

Biblioteca Digital da Câmara dos Deputados

Centro de Documentação e Informação

Coordenação de Biblioteca

<http://bd.camara.gov.br>

"Dissemina os documentos digitais de interesse da atividade legislativa e da sociedade."





EPILEPSIA: DEFICIÊNCIA?

Cláudio Viveiros de Carvalho

Consultor Legislativo da Área XVI
Saúde Pública e Sanitarismo

ESTUDO

OUTUBRO/2011



Câmara dos Deputados
Praça 3 Poderes
Consultoria Legislativa
Anexo III - Térreo
Brasília - DF



SUMÁRIO

A EPILEPSIA	3
DIAGNÓSTICO	4
TRATAMENTO	5
A DEFICIÊNCIA NA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA ATUAL	7
COTAS DE EMPREGO PARA A PESSOA COM DEFICIÊNCIA.....	11
PROPOSITURAS EM TRAMITAÇÃO	13
COMENTÁRIOS FINAIS	14
REFERÊNCIAS	17

© 2011 Câmara dos Deputados.

Todos os direitos reservados. Este trabalho poderá ser reproduzido ou transmitido na íntegra, desde que citados(as) o(a) autor(a) e a Consultoria Legislativa da Câmara dos Deputados. São vedadas a venda, a reprodução parcial e a tradução, sem autorização prévia por escrito da Câmara dos Deputados.

Este trabalho é de inteira responsabilidade de seu(sua) autor(a), não representando necessariamente a opinião da Câmara dos Deputados.

EPILEPSIA: DEFICIÊNCIA?

Cláudio Viveiros de Carvalho

A EPILEPSIA

Segundo o Ministério da Saúde, a epilepsia é uma doença cerebral crônica, de causas múltiplas, caracterizada pela recorrência de crises epiléticas não provocadas, e que leva a alterações neurobiológicas, cognitivas, psicológicas e sociais (Brasil, 2010; p. 147). Já a Liga Brasileira de Epilepsia (2011) a define como uma alteração temporária e reversível do funcionamento do cérebro, não causada por febre, uso de drogas ou distúrbios metabólicos.

Estima-se que a epilepsia acometa de 0,5% a 1% da população mundial, com cerca de 60 milhões de casos no Globo. No ocidente, a frequência anual gira em torno de um caso para cada 2.000 pessoas, mas no Brasil varia de 1% a 2%. Estudos brasileiros encontraram prevalência de 1,2% em São Paulo e de 1,7% em Porto Alegre. Sua frequência é maior entre crianças no primeiro ano de vida e pessoas com 60 ou mais anos de idade. (Magalhães *et al*, 2009; Brasil, 2010; p. 147).

Quando bem instaurado, o tratamento anticonvulsivante apresenta boa efetividade, mas de 20% a 30% dos pacientes com epilepsia permanecem refratários a ele. No Brasil, todavia, estima-se que cerca de 40% dos pacientes não tenham acesso a tratamento adequado (Magalhães *et al*, 2009; Brasil, 2010; p. 147).

Analisando a capacidade produtiva dos pacientes com epilepsia, Marleide Gomes (2009) identificou que percentual considerável dos benefícios de auxílio-doença concedidos pela Previdência Social brasileira são direcionados a pacientes epiléticos; eles correspondem a mais da metade dos benefícios ligados a doenças neurológicas. A pesquisadora salienta, todavia, que os pacientes farmacorresistentes e com comorbidades são os mais propensos à incapacidade laborativa. Com base nisso, conclui que a pessoa com epilepsia mantém sua capacidade laborativa, desde que consiga controlar adequadamente suas crises.

DIAGNÓSTICO

Os quadros de epilepsia podem ser classificados segundo sua topografia ou sua etiologia. Considerando a topografia, subdividem-se em generalizadas – cujo início envolve ambos os hemisférios – ou focais – com início restrito a uma área específica do cérebro (Brasil, 2010).

As crises generalizadas usualmente apresentam determinação genética e ocorrem com alteração da consciência. Nesses casos, as manifestações motoras são sempre bilaterais. Como exemplo, podem ser citadas as crises de ausência, as mioclônicas e as tônico-clônicas generalizadas - TCG (*ibidem*).

