

AVALIAÇÃO DA PERDA VISUAL E AUDITIVA NA PERÍCIA MÉDICA DO EXÉRCITO BRASILEIRO

Autores:

**MAILLI Marotta FAZOLATO, oftalmologista(1º Ten aluno)
mfazolato@msn.com;**

**LILIAN de Carvalho CID, otorrinolaringologista (1º Ten aluno)
lilianccid@gmail.com.**

**Orientadora : 1º Ten Lisia Nunes
Escola de Saúde do Exército, Rio de Janeiro, RJ**

RESUMO

É atribuição da perícia médica militar constatar a incapacidade temporária ou permanente do desempenho das funções inerentes à atividade ou ocupação profissional. A Perícia médica para perda visual e auditiva são frequentes e de difícil avaliação e conduta pelo médico perito não especialista. Diante das dúvidas quanto aos critérios de afastamento e remanejamento de função nos casos de perda auditiva e visual, se faz necessário uma revisão bibliográfica da avaliação destes déficits pela perícia médica do Exército Brasileiro, demonstrando os detalhes na avaliação clínica necessária e na conduta pericial. Diante da ausência de uma ferramenta clara na NTPMEX que facilite a comunicação entre o perito médico militar e o médico especialista, sugerimos a inclusão de laudos específicos (anexo I e II) que contribuirão na avaliação e conduta da perda visual e auditiva, otimizando os processos da perícia médica. Dessa maneira, será possível de maneira eficaz e mais rápida definir a conduta do perito nos casos das doenças oftalmológicas e otorrinolaringológicas.

Palavras Chave: Perda visual. Perda auditiva. Perícia médica. Exército.

ABSTRACT

Military medical expertise is responsible for verifying the temporary or permanent incapacity to perform the functions inherent to the professional activity or occupation. Medical expertise for visual and hearing loss are frequent and difficult to assess and conduct by a non-specialist medical expert. In view of the doubts regarding the criteria for removal and relocation of functions in cases of hearing and visual loss, a bibliographic review of the evaluation of these deficits

by the Brazilian Army's medical expertise is necessary, demonstrating the details in the necessary clinical evaluation and expert conduct. In the absence of a clear tool at NTPMEX that facilitates communication between the military medical expert and the specialist physician, we suggest the inclusion of specific reports (annexes I and II) that will contribute to the assessment and conduct of visual and hearing loss, optimizing the processes medical expertise. In this way, it will be possible to effectively and quickly define the conduct of the expert in cases of ophthalmological and otorhinolaryngological diseases.

Key-Words: Visual Loss. Hearing Loss. Medical Expertise. Army.

INTRODUÇÃO

Denomina-se perícia todo e qualquer exame realizado por médico, com a finalidade de contribuir com as autoridades administrativas, policiais ou judiciárias na formação de juízos a que estão obrigados. (CASTRO, 2009)

É atribuição da perícia médica militar constatar a incapacidade temporária ou permanente do desempenho das funções inerentes à atividade ou ocupação profissional, com importância capital na avaliação da concessão de benefícios, sendo um instrumento que, ao mesmo tempo, garante o amparo legítimo ao militar incapacitado e serve de controle de afastamentos por diversos tipos de diagnósticos. Cabe ao médico perito manter um equilíbrio adequado entre as postulações desejadas pelo militar que procura os seus direitos junto ao Estado e a empregabilidade das leis vigentes. (NAKANO et al., 2012)

A legislação pericial é extensa e complexa, respaldada em normas, regulamentos e dispositivos legais e exercida por médicos militares, temporários ou de carreira. (CHEDID, 2007)

Em vista da complexidade técnica do ato médico-pericial, que abrange a emissão de parecer técnico específico, e considerando as disposições das NTPMEX, questiona-se, nesse ponto, se seria possível afirmar serem apenas as normativas legais suficientes para os médicos peritos militares executarem pareceres acerca de incapacidade laborativa e concessão de benefícios. (LIMA NETO, 2019)

A Perícia médica para perda visual e auditiva são frequentes e de difícil avaliação e conduta pelo médico perito não especialista. Na maioria das vezes,

é necessário a solicitação da avaliação do oftalmologista e do otorrinolaringologista. O especialista, frequentemente, por não saber quais informações são necessárias para a perícia médica, fornece ao perito militar laudos incompletos e com muitos termos técnicos e siglas de difícil compreensão.

Diante das inúmeras dúvidas de pacientes e médicos militares quanto aos critérios de afastamento e remanejamento de função nos casos de perda auditiva e visual, se faz necessário uma revisão da avaliação destes déficits pela perícia médica do Exército Brasileiro, demonstrando os detalhes na avaliação clínica necessária e na conduta pericial.

2. METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão bibliográfica tendo como referência livros, manuais técnicos, legislação brasileira e artigos científicos. Para selecionar os artigos foram utilizados os buscadores eletrônicos: Scielo, banco de dados de teses e dissertações CAPES, Pubmed, portal periódicos CAPES e EBusca (sistema de buscas integradas do Exército Brasileiro), no qual utilizou-se as palavras de busca isoladas: perícia médica, perda auditiva, perda visual e busca combinada de 2 ou três palavras perícia médica no exército brasileiro, avaliação da perda auditiva, avaliação da perda visual, cegueira na perícia médica e perda auditiva na perícia médica. Os trabalhos que não se enquadravam nos anos pré selecionados de 2000 a 2020 foram excluídos. No total foram recrutados 20 trabalhos.

