diagnóstico de Diabetes Mellitus 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”.

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

15 CASOS ESPECIAIS DE CARDIOLOGIA EM AERONAVEGANTES

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.

15.1 INFARTO DO MIOCÁRDIO

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

15.1.2 Os inspecionandos 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.

15.1.3 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;
 - 2) função ventricular 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.

15.1.4 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 15.1.3.

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

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

15.2.2 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) ausência das anormalidades citadas no item 15.1.3; e
- b) cineangiocoronariografia demonstrando perviedade das pontes, artérias e boa função ventricular.

15.2.3 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.

15.2.4 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: Teste Ergométrico normal e eletrocardiograma dinâmico-(Holter) 24h sem alterações isquêmicas ou arritmias.

15.2.4.1 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.

15.3 PROLAPSO DA VÁLVULA MITRAL (PVM)

15.3.1 Os pilotos militares e demais aeronavegantes, portadores assintomáticos de PVM, sem arritmias e na ausência de doenças sistêmicas cardíaca 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 polarização ventricular sugestivas de isquemia miocárdica.

15.3.2 Os pilotos militares portadores de PVM que não foram detectados em seus exames iniciais serão considerados “APTO”, desde que cumpram os critérios do item 15.3.1.

15.3.3 Os candidatos a aeronavegantes militares portadores de PVM, que não estiverem em conformidade com o item 15.3.1, serão considerados “INCAPAZ PARA O FIM A QUE SE DESTINA”.

15.3.4 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).

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

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

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

15.4.2 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 WPV, 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”.

15.4.3 Os pilotos militares e demais aeronavegantes militares, BCT e OEA, portadores de WPV, 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.

15.4.4 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”.

15.5 SÍNDROME DO PR – CURTO

15.5.1 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 anômola e sem indução de arritmias ventriculares graves.

15.5.2 Caso o inspecionando, em sua inspeção inicial não preencha os critérios do item 15.5.1, será dado o parecer “INCAPAZ PARA O FIM A QUE SE DESTINA”.

15.5.3 Nas inspeções periódicas, o inspecionando que não atender os requisitos definidos no item 15.5.1, 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.

15.6 TAQUIARRITMIAS GRAVES

15.6.1 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”.

15.6.2 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: “APTO COM RESTRIÇÃO TEMPORÁRIA POR 180 DIAS AO VÔO”, ou “APTO COM RESTRIÇÃO TEMPORÁRIA POR 180 DIAS PARA A ATIVIDADE DE CONTROLE DE TRÁFEGO AÉREO”, ou “APTO COM RESTRIÇÃO TEMPORÁRIA POR 180 DIAS PARA A ATIVIDADE DE OPERADOR DE ESTAÇÃO AERONÁUTICA”, devendo ser reinspecionados pelo CEMAL para análise pericial definitiva.

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

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

16.1 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.

16.1.1 CLASSIFICAÇÃO QUANTO ÀS MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

16.1.1.1 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.

16.1.1.2 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).

16.1.1.3 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) Histoplasmoose disseminada;
- g) Isosporíase crônica;
- h) Micobacteriose atípica;
- i) Tuberculose pulmonar ou extrapulmonar;
- j) Pneumonia por *Pneumocystis carinii*;
- 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.

16.1.2 CLASSIFICAÇÃO QUANTO À CONTAGEM DE LINFÓCITOS CD4

Os inspecionandos serão classificados nos seguintes grupos:

16.1.2.1 Grupo I

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

16.1.2.2 Grupo II

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

16.1.2.3 Grupo III

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

16.1.3 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

16.2 PROCEDIMENTOS DAS JUNTAS DE SAÚDE

16.2.1 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.

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

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

16.2.3.1 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.

16.2.3.2 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.

16.2.3.3 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”.

16.2.3.4 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.

16.2.3.5 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.

16.2.3.6 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.

16.2.3.7 Os inspecionandos que apresentarem grave comprometimento das condições clínicas ou doenças oportunistas que inviabilizem a permanência no serviço ativo, deverão ser julgados “INCAPAZ DEFINITIVAMENTE PARA O SERVIÇO”.