Na epilepsia focal, as manifestações clínicas dependem do local de início e da velocidade de propagação da descarga epileptogênica. Podem ser crises focais simples, que ocorrem sem comprometimento da consciência, ou complexas, que se acompanham de alguma alteração da consciência. Uma crise focal, todavia, pode propagar-se e gerar uma TCG (*ibidem*).

Com linguagem bastante acessível, a Liga Brasileira de Epilepsia (2011, sp) esclarece que

durante alguns segundos ou minutos, uma parte do cérebro emite sinais incorretos, que podem ficar restritos a esse local ou espalhar-se. Se ficarem restritos, a crise será chamada parcial; se envolverem os dois hemisférios cerebrais, generalizada.

Considerando sua etiologia, por outro lado, o Ministério da Saúde classifica as epilepsias como idiopáticas (sem lesão estrutural subjacente), sintomáticas (com lesão estrutural) ou criptogênicas (presumivelmente sintomáticas, mas sem lesão detectável pelos exames de imagem disponíveis no momento). Entre as causas lesionais mais frequentes das epilepsias focais sintomáticas, relaciona a esclerose temporal mesial, as neoplasias cerebrais primárias, as anomalias vasculares e as malformações do desenvolvimento corticocerebral (Brasil, 2010).

Nas crises de ausência, a pessoa aparenta desligar-se do contexto por instantes, voltando ao normal em seguida. O paciente pode experimentar sensações estranhas de várias ordens e mesmo perder a consciência totalmente. Após a crise, poderá apresentar alterações da consciência ou déficit de memória. As crises tônico-clônicas caracterizam-se por perda da consciência acompanhada por espasmos, tremores e contrações do corpo (Liga Brasileira de Epilepsia, 2011).

O diagnóstico da epilepsia é clínico na maioria das vezes, mas pode também exigir exames complementares. A eletroencefalografia (EEG) é o principal exame, sendo utilizado tanto para o diagnóstico quanto para o acompanhamento da evolução do caso (Brasil, 2010).

Além da EEG, são indicados também exames de imagem, como ressonância magnética (RM) de encéfalo, prioritariamente, e tomografia computadorizada (TC) de crânio. Esses exames têm a função de descartar alterações estruturais, sendo decisivos inclusive para a indicação de procedimentos cirúrgicos (*ibidem*).

TRATAMENTO

Em 2010, o Ministério da Saúde publicou protocolo clínico englobando 16 doenças diferentes (Brasil, 2010). A publicação tem por objetivo

estabelecer os critérios de diagnóstico de doenças, o algoritmo de tratamento com os medicamentos e suas respectivas doses adequadas, os mecanismos para o monitoramento clínico quanto à efetividade do tratamento, a supervisão de possíveis efeitos adversos e a criação de mecanismos para a garantia da prescrição segura e eficaz (*ibidem*, p. 10)

O Protocolo contém um capítulo sobre epilepsia, incluído por meio da Portaria SAS/MS nº 492, de 23 de setembro de 2010. Nele consta que o objetivo do tratamento da epilepsia é assegurar a melhor qualidade de vida, controlando as crises com o mínimo de efeitos adversos. Para tanto, faz-se necessário identificar o tipo de crise que o paciente apresenta, pois isso interfere diretamente no tratamento prescrito (*ibidem*).

Esclarece que existem pelo menos quatro diferentes *guidelines* para epilepsia publicados por institutos internacionais relevantes, cujas recomendações por vezes mostram-se discordantes. Independentemente disso, estabelece critérios claros para o tratamento da doença.

Os medicamentos anticonvulsivantes atuam através de um ou de vários dos seguintes mecanismos: bloqueio de canais de sódio; aumento da inibição gabaérgica; bloqueio de canais de cálcio; e ligação à proteína SV2A da vesícula sináptica. O documento prevê o uso dos seguintes medicamentos:

- Carbamazepina;
- Clobazam;

- Etossuximida;
- Fenitoína;
- Fenobarbital;
- Gabapentina;
- Primidona;
- Topiramato;
- Lamotrigina;
- Vigabatrina;
- Precusores do íon valproato: ácido valproico e valproato de sódio;

O Protocolo, apesar de restringir-se à terapêutica farmacológica, lembra que

mesmo utilizando fármacos adequados ao tipo de crise, um controle insatisfatório ocorre em cerca de 15% dos pacientes com epilepsia focal, sendo estes candidatos a tratamento cirúrgico da epilepsia (*ibidem*, p. 152).