3. DESENVOLVIMENTO

3.1. CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO CLÍNICA:

3.1.1. AVALIAÇÃO DA PERDA VISUAL

Na Oftalmologia, como em qualquer ramo da Medicina, é necessário, antes do exame físico, realizar a anamnese, que deve ser, suficientemente, ampla para a obtenção de subsídios para a condução do problema, sem se tornar excessivamente extensa. (Rodrigues M,1996)

O globo ocular, pela sua anatomia, permite a observação de quase todas as suas estruturas, principalmente com o auxílio de aparelhos, que cada vez estão se tornando mais sofisticados. (Rodrigues M, 1996)

No entanto, sem nenhum instrumental especializado pode-se fazer um exame ocular externo que traga informações importantes, tanto para o oftalmologista quanto para o médico de outras especialidades, que deve incluí-lo em sua rotina (pelo menos parte dele), pois pode detectar inclusive manifestações de doenças sistêmicas. (Rodrigues M, 1996)

O exame físico realizado por especialistas inclui:

Acuidade Visual: A medida da acuidade visual é o teste mais comumente utilizado para a determinação da função visual na prática oftalmológica e, embora a técnica de exame seja simples, o processo utilizado é complexo e exige a interação de muitos fatores, tanto fisiológicos quanto psicológicos. A avaliação da acuidade visual requer que o olho detecte o objeto e faça distinção entre seus componentes. Essa informação é, então, transmitida ao córtex cerebral, onde é comparada com as formas existentes na memória. O paciente deve ser capaz de comunicar o reconhecimento do objeto ao médico. Fisiologicamente, a AV é determinada pela habilidade de distinguir dois estímulos separados no espaço em contraste com o fundo. Esta simples medida detecta grande parte das disfunções visuais, sendo assim sua correta aferição é um importante método semiológico na prática oftalmológica. A tabela criada por Snellen é o método universalmente aceito para medir a AV, apesar de sua baixa confiabilidade e reprodutibilidade. (Zapparoli, Márcio, 2009) A acuidade visual deve ser medida sem correção e com correção refrativa para longe e perto. Devemos a visão central e a periférica e essa pesquisa é feita com diversas técnicas e aparelhos. (Moreira, 2013) A acuidade visual pode ser afetada por erro de refração, doenças oculares ou neurológicas (incluindo lesões na via optica). (Mazuze, A.N, 2018)

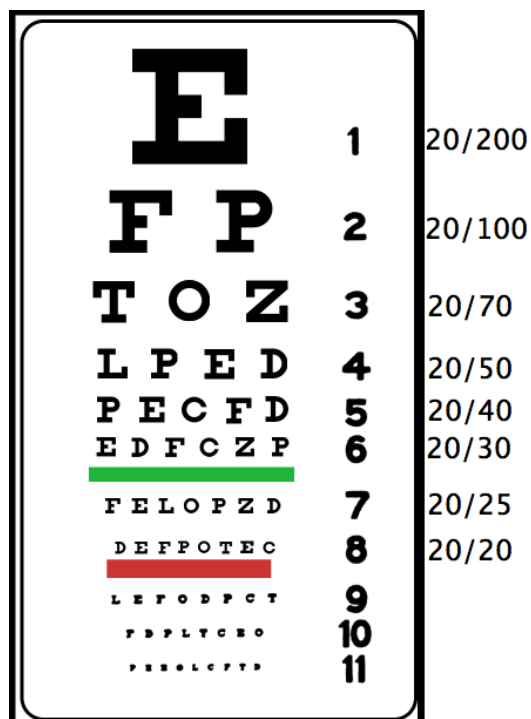


Figura 1: Tabela de Snellen (Moreira, 2013)

Biomicroscopia: O estudo da biomicroscopia é feito através da lâmpada de fenda, que é composta por três sistemas: de iluminação, do microscópio e de focalização. (Yamane, 2009) Sua utilidade é demonstrada não só no exame dos anexos oculares (pálpebras e cílios) e segmento anterior (conjuntiva, córnea, íris, cristalino), como também na avaliação do segmento posterior mediante a utilização de lentes acessórias (corneana ou pré coreana). Além disso, também é útil para realização de tonometria (acoplamento de tonômetros) e gonioscopia (lentes de 3 ou 4 espelhos de Goldmann e Zeiss, respectivamente). (Moreira, 2013)

Tonometria: É a medição da pressão intraocular (PIO), fundamental na propedêutica básica do exame oftalmológico. Estudos demonstram uma forte correlação entre o nível da pressão intra-ocular e a prevalência e incidência do glaucoma. Por esse motivo, a PIO é o principal fator de risco para a doença e também um dos principais parâmetros para o diagnóstico e acompanhamento do glaucoma. (Moreira, 2013)