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

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

16.2.3.10 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.

17 DOCUMENTOS EXPEDIDOS PELAS JUNTAS DE SAÚDE

17.1 CARTÃO DE SAÚDE (CS)

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

17.1.2 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.

17.1.3 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.

17.2 CERTIFICADO DE CAPACIDADE FÍSICA (CCF)

17.2.1 O CCF será emitido por uma JES, conforme modelo e procedimentos previstos na legislação específica, quando da inspeção de saúde do pessoal da Aviação Civil, ATCO e OEA.

17.3 CÓPIA DE ATA DE INSPEÇÃO DE SAÚDE (AIS)

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

17.4 DOCUMENTO DE INFORMAÇÃO DE SAÚDE (DIS)

O Documento de Informação de Saúde será fornecido conforme modelo previsto no Anexo I para o inspecionando 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.

17.5 MENSAGEM RÁDIO

- A. MILITAR: A mensagem rádio com o resultado da Inspeção de Saúde será enviada à autoridade que determinou ou solicitou a inspeção de saúde
- B. Civil Transmitida à ANAC através do sistema MAPI, somente para os portadores de código da ANAC.
- C. Somente quando solicitado:
 - À DIRAP;
 - À SECPRM.

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

17.5.6 A todas as JES, 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.

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

17.6 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.

17.7 Os CCF com prazo vencido que foram recolhidos dos inspecionandos, assim como aqueles, porventura, rasurados pela Secretaria da Junta, deverão ser encaminhados ao Órgão competente, através de ofício de encaminhamento.

17.8 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.

18 DISPOSIÇÕES GERAIS

18.1 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.

18.2 Os controladores de tráfego aéreo militares, quando envolvidos em incidentes graves ou acidentes aeronáuticos, realizam inspeção de saúde aplicando-se todos os exames de uma inspeção inicial.

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

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

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

18.6 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 voo ou ser agravado pelos riscos ambientais relacionados ao voo, deverá encaminhá-lo a sua OM com a recomendação de ser encaminhado à JES em um prazo, que não deverá exceder 30 (trinta) dias. A OSA deverá encaminhar um relatório especializado à JES.

18.7 É responsabilidade do CEMAL a inspeção técnica de todas as JES, visando uma adequada padronização de suas atividades específicas.

18.8 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.

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

18.10 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.

18.11 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.

18.12 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.

18.13 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.

18.14 Nas inspeções para a letra “g / h” do item 2.1 da ICA 160-1 (IRIS), de todos os inspecionados 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.

19 DISPOSIÇÕES FINAIS

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

Anexo A
Requisito de Aptidão

	CATEGORIA FUNCIONAL	REQUISITOS					
		ESTATURA E PESO	CARDIO CIRCULATÓRIO < DE 35 ANOS	CARDIO 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, FOTO INTELIGÊNCIA E INFORMAÇÕES AERONÁUTICAS	(1)	1	2	4	3	2
10	GRADUADOS COM ESPECIALIDADES NÃO AERONAVEGANTE 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 (IGISCFa)".