Dessa forma, mesmo o Protocolo não detalhando o tratamento cirúrgico para a epilepsia – uma vez que se destina apenas ao tratamento clínico –, ele o prevê. No art. 10 de seu Anexo, afirma textualmente que

os pacientes com epilepsia refratária devem ser atendidos por médicos especialistas em Neurologia em hospitais terciários, habilitados na alta complexidade em Neurologia/Neurocirurgia.

Outros documentos do Ministério da Saúde também mencionam a cirurgia para epilepsia, inclusive assegurando sua oferta na rede de assistência do SUS. Como exemplo, podemos citar a Portaria SAS Nº 589, de 27 de dezembro de 2001, que implementa a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC). A Portaria habilita o Hospital de Clínicas de Ribeirão Preto como unidade hospitalar referencial na áreas de alta complexidade hospitalar para a realização de cirurgia para epilepsia.

Finalmente, cabe salientar a existência de publicações, inclusive nacionais, que comprovam a eficácia do método. Em trabalho conduzido no Centro de Cirurgia de Epilepsia da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (Famerp), Karina Zanni e col. (2009) detectaram que o procedimento implica melhoria na qualidade de vida e no desempenho ocupacional dos pacientes.

A DEFICIÊNCIA NA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA ATUAL

Inicialmente, cabe-nos informar que vários estudos tratando de questões ligadas à deficiência foram elaborados por esta Consultoria Legislativa nos últimos anos. Em especial, recomendamos a leitura dos seguintes:

1. “Análise sobre a reserva de cargos em empresas privadas para pessoas com deficiência”, elaborado pela Consultora Renata Baars em 2009;
2. “Dados sobre deficiência no Brasil”, elaborado pelo Consultor Cláudio Viveiros de Carvalho em 2008;
3. “Legislação sobre aposentadoria de pessoas com deficiência no Regime Geral de Previdência Social”, elaborado pelo Consultor Walter Oda em 2008;
4. “Tramitação da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo”, elaborado pelo Consultor Walter Oda em 2008;
5. “A deficiência auditiva sob a legislação federal brasileira”, elaborado pelo Consultor Gustavo Silveira Machado em 2008;
6. “Proteção legal ao portador de deficiência no Brasil”, elaborado pelo Consultor Cláudio Viveiros de Carvalho em 2007;
7. “Legislação Referente às Pessoas com Deficiência - Um Estudo Comparativo - Saúde”, elaborado pelo Consultor Cláudio Viveiros de Carvalho em 2007;
8. “Pessoas com deficiência - assistência e previdência social - legislação comparada”, elaborado pelo Consultor Walter Oda em 2007;
9. “O acesso ao trabalho das pessoas com deficiência - legislação comparada: União Européia e Mercosul”, elaborado pela Consultora Maria Auxiliadora da Silva em 2007;
10. “Acessibilidade à Leitura por Deficientes Visuais em Bibliotecas Públicas, por meio do uso de Programas Computadorizados”, elaborado pela Consultora Cláudia Neves em 2006;
11. “Pessoas com Deficiência - Assistência Social e Acessibilidade - Legislação Comparada”, elaborado pelas Consultoras Ednalva David e Symone Bonfim em 2005;

12. “Legislação sobre pessoas portadoras de deficiência - área da saúde”, elaborado pela Consultora Alcinda Maria Machado Godoi em 2004;
13. “Estudo e Proposição Legislativa para Assegurar Apoio Governamental à Inclusão de Crianças e Jovens Portadores de Deficiência no Sistema Público de Ensino Regular”, elaborado pela Consultora Mariza Abreu em 2004;
14. “Legislação Aplicável aos Portadores de Deficiência”, elaborado pela Consultora Sandra Cristina Filgueiras de Almeida em 2003.

A Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, que “dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (CORDE), institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências”, trata dos interesses da pessoa com deficiência. Essa Lei traz aspectos gerais sobre o tema, mas não apresenta uma definição formal do termo.

Com redação dada pela Lei nº 8.028, de 1990, determina que a coordenação superior dos assuntos, das ações governamentais e das medidas referentes a pessoas portadoras de deficiência caberia à Coordenadoria Nacional para a Pessoa Portadora de Deficiência (Corde). Em 2009, todavia, a Corde foi elevada de status, tornando-se a Subsecretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD) por meio da Lei nº 11.958, de 2009 (art. 11).

A Lei 7853/89 foi regulamentada pelo Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999, cuja redação, modificada pelo Decreto nº 5.296/04, lista as situações que podem ser consideradas como deficiência:

Art. 3º Para os efeitos deste Decreto, considera-se:

I - deficiência – toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano;

II - deficiência permanente – aquela que ocorreu ou se estabilizou durante um período de tempo suficiente para não permitir recuperação ou ter probabilidade de que se altere, apesar de novos tratamentos; e

III - incapacidade – uma redução efetiva e acentuada da capacidade de integração social, com necessidade de equipamentos, adaptações, meios ou recursos especiais para que a pessoa portadora de deficiência possa receber

ou transmitir informações necessárias ao seu bem-estar pessoal e ao desempenho de função ou atividade a ser exercida.

Art. 4º É considerada pessoa portadora de deficiência a que se enquadra nas seguintes categorias:

I - deficiência física - alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplicia, triparisia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções;

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

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

IV - deficiência mental – funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como:

- a) comunicação;
- b) cuidado pessoal;
- c) habilidades sociais;
- d) utilização dos recursos da comunidade;
- e) saúde e segurança;
- f) habilidades acadêmicas;
- g) lazer; e
- h) trabalho;

V - deficiência múltipla – associação de duas ou mais deficiências.

Pelo acima exposto, resta claro que o Decreto traz definição ampla de deficiência (art. 3º, I), mas estabelece concisa e exhaustivamente os critérios utilizados para

a caracterização de uma pessoa com deficiência. Lista quadros bastante específicos, impedindo extrapolações sobre o tema. Cabe salientar que a classificação não se baseia no diagnóstico etiológico apresentado pelo sujeito, mas sim em seu efetivo quadro clínico, independentemente da possível causa.

Tanto a Lei 7853/89 quanto o Decreto 3298/99 permanecem em vigor. Todavia, mais recentemente, o Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009 incorporou à nossa legislação a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Cabe salientar que esse Decreto possui status de emenda constitucional (CF, art. 5º, § 3º).

A Convenção define deficiência em seu art. 1º. Também privilegia a situação real da pessoa, independentemente do diagnóstico apresentado:

Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas.

A exemplo do Decreto 3298/99, trata-se de definição abrangente. Todavia, a Convenção não a detalha, aparentando ampliar o conceito. Isso, de certa forma, contrapõe-se à lógica até então predominante. Pelo texto acima, seria possível caracterizar como deficiência número expressivamente maior de quadros clínicos, diagnósticos ou mesmo alterações de menor monta.

Todavia, cabe lembrar que uma convenção internacional é um documento com perfil bastante particular. Seu texto necessita ser largo o suficiente para permitir que os vários países que o subscrevem a ele se adaptem, conforme suas características e especificidades. Além disso, e com o mesmo propósito, deve ater-se a normas gerais e evitar detalhamento excessivo.

Cabe a cada país que o acolhe estabelecer os critérios e limites que o disciplinam, seguindo a lógica própria de sua legislação afim. Dessa forma, consideramos que as restrições instituídas pelo Decreto 3298/99 se mantêm e devem ser respeitadas.

Ademais, cabe ponderar que a simples adoção da definição constante da Convenção sem qualquer questionamento acarretaria ampliação tamanha do conceito de deficiência que inviabilizaria seu uso. Na realidade, passaria a englobar a grande maioria da população. Em tese, qualquer desvio da normalidade, por menor que seja, pode obstruir a “participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas”.

Um exemplo extremo seriam os denominados erros de refração – miopia, hipermetropia, astigmatismo e presbiopia. Trata-se de situações usualmente controláveis e com pequeno impacto, mas que implicam potencial prejuízo para seu portador.