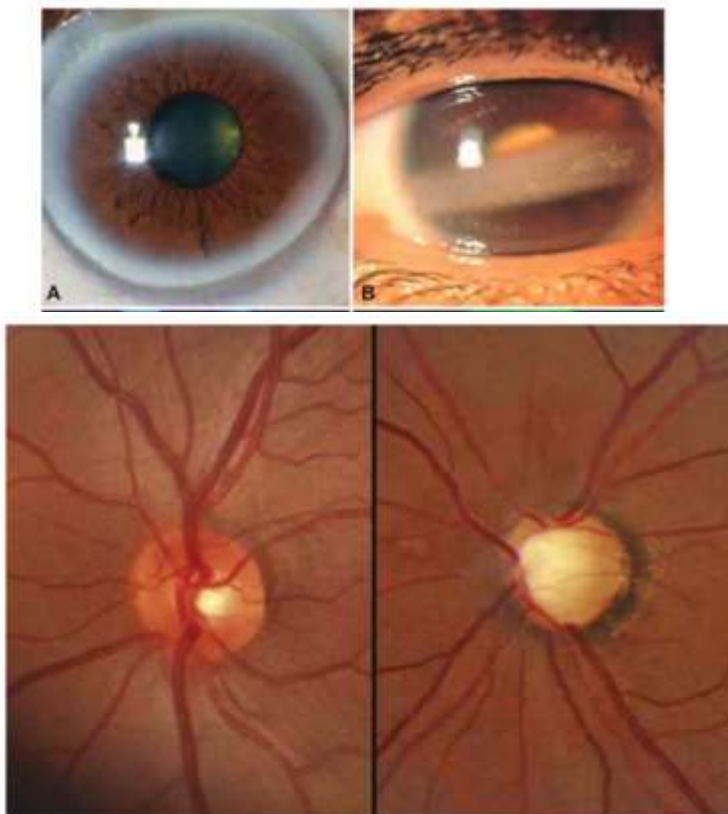


Fig. 5 Fotos do disco óptico com aparência normal e com neuropatia óptica glaucomatosa avançada. À esquerda, observam-se um disco de tamanho normal, as rimas apresentam boa coloração respeitando a regra ISNT, notam-se as estriações da camada de fibras nervosas diminuindo a nitidez dos vasos sanguíneos peripapilares. À

Figura 3: Fundoscopia (Moreira, 2013)

Fundoscopia (Biomicroscopia do segmento posterior): Com auxílio de lentes acessórias, podemos utilizar a lâmpada de fenda para estudo do polo posterior do globo ocular. Com lentes pré-coreanas tipo Volk estuda-se com detalhes todo polo posterior, nervo óptico e mácula, e com lentes coreanas específicas, também é possível observar a retina da média periferia até a para plana. (Moreira, 2013)

Teste de Cores (Ishihara): A nossa percepção visual compreende três sensações básicas, que são: sentido de forma, sentido cromático e sentido luminoso. O sistema cromático está normalmente associado com os pigmentos fotossensitivos para o vermelho, verde e azul existentes nos cones, que funcionam melhor em ambientes fotópicos. (Yamane, 2009) O teste de Ishihara é o exame mais eficaz para uma rápida identificação das deficiências congênitas para visão de cores. Também pode ser usado na detecção de defeitos adquiri-



Fig. 3 Exemplo de prancha utilizada no teste de Ishihara.

Figura 4: Teste de Ishihara (Moreira, 2013)

dos da visão de cores. (Moreira, 2013)

Motilidade Ocular extrínseca: Inicialmente devemos lembrar que os movimentos binoculares são comandados por centros supranucleares localizados no córtex. Alterações motoras oculares produzem desvios oculares e como consequência estrabismo. (Moreira, 2013)

Campo Visual Computadorizado: Campo visual corresponde a uma área no espaço que o olho imóvel percebe durante a fixação central. É de fundamental importância como exame complementar na oftalmologia, na avaliação funcional das vias ópticas. O padrão do defeito encontrado auxilia no diagnóstico de lesão nessas vias, bem como a gravidade e o controle evolutivo. (Moreira, 2013)

3.1.2. AVALIAÇÃO DA PERDA AUDITIVA

Uma anamnese precisa e dirigida pelo otorrinolaringologista frequentemente já leva ao diagnóstico ou à hipótese diagnóstica que serão confirmados pelo exame físico. Eventualmente, pode ser necessário exames complementares para diagnósticos diferenciais mais precisos e completos. (Meirelles, 2010)

A avaliação clínica do déficit auditivo se baseia na história da doença, exame físico otorrinolaringológico e exames complementares.

- g) HDA (História da doença atual): detalha o início, a evolução e a duração da queixa, com relatos dos fatores precipitantes, atenuantes e agravantes, sintomas associados e consequências clínicas e práticas no dia a dia.
- h) Exame físico otorrinolaringológico deve ser completo e se baseia na seguinte avaliação:
 - Rinoscopia anterior: Irá avaliar as fossas nasais, vestibulo e a pirâmide



nasal.

