



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

PARECER CFM nº 3/16

INTERESSADO:	Sr. S.A.L.
ASSUNTO:	ELA – esclerose lateral amiotrófica
RELATOR:	Cons. Hideraldo Luis Souza Cabeça

EMENTA: A ELA definida e provável, devidamente investigada por exames complementares, excluídas outras causas, é doença irreversível e incapacitante.

EXPOSIÇÃO

O seguinte processo-consulta tem como interessado o senhor S.A.L., que pergunta sobre o enquadramento da esclerose lateral amiotrófica (ELA) na paralisia irreversível incapacitante, a fim de obter isenção do imposto de renda. O consultante tem pai com ELA, com 77 anos, aposentado por tempo de serviço.

Justificativa: Enquadramento de ELA como **paralisia irreversível incapacitante** a fim de isenção do imposto de renda sobre sua aposentadoria.

PARECER

A esclerose lateral amiotrófica (ELA) é um distúrbio neurodegenerativo de origem desconhecida, progressivo e associado à morte do paciente em um tempo médio de 3 a 4 anos. Sua incidência estimada é de 1 a 2,5 indivíduos portadores para cada 100.000 habitantes/ano, com prevalência de 2,5 a 8,5 por 100.000 habitantes.

A ELA é definida por evidência clínica, eletrofisiológica ou neuropatológica de degeneração de neurônios motores inferiores, associada a evidência clínica de degeneração de neurônios motores superiores e a evolução progressiva dos sinais ou sintomas em uma região ou para outras regiões do corpo. Deve-se excluir qualquer outro processo que justifique o quadro clínico de acometimento dos neurônios. Fraqueza, atrofia e fasciculações nos membros são os sinais clínicos mais proeminentes. Mais tarde, são afetadas as funções de articulação da palavra e respiratórias.

Os critérios diagnósticos foram revisados em 1998 (El Escorial).

A ELA pode ser classificada por critérios clínicos da seguinte forma:



- ELA clinicamente definitiva: evidência de sinais de disfunção dos neurônios motores superiores e inferiores em três regiões;
- ELA clinicamente provável: evidência clínica de disfunção de neurônios inferiores e de neurônios motores superiores em pelo menos duas regiões, com algum sinal de disfunção de neurônios motores superiores necessariamente em um nível mais cranial do que os sinais de disfunção dos neurônios motores inferiores;
- ELA clinicamente provável com apoio laboratorial: sinais clínicos de disfunção de neurônios motores inferiores e neurônios motores superiores são encontrados em somente uma região e há evidência eletromiográfica de disfunção de neurônios motores inferiores em pelo menos dois membros, desde que exames laboratoriais e de neuroimagem excluam outras possíveis causas.

Critérios Modificados para ELA (WFN EI Escorial, 1998)

SUSPEITO	POSSÍVEL	PROVÁVEL (auxílio laboratorial)	PROVÁVEL	DEFINIDO
Sinais de comprometimento NMI > 2 regiões	NMS + NMI 1 região	NMS + NMI 1 região	NMS + NMI 2 regiões	NMS + NMI 3 regiões
ou	NMS / NMI 2 regiões	Pré-clínico: NMI somente	NMS / NMI > 2 regiões	NMS / NMI > 3 regiões
Sinais de comprometimento NMS em > 1 região		EMG: desnervação aguda em pelo menos 2 membros		

Legenda:
Regiões – bulbar, cervical, torácica, lombar
EMG – eletromiografia
NMS – neurônio motor superior
NMI – neurônio motor inferior

O diagnóstico de ELA requer a demonstração da presença de sinais de envolvimento do neurônio motor superior (fraqueza e sinais de liberação piramidal), ao lado de sinais de comprometimento do neurônio motor inferior (atrofia, fasciculações). O diagnóstico é baseado em aspectos clínicos, sendo o eletroneuromiograma exame fundamental para a caracterização do diagnóstico.



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

O consultante traz à baila indagação pertinente e vislumbra grande oportunidade de se avaliar e verificar a prática médica adotada no conflito existente entre doenças consideradas como paralisias irreversíveis incapacitantes. O assunto foi amplamente discutido na Câmara Técnica de Neurologia e Neurocirurgia do CFM, com inúmeras contribuições ao corpo deste parecer.

Dessa forma, requer elencar as seguintes legislações de que tratam a matéria:

- I. Manual de Perícia Médica da Previdência Social;
- II. Diretrizes de Apoio a Médico-Pericial, Parte 1, outubro de 2009;
- III. Diretrizes de Apoio a Médico-Pericial, Parte 2, 2014;
- IV. Portaria Ministerial MPAS/MS 2.998/2001, que traz o rol de doenças incapacitantes que independem de carência;
- V. Decreto nº 6.957/2009, que estabelece uma relação de atividades e seus graus de riscos por meio de um mapeamento das peculiaridades inerentes a cada categoria profissional;
- VI. Instrução Normativa INSS/PRES nº 77, de 21 de janeiro de 2015, DOU de 22/01/2015, que estabelece rotina para agilizar e uniformizar o reconhecimento de direitos dos segurados e beneficiários da Previdência Social;
- VII. Lei nº 11.052, de 29 de dezembro de 2004, que altera o inciso XIV da Lei nº 7.713, de 22 de dezembro de 1988, para incluir entre os rendimentos isentos do imposto de renda os proventos percebidos pelos portadores de hepatopatia grave.