Se for aceita uma definição tão ampla, virtualmente toda a população fará jus aos benefícios destinados às pessoas com deficiência, inutilizando-os. Isso desvirtuaria totalmente seu objetivo e levaria a grande prejuízo para aqueles que efetivamente necessitam proteção especial do Estado.

COTAS DE EMPREGO PARA A PESSOA COM DEFICIÊNCIA

No Brasil, a proteção à pessoa portadora de deficiência é preceito expresso na Constituição Federal, em seu art. 203, IV. Com base nessa determinação, a legislação infraconstitucional garante às pessoas com deficiência benefícios de várias ordens, objetivando sua proteção e integração na sociedade. Tal imposição deve-se às inquestionáveis dificuldades por elas enfrentadas em sua vida cotidiana, o que lhes confere condição de maior vulnerabilidade social. Atualmente há dezenas de leis federais que tratam do assunto, definindo situações as mais diversas. Ao assegurar benefícios legais para esses cidadãos, a norma jurídica prima por visar a uma maior equidade na sociedade brasileira.

São muitos os direitos assegurados a essa população¹, assunto já vastamente abordado na literatura específica. Neste trabalho, tendo em vista o objeto da solicitação efetuada, deter-nos-emos na questão das cotas de emprego.

Tanto no setor público quanto no privado é estabelecido por lei um percentual mínimo de vagas a serem preenchidas por pessoas com deficiência. A Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, que “dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais”, determina:

Art. 5º São requisitos básicos para investidura em cargo público:

.....
.....

§ 2º Às pessoas portadoras de deficiência é assegurado o direito de se inscrever em concurso público para provimento de cargo cujas atribuições

¹ No Brasil, existem diversos benefícios estipulados em lei para as pessoas com deficiência. Em especial, citamos isenções e imunidades tributárias – tanto no nível federal quanto no estadual e no municipal – e benefícios de ordem previdenciária. Para maior aprofundamento desse tema, sugerimos leitura dos estudos relacionados anteriormente.

sejam compatíveis com a deficiência de que são portadoras; para tais pessoas serão reservadas até 20% (vinte por cento) das vagas oferecidas no concurso.

Com relação ao setor privado, o tema é tratado pela Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, que “dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências”:

Art. 93. A empresa com 100 (cem) ou mais empregados está obrigada a preencher de 2% (dois por cento) a 5% (cinco por cento) dos seus cargos com beneficiários reabilitados ou pessoas portadoras de deficiência, habilitadas, na seguinte proporção:

I	-	até	200	
empregados.....				2%;
II	-	de	201	a
500.....				3%;
III	-	de	501	a
1.000.....				4%;
IV	-	de	1.001	em
.....				diante.
				5%.

É prevista multa no caso de não cumprimento da lei. O valor a ser pago é de R\$ 1.101,75 por cada vaga não preenchida, não podendo ultrapassar R\$ 110.175,00. Mesmo assim, o preceito não vem sendo atendido. Segundo o Ministério do Trabalho e Emprego, no Estado de São Paulo, por exemplo, apenas 50% das empresas cumprem a regra².

Diversas são as razões para o desrespeito à lei de cotas. Além do preconceito, a falta de qualificação das pessoas como deficiência vem sendo citada como uma das principais causas. Credita-se tal situação às dificuldades que essas pessoas enfrentam para completar sua formação acadêmica e profissional.

Ressalte-se que nem a Lei 8.112/90 nem a Lei 8.213/91 definem deficiência. Para seu cumprimento, sempre foram utilizados os critérios definidos pelo Decreto 3298/99.

No Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) a Instrução Normativa n.º 20, de 26 de janeiro de 2001, “Dispõe sobre procedimentos a serem adotados

² Disponível em <http://www.mte.gov.br/noticias/conteudo/9496.asp>, acesso em 19.10.11.

pela Fiscalização do Trabalho no exercício da atividade de fiscalização do trabalho das pessoas portadoras de deficiência”. A IN também não define deficiência, mas retoma a Convenção 159 da Organização Internacional do Trabalho (OIT), que afirma, em seu art. 1º:

Para efeito desta Convenção, entende-se por pessoa deficiente "todas as pessoas cujas possibilidades de obter e conservar um emprego adequado e de progredir no mesmo fiquem substancialmente reduzidas por deficiência de caráter físico ou mental devidamente comprovada.