Figura 5: Rinoscopia anterior. (Meireles, 2009)

- Oroscoopia: Exame da cavidade bucal e orofaringe. Muito frequentemente necessita de ajuda de uma espátula ou abaixador de língua para sua realização. (Meireles, 2009)



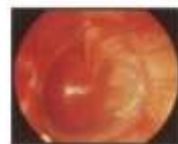
Figura 6: Oroscopia. (Meireles, 2009)

- Otoscopia: inspeção do ouvido externo e membrana timpânica. Nela já podemos obter diagnósticos de perda auditiva, como cerume, otites externas e médias agudas, perfuração timpânica e otites crônicas. Caso o exame esteja normal, se torna imprescindível a investigação complementar para descartar outras causas de déficit auditivo, principalmente associados à le-

Membrana Timpânica Normal



Membrana Timpânica Alterada



são neurossensorial.

Figura 7: Otoscopia (Meireles, 2009)

i) Exames complementares:

- Audiometria Tonal: É o exame padrão ouro na análise da audição. Ela determina os limiares auditivos, compara esses valores com os padrões de normalidade e classifica a deficiência auditiva em vários graus de severidade:

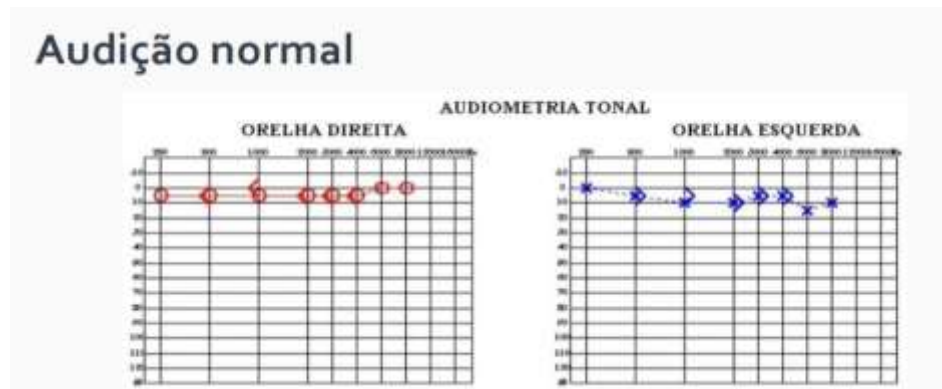
1 - Perda Condutiva ou de Transmissão: apresenta curva óssea normal e curva aérea rebaixada, com o aparecimento do chamado gap aéreo-ósseo (diferença maior ou igual a 10 dB entre curva aérea e óssea).

2 - Perda Neurosensorial: apresenta curvas óssea e aérea rebaixadas, sem a existência de gap aéreo-ósseo.

3 - Perdas Auditivas Mistas: apresenta curvas aérea e óssea rebaixadas com a existência de gap entre elas. (Munhoz, 2000)

Baseado na audiometria, o nível das perdas auditivas são classificadas em: (Munhoz, 2000)

- Normal: 10 a 25 dB
- Perda leve: 26 a 40 dB
- Perda moderada: 41 a 70 dB
- Perda severa: 71 a 90 dB



- Perda profunda: > 90 d

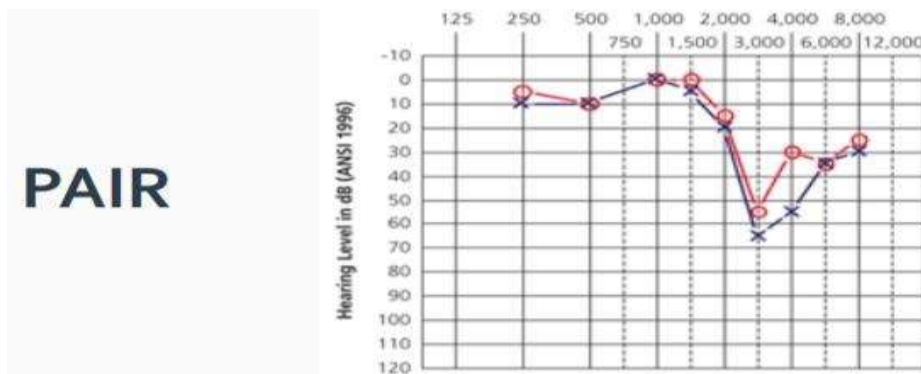


Figura 8: Audiometria normal (Cortez, 2009)

Formas de conclusão pericial:

a) **“Apto para o Serviço do Exército”** - casos em que o inspecionado, mesmo apresentando pequenos defeitos físicos ou deficiências funcionais e seja portador de um ou mais diagnósticos "Compatíveis com o Serviço Militar" que possam necessitar de afastamento de alguma atividade específica (esforços físicos, uso de peças de uniforme, marcha, acampamento, escala de serviço etc...), o AMP deverá acrescentar no campo “observações”, a expressão “Possíveis afastamentos de atividades específicas devem ser rigorosamente avaliados e concedidos pelo Médico Atendente, da OM”;

b) **“Apto para o Serviço do Exército, com recomendações”**, observado o contido no Anexo W, deve ser aplicado, exclusivamente, nos seguintes casos:

1) portadores assintomáticos do vírus HIV;

2) portadores de doenças especificadas em lei, passíveis de cura ou controle;

3) portadores de patologias traumáticas não incapacitantes, decorrentes de acidente em serviço, doença, moléstia ou enfermidade com relação de causa e efeito a condições inerentes ao serviço;

