

DOENÇA HEPÁTICA ABORDAGEM PERICIAL ISENÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA

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

DOENÇAS HEPÁTICAS

Apresentam-se classificadas geralmente em duas categorias: hepatocelular e colestática (obstrutiva). Nas doenças hepatocelulares (como a hepatite viral ou a doença hepática alcoólica), inflamação e necrose hepáticas predominam como característica do dano celular. Nas doenças colestáticas (como a colelitíase, obstrução maligna, cirrose biliar primária e muitas doenças induzidas por fármacos), sobressai a inibição do fluxo biliar. A exuberância dos sintomas iniciais pode sugerir de imediato um diagnóstico, particularmente se os principais fatores de risco forem considerados, como a idade, o sexo e a história de exposição ou comportamentos de risco.

Os sintomas típicos da doença hepática incluem icterícia, fadiga, prurido, dor no quadrante superior direito, distensão abdominal e hemorragia digestiva. Frequentemente, porém, muitos pacientes que têm diagnóstico de hepatopatia não possuem sintomas. As anormalidades aparecem nos exames bioquímicos hepáticos como parte de um exame de rotina ou na triagem para doação de sangue, para seguro de vida ou admissão no emprego. Os múltiplos exames disponíveis facilitam a identificação de hepatopatia.

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

BIOPSIA HEPÁTICA

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

Diagnóstico de doença hepática

As causas mais comuns de doença hepática aguda são:

- ✓ hepatite viral, (particularmente hepatite A, B e C),
- ✓ lesão hepática induzida por fármacos,

- ✓ colangite,
- ✓ doença hepática alcoólica.

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

- ✓ hepatite C crônica,
- ✓ doença hepática alcoólica,
- ✓ esteato-hepatite não alcoólica,
- ✓ hepatite B crônica,
- ✓ doença auto-imune,
- ✓ colangite esclerosante,
- ✓ cirrose biliar primária,
- ✓ hemocromatose,
- ✓ doença de Wilson.

Classificação e estadiamento das doenças hepáticas

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

A biopsia hepática é também o meio mais preciso para avaliar o estágio da doença como precoce ou avançada, pré-cirrótica e cirrótica. O estadiamento da doença está ligado amplamente a moléstias hepáticas crônicas, nas quais podem ocorrer progressão para cirrose e doença hepática terminal, mas cujo desenvolvimento pode demorar anos ou décadas. As manifestações clínicas, os testes bioquímicos e os estudos de imagem hepática são úteis na avaliação do estágio, mas em geral se tornam anormais somente nas etapas intermediárias a tardias da cirrose. As fases iniciais da cirrose são geralmente detectáveis somente pela biopsia hepática. Na avaliação do estágio, o grau de fibrose é geralmente usado como medida quantitativa. A quantidade de fibrose é geralmente classificada de 0 a 4+ (índice de atividade histológica) ou escala de 0 a 6+ (escala de Ishak).

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

- ✓ escores 5 a 6 são a classe A de Child-Pugh (“cirrose compensada”),
- ✓ escores 7 a 9 indicam a classe B,
- ✓ escores 10 a 15 a classe C.

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

Cirrose - classificação de Child-Pugh

Fator	1 ponto	2 pontos	3 pontos
Bilirrubina sérica $\mu\text{mol/l}$ (mg/dl)	< 34 (<2,0)	34-51 (2,0-3,0)	> 51 (> 3,0)
Albumina sérica, g/l (g/dl)	> 35 (> 3,5)	30-35 (3,0-3,5)	< 30 (< 3,0)
Ascite	Nenhuma	Facilmente controlada	Mal controlada
Distúrbio neurológico	Nenhum	Mínimo	Coma avançado
Tempo de protrombina (Segundos de prolongamento) INR	0-4 <1,7	4-6 1,7 – 2,3	>6 >2,3