Da Paralisia Irreversível

Entende-se por paralisia a incapacidade de contração voluntária de um músculo ou grupo de músculos, resultante de lesão orgânica de natureza destrutiva ou degenerativa. O mecanismo é a interrupção de uma das vias motoras pela lesão de neurônio motor central ou periférico.

A paralisia será considerada irreversível e incapacitante quando, esgotados os recursos terapêuticos da medicina especializada e os prazos necessários para a recuperação motora, permanecerem distúrbios graves e extensos que afetem a mobilidade, a sensibilidade e o trofismo do indivíduo e que tornem o servidor impossibilitado para qualquer trabalho de forma total e permanente.



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

São equiparadas às paralisias as lesões osteomusculoarticulares, as vasculares graves e crônicas e as parestias das quais resultem alterações extensas e definitivas das funções nervosas, da motilidade e do trofismo, esgotados os recursos terapêuticos da medicina especializada e os prazos necessários para a recuperação.

Classificação das paralisias

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

- 1) Paralisia isolada ou periférica – quando é atingido um músculo ou um grupo de músculos;
- 2) Monoplegia – quando são atingidos todos os músculos de um só membro;
- 3) Hemiplegia – quando são atingidos os membros superiores e inferiores do mesmo lado, com ou sem paralisia facial homolateral;
- 4) Paraplegia ou diplegia – quando são atingidos os membros superiores ou inferiores simultaneamente;
- 5) Triplegia – quando resulta da paralisia de três membros;
- 6) Tetraplegia – quando são atingidos os membros superiores e inferiores.

Critérios de enquadramento

Os portadores de paralisia irreversível e incapacitante de um dos tipos descritos anteriormente, satisfeitas as condições conceituais especificadas, serão considerados impossibilitados para qualquer trabalho de forma total e permanente.

A perícia deverá especificar no laudo os diagnósticos anatômico e etiológico e o caráter definitivo e permanente, como citado na lei.

No ato pericial, é recomendado declarar entre parênteses, após enunciar o diagnóstico, a expressão “equivalente a paralisia irreversível e incapacitante” quando concluírem pela invalidez dos inspecionados portadores das lesões que se equiparam à paralisia, satisfeitas todas as condições constantes desses itens.

A paralisia de um músculo ou grupo de músculos não é por si só motivo para concessão das vantagens da lei e muitas vezes não leva nem à incapacidade.

É preciso que, depois de esgotadas todas as medidas terapêuticas disponíveis, seja considerada irreversível e incapacite o servidor para o exercício da atividade inerente ao cargo.



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

No Manual de Perícia Médica da Previdência há o conceito de invalidez como sendo a incapacidade laborativa total, indefinida e multiprofissional, insuscetível de recuperação ou reabilitação profissional, que corresponde à incapacidade geral de ganho em consequência de doença ou acidente.

É importante ainda ressaltar a Portaria Interministerial MPAS/MS 2.998/01, que lança o rol de doenças que independem de carência para a concessão de auxílio-doença ou aposentadoria por invalidez aos segurados do Regime Geral de Previdência Social:

I – tuberculose ativa;

II – hanseníase;

III – alienação mental;

IV – neoplasia maligna;

V – cegueira

VI – paralisia irreversível e incapacitante;

VII – cardiopatia grave;

VIII – doença de Parkinson;

IX – espondiloartrose anquilosante;

X – nefropatia grave;

XI – estado avançado da doença de Paget (osteíte deformante);

XII – síndrome da deficiência imunológica adquirida (aids);

XIII – contaminação por radiação, com base em conclusão da medicina especializada; e

XIV – hepatopatia grave.

A presente consulta é de enorme benefício, pois discute as doenças de paralisia irreversível incapacitantes e se analisam as doenças elencadas pela Previdência Social, que são as mesmas que integram a Lei nº 7.713/88, modificada pela Lei nº 11.052/2004.

O médico perito e o médico assistente devem ter enorme atenção na análise do paciente portador de ELA, sendo importantes a classificação clínica do paciente e o prognóstico, uma vez que os achados físicos se correlacionam com as diferentes topografias da degeneração dos núcleos motores, quais sejam, bulbar, cervical ou lombar, pois, ao se estabelecer esse diagnóstico, pode-se considerar o período de sobrevivência desses pacientes, que varia de 3 a 5 anos.



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Após consulta pública e consenso técnico-científico, foi aprovado um Protocolo Clínico Terapêutico da Esclerose Lateral Amiotrófica, por intermédio da Portaria/MS nº 496, de 23 de dezembro de 2009.

Deve-se ressaltar que o enquadramento da patologia no rol das doenças não é atividade deste conselho; o assunto é discutido no Poder Legislativo.

CONCLUSÃO

A ELA definida e provável, devidamente investigada por exames complementares, excluídas outras causas, é doença irreversível e incapacitante e apresenta prognóstico desfavorável, levando a óbito em até cinco anos de evolução da doença.

Convém neste caso esforço em proporcionar interface com vistas a acelerar os projetos em tramitação no Congresso Nacional que tratam desta matéria (cerca de vinte), minimizando assim o árduo exercício da profissão médica, além da enorme repercussão direta no atendimento do paciente com ELA, e auxiliando na discussão e na colaboração à Previdência Social e demais órgãos afins, já que as diretrizes adotadas sobre o assunto são de 2009. O CFM pode ser um facilitador nesta discussão, demonstrando assim a preocupação sobre o assunto e com o bem-estar da sociedade.

Esse é o parecer, S.M.J.

Brasília, 20 de janeiro de 2016.

HIDERALDO LUIS SOUZA CABEÇA

Conselheiro relator