4) militares portadores de deficiências funcionais permanentes não incapacitantes, que necessitem de recomendações por tempo indeterminado (exemplo: hipertensão arterial, hérnia discal, condromalácia, gonartrose e outras patologias ortopédicas limitantes);

5) portadores de próteses auditivas, oculares e outras, desde que as respectivas funções estejam dentro dos limites aceitáveis;

c) **Casos de incapacidade parcial ou total, temporária ou definitiva**, verificada nas Inspeções de Saúde, deverão ser adotadas as conclusões estabelecidas no Volume XII do NTPMEX. (BRASIL, 2017a)

Na Inspeção de saúde (IS) para comprovação de necessidades educativas especiais como portadores de deficiência (auditiva e visual), considera-se:

a) deficiência auditiva - perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (Db) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500 Hz, 1.000 Hz, 2.000 Hz e 3.000Hz;

d) deficiência visual – cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a menor correção óptica; baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a menor correção óptica; casos nos quais o somatório da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60º; ou ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores. (BRASIL, 2017a)

3.2.1. PERÍCIA MÉDICA NA PERDA VISUAL

O aparelho visual é vulnerável à ação de inúmeros fatores de risco para a saúde presentes no trabalho, como, por exemplo, agentes mecânicos (corpos estranhos, ferimentos contusos e cortantes), agentes físicos (temperaturas extremas, eletricidade, radiações ionizantes e não-ionizantes), agentes químicos, agentes biológicos (picadas de marimbondo e pêlo de lagarta) e ao sobreesforço que leva à astenopia induzida por algumas atividades de monitoramento visual. (BRASIL, 2017a)

De acordo com a Normas Técnicas sobre Perícias Médicas no Exército (NTPMEX), cegueira ou amaurose é um estado patológico no qual a acuidade visual de ambos os olhos é igual a zero, sem percepção luminosa, após esgotados os recursos de correção óptica. (BRASIL, 2017a)

Segundo o manual, são equivalentes à cegueira e como tal considerados:

a) os casos de perda parcial de visão, nos limites previstos na NTPMEX, não susceptíveis de correção óptica nem capazes de serem beneficiados por tratamento médico-cirúrgico; e

b) os casos de redução muito acentuada e irreversível do campo visual (visão tubular), igual ou inferior a 20º, comprovados por campimetria, e que motivem dificuldade de locomoção e de orientação espacial do indivíduo, exigindo a ajuda de terceiros.

Para uniformidade de linguagem e facilidade de julgamento dos graus de perda da acuidade visual, as Juntas de Inspeção de Saúde adotaram as esca-

las Snellen e Decimal na avaliação da acuidade visual para longe. O quadro a seguir demonstra a equivalência dessas escalas:

Tabela 1: Equivalência das escalas da Acuidade Visual (NTPMEX 2017)

SNELLEN	DECIMAL	PERCENTUAL DE VISÃO
20/20	1,0	100%
20/25	0,8	95,5%
20/33	0,6	88,5%
20/40	0,5	84,5%
20/50	0,4	76,5%
20/67	0,3	67,5%
20/100	0,2	49,0%
20/200	0,1	20,0%
20/400	0,05	10,0%

A NTPMEX divide as variações de perda parcial da visão em quatro graus, conforme pode ser visto na tabela abaixo. Essa divisão baseia-se no exame subjetivo de Acuidade Visual e no Campo Visual Computadorizado.

Tabela 2: Graus de perda parcial de visão (NTPMEX 2017)

	Acuidade Visual corrigida (snellen)	Redução do Campo Visual (no melhor olho)
GRAU I	20/70 à 20/200 AO ou amaurose OD/OE e igual/pior 20/50 olho contralateral	-

Tabela 2: Graus de perda parcial de visão (NTPMEx 2017)

	Acuidade Visual corrigida (snellen)	Redução do Campo Visual (no melhor olho)
GRAU II	20/200 à 20/400 AO	Entre 20° e 10°
GRAU III	20/400 à 20/1200 AO	Entre 10° e 5°
GRAU IV	Conta dedos à 1m ou percepção luminosa	Menor que 5°

Os agentes médico periciais (AMP) concluirão pela incapacidade definitiva e invalidez por cegueira dos portadores de perda total de visão (cegueira), sem percepção luminosa, determinada por afecção crônica, progressiva e irreversível, à luz de parecer especializado. (BRASIL, 2017a)

Os AMP também concluirão pela incapacidade definitiva e pela invalidez por cegueira, em qualquer dos graus descritos na tabela acima, nos inspecionados que apresentarem diminuição acentuada da acuidade visual, de caráter irreversível, não susceptível de correção óptica, nem removível por tratamento médico-cirúrgico, à luz de parecer especializado. (BRASIL, 2017a)

Para avaliar a visão binocular, o manual determina o cálculo da eficiência visual binocular (EVB). Essa é obtida pela soma dos valores percentuais de visão de cada olho, multiplicados por seus pesos e dividindo-os por 4 (quatro), após a avaliação da acuidade visual de cada olho em separado. É atribuído peso 3 (três) ao percentual de visão do melhor e peso 1 (um) ao percentual de visão do pior olho. Assim, se a eficiência de OD = 90% e de OE = 30%, tem-se:

$$EVB = (3 \times 90\% + 1 \times 30\%) / 4 = 75\%.$$

Não são considerados incapazes para o serviço do Exército os inspecionados com eficiência visual binocular igual ou superior a 70%. (BRASIL, 2017a)

3.2.1.1. CLASSIFICAÇÃO BAREMO INTERNACIONAL DE INVALIDEZES

O *Baremo* é uma escala de valores que quantifica o dano corporal para a medicina legal ou forense. (SOUZA, 2009)

O NTPMEX classifica os transtornos oftálmicos como leves, moderados, permanentes, importantes e muito importantes, conforme o estágio de suas disfunções, no BAREMO INTERNACIONAL DE INVALIDEZES. (BRASIL, 2017a).