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

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

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

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

- 1) Modelo matemático MELD, o qual utiliza três parâmetros laboratoriais, que se obtêm facilmente na rotina de qualquer hepatopatia crônica. A equação para calcular o escore MELD = $\{9,57 \times \log_e \text{ creatinina mg/dL} + 3,78 \times \log_e \text{ bilirrubina (total) mg/dL} + 11,20 \times \log_e \text{ INR} + 6,42\}$, arredondando-se o resultado para o próximo número inteiro. O valor máximo de creatinina vai até 4. (ref. 1)

A fórmula do MELD pode ser calculada, rapidamente, na Internet, no site abaixo:

www.mayoclinic.org/gi-rst/models.html

Para conceituação de hepatopatia grave, aceita-se atualmente o valor do MELD igual ou maior que 15 (ref 2)

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

Observação Importante: Casos raros, eventualmente não contemplados pelas classificações referidas, poderão ser reavaliados por **Comissão formada por 3 Especialistas em Hepatologia.**”(texto do parecer da Sociedade Brasileira de Hepatologia)

Considera-se como portador de **hepatopatia grave** aquele que apresentar doença hepática que se enquadre na classe C do escore Child-Pugh e MELD > 15. Quanto aos examinados inseridos na classe B deverão ser avaliados por especialista na área, para seu enquadramento.

Os portadores de hepatopatia grave serão isentos do desconto de imposto de renda na fonte, em conformidade com o inciso XIV, do art. 6º da Lei nº. 7.713, de 23 de dezembro de 1988, art. 47 da Lei nº. 8.541, de 23 de dezembro de 1992, art. 30 da Lei nº. 9.250, de 26 de dezembro de 1995 e art. 1º da Lei nº. 11.052, de 29 de dezembro de 2004.

Referências bibliográficas:

1. Kamath PS, Wiesner RH, Malinchoc M, Kremers W, Therneau TM, Kosberg CL, et al. A model to predict survival in patients with end-stage liver disease. *Hepatology* 2001;33(2):464-70..
2. Robert M. Merion - When Is a Patient Too Well and When Is a Patient Too Sick For a Liver Transplant - *Liver Transplantation*, 10 (10), Suppl2 (October), 2004: ppS69–S73
3. Pugh RNH, Murray-Lyon IM, Dawson JL, et al. Transection of the esophagus for bleeding oesophageal varices. *Br J Surg* 1973;60:646-9
4. T. R. Harrison, W. R. Resnick, M. M. Winhobe, E. Braunwald, A.S. Fauci et al. Abordagem ao paciente com doença hepática. *Medicina Interna*; 15ª edição – 2002; 1808-1823.

LEI Nº 11052

**Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos**

LEI Nº 11.052, DE 29 DE DEZEMBRO DE 2004.

Altera o inciso XIV da Lei nº 7.713, de 22 de dezembro de 1988, com a redação dada pela Lei nº 8.541, de 23 de dezembro de 1992, para incluir entre os rendimentos isentos do imposto de renda os proventos percebidos pelos portadores de hepatopatia grave.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º O inciso XIV do art. 6º da Lei nº 7.713, de 22 de dezembro de 1988, com a redação dada pela Lei nº 8.541, de 23 de dezembro de 1992, passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 6º

XIV – os proventos de aposentadoria ou reforma motivada por acidente em serviço e os percebidos pelos portadores de moléstia profissional, tuberculose ativa, alienação mental, esclerose múltipla, neoplasia maligna, cegueira, hanseníase, paralisia irreversível e incapacitante, cardiopatia grave, doença de Parkinson, espondiloartrose anquilosante, nefropatia grave, hepatopatia grave, estados avançados da doença de Paget (osteíte deformante), contaminação por radiação, síndrome da imunodeficiência adquirida, com base em conclusão da medicina especializada, mesmo que a doença tenha sido contraída depois da aposentadoria ou reforma;....." (NR)

Art. 2º Esta Lei entra em vigor em 1º de janeiro do ano subsequente à data de sua publicação.

Brasília, 29 de dezembro de 2004; 183º da Independência e 116º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA

Antonio Palocci Filho

Humberto Sérgio Costa Lima

Amir Lando

Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 30.12.2004