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							Diabetes	
							Câncer	
							Doença Renal	
							Doença Cardíaca	
							Doença Estomacal	
							Reumatismo (artrite)	
Filhos							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)	(marcar cada item)
Escarlatina, Erisipela	Tuberculose	Tumor, inchaço, quisto e câncer	Jeito ou torção do joelho
Difteria	Suores Noturnos	Hérnia	Doença dos pés
Febre reumática	Asma	Apêndice	Neurite
Articulações inchadas ou doloridas	Respiração curta	Hemorroidas ou doenças do reto	Paralisia (inclusive infantil)
Caxumba	Dor ou compressão no tórax	Micção freqüente ou dolorosa	Epilepsia ou convulsão
Coqueluche	Tosse crônica	Pedra nos rins ou sangue na urina	Enjôo em automóvel, trem, navio ou
Dor de cabeça freqüente ou aguda	Palpitação	Açúcar ou albumina na urina	Sono agitado freqüente
Tontura ou desmaio	Hiper ou Hipotensão	Queimaduras	Pesadelos freqüentes ou agitados
Doença de olhos	Cãibra nas pernas	Doença venérea	Depressão ou exceto de preocupação
Doença de ouvido, nariz ou garganta	Indigestão freqüente	Recente aumento ou perda de peso	Amnésia
Secreção do ouvido	Doença de estômago, fígado ou intestinos	Artrite ou reumatismo	Úrina solta
Resfriados crônicos ou freqüentes	Doença de vesícula ou cálculos biliares	Deformidade óssea, articular ou outra	Doença nervosa de qualquer natureza
Dor aguda de dente ou gengiva	Icterícia	Claudicação	Vício de drogas ou narcóticos
Sinusite	Qualquer reação a soro, drogas ou remédios	Perda do braço, perna, dedo da mão ou do	Vício de bebidas
Febre do feno		Dor ou jeito no ombro ou cotovelo	Tendências homossexuais

Alguma vez (marcar cada item)

16 – Somente senhoras – alguma vez

17 – Complete o seguinte


Usou óculos?	Tentou suicídio?	Esteve grávida?	Idade que começou a menstruação
Usou lentes de contato?	Foi sonâmbulo?	Teve alguma secreção vaginal?	Intervalo entre as regras (dias)
Usou prótese para audição?	Morou com alguém tuberculoso?	Submeteu a tratamento ginecológico?	Duração das regras (dias)
Gaguejou?	Escarrou sangue?	Teve cólica na menstruação?	Data da última menstruação
Usou colete ou colarinho ortopédico?	Hemorragia em consequência de ferimento ou extração de dente?	Teve menstruação irregular?	normal excesso escassez <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
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) <input type="checkbox"/> mão direita <input type="checkbox"/> 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 radioativas?
		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 DModelo de Cartão de Saúde (CS)
Junta Regular de Saúde (JRS)**FRENTE**

	REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL COMANDO DA AERONÁUTICA DIRETORIA DE SAÚDE

OSA CARTÃO DE SAÚDE	
NOME _____	
POSTO/GRAD _____	UNIDADE: _____
Nº IDENTIDADE _____	
DATA DE VALIDADE _____ / _____ / _____	

VERSO

NÚMERO DA SESSÃO/JRS - OSA - DATA	
_____	_____
NÚMERO ARQUIVO	TIPO SANGUÍNEO
RECOMENDAÇÕES E/OU RESTRIÇÕES	
ASSINATURA _____	
NOME E POSTO DO PRESIDENTE DA JRS	