Grupo 1 – Transtornos Leves, sem disfunção: reduzem a manifestações subjetivas ou a manifestações não-invalidantes que melhoram com um tratamento, em geral, muito simples. Em todos os casos estão preservadas as funções mais importantes. A autonomia é completa;

Grupo 2 - Transtornos moderados, Permanentes ou intermitentes: ainda que não cheguem a ser graves, podem ser incapacitantes. As funções importantes estão preservadas, com acuidade visual binocular satisfatória para longe e para perto, mesmo considerando uma possível lesão unilateral que já seja suficientemente importante. A autonomia é completa;

Grupo 3 - Transtornos permanentes e indiscutíveis: não somente causam incômodo, como são incapacitantes ainda que não cheguem a ser graves. A agudeza visual está diminuída e pode existir a perda de um olho e da função binocular, ainda que nesses casos a visão do outro olho continue satisfatória. Podem ocorrer síndromes dolorosas, diplopias causadoras de incômodo, apesar das correções aplicadas e de uma deficiente adaptação às manifestações do transtorno. A autonomia está conservada;

Grupo 4 - Transtornos importantes: são o resultado de doenças visuais em que o paciente padece penosamente em decorrência da alteração de uma função (visão central muito diminuída ou hemianopsia lateral homônima total) ou, com maior frequência, da alteração de várias funções. A realização de muitas atividades é difícil. A autonomia está conservada para uma vida habitual. Os pacientes com hemianopsias laterais necessitam, às vezes, de ajuda de um acompanhante. Não é possível conduzir veículos; e

Grupo 5 - Transtornos muito importantes: este grupo inclui todas as disfunções que somente deixam uma capacidade igual ou inferior a 40%, disfunções que vão desde a cegueira total até situações que ainda deixam uma agudeza visual de 1/10 em cada olho. Em consequência, os transtornos que esses pacientes apresentam são muito diferentes e não podem ser avaliados da mesma maneira. (BRASIL, 2017a)

O grande desafio da atividade médico pericial em oftalmologia radica em que os pilares básicos da avaliação funcional são, na maioria das vezes, a determinação da acuidade visual e, dependendo das características do caso, do campo visual. Ambos são testes psicofísicos com as implicações das respostas subjetivas (BARRONE, 2004).

3.2.2. PERÍCIA MÉDICA NA PERDA AUDITIVA

As doenças otorrinolaringológicas relacionadas ao trabalho são causadas por agentes ou mecanismos irritativos, alérgicos e/ou tóxicos. No ouvido interno, os danos decorrem da exposição a substâncias neurotóxicas e fatores de risco de natureza física, como ruído, pressão atmosférica, vibrações e radiações ionizantes. Os agentes biológicos estão, frequentemente, associados às otites externas, aos eventos de natureza traumática e à lesão do pavilhão auricular.

A exposição ao ruído, pela frequência e por suas múltiplas consequências sobre o organismo humano, constitui um dos principais problemas de saúde ocupacional e ambiental na atualidade. A Perda Auditiva Induzida pelo Ruído (PAIR) é um dos problemas de saúde relacionados ao trabalho mais frequentes em todo mundo.

Com base nas médias de limiares auditivos medidos para as frequências de 100, 2.000 e 3.000 Hz em trabalhadores, nos Estados Unidos, a OSHA estimou que 17% dos trabalhadores de produção no setor industrial daquele país apresentam, no mínimo, algum dano auditivo leve. Na Itália, há cerca de 10 anos, a PAIR é a doença ocupacional mais registrada, representando 53,7% das doenças relacionadas ao trabalho. Por outro lado, estudos têm demonstrado que os efeitos extra-auditivos da exposição ao ruído devem merecer uma atenção especial dos profissionais de saúde, em decorrência do amplo espectro das repercussões observadas.

LISTA DE DOENÇAS DO OUVIDO RELACIONADAS AO TRABALHO:

- a) Otite média não-supurativa (barotrauma do ouvido médio) (H65.9)
- b) Perfuração da membrana do tímpano (H72 ou S09.2);
- c) Outras vertigens periféricas (H81.3);

- d) Labirintite (H83.0);
- e) Perda da audição provocada pelo ruído e trauma acústico (H83.3);
- f) Hipoacusia ototóxica (H91.0);
- g) Otolgia e secreção auditiva (H92);
- h) Outras percepções auditivas anormais: alteração temporária do limiar auditivo, comprometimento da discriminação auditiva e hiperacusia (H93.2);
- i) Otite barotraumática (T70.0);
- j) Sinusite barotraumática (T70.1);
- k) Síndrome devida ao deslocamento de ar de uma explosão (T70.8).(BRASIL 2017 a)

Na análise das perdas auditivas, poucas descrições existem em relação à perda auditiva e suas condutas num âmbito geral do militar da ativa do exército brasileiro. Sabe-se que a perda auditiva não configura uma das doenças que geram invalidez e nos casos de PAIR e Trauma acústico, muito comum no meio militar, pode ser conduzida com remanejamento de função e uso de AASI (Aparelho Amplificação sonora individual).

Descreve-se, pontualmente, casos especiais como militares da aviação do exército, que devem ter parâmetros de normalidade para entrar e permanecer neste atividade militar.

Tomando como exemplo o piloto de aviação, este deve preencher os requisitos auditivos abaixo:

- a) audibilidade com perda 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;
 - b) audibilidade para voz cochichada a cinco metros em cada ouvido, separadamente;
 - c) ausência de sinal evidente de sensibilidade anormal ao ruído.
- (BRASIL 2017 a)

3.3. PROPOSTAS DE LAUDOS ESPECÍFICOS

Diante da ausência de uma ferramenta clara na NTPMEX que facilite a comunicação entre o perito médico militar e o médico especialista, sugerimos a inclusão de laudos específicos (anexo I e II) que contribuirão na avaliação e conduta da perda visual e auditiva, otimizando os processos da perícia médica.

O laudo foi planejado baseando-se nas dificuldades dos peritos médicos do Exército em compreender as siglas e termos técnicos da oftalmologia e otorrinolaringologia. Também foi levado em consideração a necessidade dos médicos especialistas externos de terem um laudo de base prático que contenha as informações necessárias pra conclusão da perícia médica.

Impelidos pelos motivos acima, dois laudos (anexo I e II) foram criados fundamentados nos conhecimentos semiológicos das especialidades e nas experiência dos peritos médicos do exército e dos médicos especialistas, sendo validado informalmente pelos mesmos.

4. CONCLUSÃO

Baseado nos dados revistados pela presente pesquisa, foi possível rever a forma como é feita a avaliação da perda visual e auditiva pela perícia médica do exército brasileiro. Entretanto, observamos limitação de informações a cerca da avaliação do médico perito e de uma conclusão precisa, principalmente na área de perda auditiva. Dessa forma, sugerimos as propostas apresentadas no anexo I e II com o intuito de ajudar os médicos peritos não especialistas do Exército Brasileiro, objetivando simplificar e facilitar o entendimento do diagnóstico e prognóstico das doenças oftalmológicas e otorrinolaringológicas. Dessa maneira, será possível de maneira eficaz e mais rápida definir a conduta do perito nos casos das doenças supracitadas.

5. REFERÊNCIAS

ZAPPAROLI, Marcio; KLEIN, Fernando; MOREIRA, Hamilton. Avaliação da acuidade visual Snellen. Arq. Bras. Oftalmol., São Paulo , v. 72, n. 6, p. 783-788, Dec. 2009

MAZUZE, A. N.; MAZALO, J. V. Avaliação da função visual em estudantes da academia militar em Moçambique / Evaluation of the visual function in students of the military academy in Mozambique. Saúde e meio ambiente: revista interdisciplinar, v. 7, n. 2, p. 47-61, 6 dez. 2018

EMPORINI, Edméa Rita; KARA-JOSE, Newton. A perda da visão: estratégias de prevenção. Arq. Bras. Oftalmol., São Paulo , v. 67, n. 4, p. 597-601, Aug. 2004

KRONBAUER, Airton Leite; SCHOR, Paulo; CARVALHO, Luis Alberto Vieira de. Medida da visão e testes psicofísicos. Arq. Bras. Oftalmol., São Paulo , v. 71, n. 1, p. 122-127, Feb. 2008

BRASIL. Ministério da Defesa. Departamento Geral do Pessoal. Portaria no 306- DGP, de 13 de dezembro de 2017. Aprova as Normas Técnicas sobre Perícias Médicas no Exército (EB30-N-20.008). Boletim do Exército no 51/2017. Brasília, 22 de dezembro de 2017. a

LIMA NETO, Francisco de Paula. Particularidades da perícia médica no Exército Brasileiro. 2019. 29 folhas. Curso de Formação de Oficiais do Serviço de Saúde, Exército Brasileiro, 2019.

HEUPA, Adriana Betes; GONCALVES, Claudia Giglio de Oliveira; COIFMAN, Herton. Efeitos do ruído de impacto na audição de militares. Braz. j. otorhinolaryngol. (Impr.), São Paulo , v. 77, n. 6, p. 747-753, Dec. 2011.

Souza DV. Estudo comparativo das emissões otoacústicas evocadas em militares expostos e não expostos ao ruído [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade Veiga de Almeida; 2009.

SILVA, Ana P. et al . Avaliação do perfil auditivo de militares de um quartel do Exército Brasileiro. Rev. Bras. Otorrinolaringol., São Paulo , v. 70, n. 3, p. 344-350, June 2004.