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

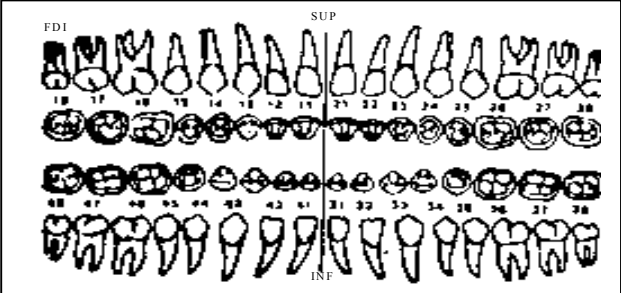
SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL (NOME DA OM)		02 – JUNTA DE SAÚDE		103 – Nº DA SESSÃO - DATA JULGAMENTO	
FICHA DE INSPEÇÃO DE SAÚDE		ÓRGÃO EMISSOR	2 – IDENTIDADE	-CÓDIGO DO DAC	3 04 – NÚMERO NO ARQUIVO DA JUNTA
4 – FINALIDADE DO EXAME LETRA”				5 – NÚMERO NO ARQUIVO DO CEMAL	
“ ITEM 2.1 DA ICA 160-1 de 13/10/03					
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									
22 CABEÇA FACE PESCOÇO		Normal	Anormal	Fumo	Sim	Não	Vacinas / exames	validade	
23 APARELHO RESPIRATÓRIO				Álcool			Anti-amarilica	_/_/	
24 APARELHO CARDIOCIRCULATÓRIO				At. Física regular			Ant6itetânica	_/_/	
25 APARELHO DIGESTIVO				Fraturas cirurgias			Parasit. Fezes	_/_/	
26 APARELHO GENITOURINÁRIO							Ex. colpocitologico	_/_/	
27 MEMBROS				38 – DIAGNÓSTICO / S					
28 COLUNA									
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"/>	SISTÓLICA	DISTÓLICA						
b. Normolíneo	<input type="checkbox"/>	DEITADO	a	<input type="checkbox"/>	d	<input type="checkbox"/>	39 - PARECER		
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	C/COR	ESF	CIL	EIXO	VISÃO	OD	C/COR
OE	C/COR	ADICÇÃO				OE	C/COR
48 – MOTILIDADE EXTRÍNSECA FOROMETRIA				49 – VISÃO DE PROFUNDIDADE		50 – ESQUIASCOPIA	
ENDO	HD	CAP DIV	PC	S/C			
EXO	HE	CAP CON	DP	C/C			
51 – APLANOTONOMETRIA		HORA	52 – VISÃO DE CORES				
OD	OE						
53 – F. O.				57 - RECOMENDAÇÃO			
54 – OBS							
55 – DIAGNÓSTICO /S							
56 – PARECER							

IV – SEÇÃO DE OTORRINOLARINGOLOGIA		DATA / /	
58 - IMPEDANCIOMETRIA		59 - AUDIOMETRIA	
61 – DIAGNÓSTICO /S			
62 - PARECER			

V – SEÇÃO DE CARDIOLOGIA	DATA / /	VI – SEÇÃO DE RADIODIAGNÓSTICO	DATA / / /

VII – SEÇÃO DE PATOLOGIA CLÍNICA				DATA / / /					
73 URINALISE		74 BIOQUÍMICA DO SANGUE		75 IMUNOLOGIA		76 HEMATOLOGIA		77 DIAGNÓSTICOS (CID)	
DENSIDADE	_____	ÁCIDO ÚRICO	_____ mg/dl	GR. ^s	_____ F.Rh	HTc	_____ %		
PH	_____	COLESTEROL	_____ mg/dl	SOROLOGIA P / LUES - VDRL		Htm	_____ mm ³		
ALBUMINA	_____		_____ mg/dl	QUALITATIVO Pos		Hgb	_____ %		
G.CETÔNICOS	_____	FOSFOLIPÍDEOS	_____ mg/dl	DIL		VGM	_____ μ ²	OBS.	
GLICOSE	_____	GLICOSE	_____ mg/dl	TESTE IMUNOL. P/ GRA-VIDEZ		HGM	_____ yy		
LEUCÓCITOS	_____	HDL	_____ mg/dl	ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO – PSA		CHGM	_____ %		
NITRITO	_____	LDL	_____ mg/dl	UI		VHS	_____ mm ^{1 3} h	78. PARECER	
SANGUE	_____	LIPÍDEOS TOTAIS	_____ mg/dl	ANTI POS NEG		PLAQ.	_____ mm ³		
(O.E.A)	_____	TRIGLICERÍDEOS	_____ mg/dl	CONTAGEM ESPECÍFICA		LEUC. T	_____ mm ³		
SED	_____	URÉIA	_____ mg/dl	Bs		E	M	J	Bt
		VLDL	_____ mg/dl	S		L	M		
		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				E. P. FEZES <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
24 - APARELHO CARDIOCIRCULATÓRIO				ANAMNESE E DADOS CLÍNICOS:	
25 - APARELHO DIGESTIVO				38 - DIAGNÓSTICO / S	
26 - APARELHO GENITOURINÁRIO				39 - PARECER	
27 - MEMBROS					
28 - COLUNA					
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 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 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 laboratoriais.

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 disfonia 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 progressos, 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;