BRASIL. Ministério da Defesa. Departamento Geral do Pessoal. Portaria no 305- DGP, de 13 de dezembro de 2017. Aprova as Instruções Reguladoras para as Perícias Médicas do Exército (EB30-IR-10.007). Boletim do Exército no 51/2017. Brasília, 22 de dezembro de 2017. b

CASTRO, Aline Batista de. Perícia médica: há necessidade de capacitação do médico ao entrar no Exército Brasileiro? 2009. 39 folhas. Curso de Formação de Oficiais do Serviço de Saúde, Exército Brasileiro, 2009.

ARGOLO, L.C.T.; LIMA, B.G.C. Perícia médica previdenciária. In: BRAGA, B.E.; SANTOS, I.C.; RODRIGUES FILHO, S.; NAKANO, S.M.S. (coords.). Perícia médica. Brasília: CFM, 2012.

BORRONE, R. El. Examen pericial oftalmológico em el cuerpo médico forense. Evaluación estadística. Cuadernos de Medicina Forense, Buenos Aires, v. 3, n.2, p.119-126, ago. 2004

SOUZA, Simone di Biagi. Atualização em perícia médica oftalmológica no Exército Brasileiro. 2009. 27 folhas. Curso de Formação de Oficiais do Serviço de Saúde, Exército Brasileiro, 2009.

LIMA NETO, Francisco de Paula. Particularidades da perícia médica no Exército Brasileiro. 2019. 29 folhas. Curso de Formação de Oficiais do Serviço de Saúde, Exército Brasileiro, 2019.

CHEDID, T. O perfil do perito médico. In: BRAGA, B.E.; SANTOS, I.C.; RODRIGUES FILHO, S.; NAKANO, S.M.S. (coords.). Perícia médica. Brasília: CFM, 2012.

Semiologia em Otorrinolaringologia - 2ª Ed. - Meirelles , Roberto Campos; Atherino, Ciríaco Cristóvão -2010.

RODRIGUES M de LV Ophtalmologic semiology. Medicina, Ribeirão Preto, 29: 54-60, jan./mar. 1996.

Carlos Augusto Moreira. Semiologia Básica em oftalmologia. Coordenação Milton Ruiz Alves. - 3 ed. - Rio de Janeiro: Cultura Médica: Guanabara Koogan, 2013

YAMANE, Riutirio. Semiologia Ocular - 3.ed. - Rio de Janeiro: Cultura Médica: Guanabara Koogan, 2009

Prática da audiologia clínica/Tereza Maria Monensohn-Santos, Iêda Chaves Pacheco Russo (organizadoras). – 7. Ed. – São Paulo ; Cortez, 2009.

Munhoz MSL et al - Audiologia Clinica Ed. Atheneu, 2000

SALATA, Tiago Medina et al . Distúrbios da audição - achados na tomografia computadorizada e ressonância magnética: ensaio iconográfico. Radiol Bras, São Paulo , v. 52, n. 1, p. 54-59, Feb. 2019 .

ANEXO I - PROPOSTA DE LAUDO OFTALMOLÓGICO



**MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO**

LAUDO OFTALMOLÓGICO

NOME: _____

IDENTIDADE: _____

DATA: _____

1) ACUIDADE VISUAL COM CORREÇÃO:

OLHO DIREITO:

OLHO ESQUERDO:

PARA PERTO:

2) REFRAÇÃO:

OLHO DIREITO: _____

OLHO ESQUERDO: _____

ADIÇÃO: _____

3) BIOMICROSCOPIA:

4) TONOMETRIA (PRESSÃO INTRAOCULAR):

OLHO DIREITO:

OLHO ESQUERDO:

5) FUNDOSCOPIA:

6) TESTE DE CORES (ISHIHARA): _____

7) MOTILIDADE OCULAR EXTRÍNSECA:

8) CAMPO VISUAL COMPUTADORIZADO:

9) EXAMES COMPLEMENTARES:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

PATOLOGIA REVERSÍVEL?
() SIM. () NÃO

OBS: _____

DOENÇA CRÔNICA?
() SIM. () NÃO

OBS: _____

DOENÇA PROGRESSIVA?
() SIM. () NÃO

OBS: _____

MÉDICO OFTALMOLOGISTA

CRM: _____ / RQE: _____

ANEXO II - PROPOSTA DE LAUDO OTORRINOLARINGOLÓGICO



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO

LAUDO OTORRINOLARINGOLÓGICO

NOME: _____

IDENTIDADE: _____

DATA: _____

1) HISTÓRIA:

2) EXAME FÍSICO:

RINOSCOPIA ANTERIOR(RA):

OROSCOPIA (ORO):

OTOSCOPIA (OTOSC):

- OUVIDO DIREITO(OD):

- OUVIDO ESQUERDO(OE):

3) EXAMES COMPLEMENTARES:

4) HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

PATOLOGIA REVERSÍVEL?

() SIM. () NÃO

OBS: _____

DOENÇA CRÔNICA?

() SIM. () NÃO

OBS: _____

DOENÇA PROGRESSIVA?

() SIM. () NÃO

OBS: _____

5) TRATAMENTO PREVISTO:

MÉDICO OTORRINOLARINGOLOGISTA

CRM: _____ / RQE _____