Mais uma vez, temos definição excessivamente ampla. Todavia, também neste caso cabe a argumentação utilizada quando discutimos a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, pois se trata de uma convenção internacional. Cabe salientar que os órgãos fiscalizadores do MTE permanecem utilizando os critérios do Decreto 3298/99 para comprovar o cumprimento da lei de cotas.

PROPOSITURAS EM TRAMITAÇÃO

Em consulta efetuada no dia 20 de outubro de 2011, foram encontradas diversas proposições sobre epilepsia tramitando na Câmara dos Deputados. A seguir, citamos as mais relevantes para este trabalho:

1. PL 2240, de 2011, de autoria da Deputada Jô Moraes, que “Institui o Programa Nacional de Atenção à Saúde de Pessoas com Epilepsia”. Encontra-se atualmente na CSSF, aguardando parecer;
2. PL 7797, de 2010, do Senado Federal (Sen. Paulo Paim), que “Altera o art. 151 da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, que ‘dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências’, para incluir o lúpus e a epilepsia entre as doenças cujos portadores são dispensados de cumprir prazo de carência para usufruir dos benefícios de auxílio-doença e aposentadoria por invalidez”. Encontra-se também na CSSF, pronta para pauta;
3. PL 5671, de 2009, de autoria do Deputado Silvio Lopes, que “Altera o art. 20 da Lei nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993, para dispor sobre a concessão de benefício assistencial de

prestação continuada para pessoa com hiperatividade e epilepsia”. Tramita apensada ao PL 6026, de 2005, atualmente na CFT;

4. PL 6026, de 2005, de autoria do Deputado Jovair Arantes, que “Altera o art. 20 da Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que ‘dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências’, para ampliar a concessão do benefício de prestação continuada ao idoso e à pessoa portadora de deficiência. Explicação: Estendendo o benefício de prestação continuada ao portador de epilepsia e reduzindo a idade do idoso beneficiário para 65 (sessenta e cinco) anos”. Tramita apensada ao PL 3967, de 1997, na CFT;
5. PL 4366, de 2004, de autoria do Deputado Zenaldo Coutinho, que “Altera o art. 20 da Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a concessão do benefício de prestação continuada aos idosos e aos portadores de deficiência carentes”, para incluir o portador de epilepsia que comprove sua carência. Também tramita apensada ao PL 3967, de 1997, na CFT;
6. PL 3967, de 1997, de autoria do Deputado Arnaldo Faria de Sá, que “Estende a concessão da gratificação natalina aos que se encontram em gozo da Renda Mensal Vitalícia”. Tramita em conjunto na CFT.

Além disso, existe número extenso de proposições nesta Casa tratando da questão da deficiência. Em pesquisa realizada no dia 21 de outubro de 2011, quando se utilizou o termo “deficiência”, foram encontradas 1895 proposituras.

Nesse universo, dois Projetos de Lei merecem destaque. Ambos de autoria do Senador Paulo Paim, instituem o “Estatuto do Portador de Deficiência”: o PL 3.638, de 2000, apresentado nesta Casa, quando era então Deputado Federal; e o PL 7.699, de 2006, aprovado no Senado Federal. As duas proposições tramitam em conjunto, com mais 245 outros projetos apensados, e estão prontas para Pauta em regime de prioridade.

COMENTÁRIOS FINAIS

A epilepsia apresenta alta prevalência e percentual importante dos pacientes não recebe tratamento adequado. Além disso, apresenta potencial para privar o indivíduo de uma vida produtiva, implicando consequências sociais, econômicas e

psicológicas graves, cujo impacto estende-se a toda a sociedade. Pode, portanto, ser considerada um problema de saúde pública (Gomes, 2009; Magalhães et al, 2009).

Nesse contexto, a doença deve ser tratada com destaque pelas autoridades das áreas afins. Todavia, cabe salientar que o Protocolo publicado pelo Ministério da Saúde em 2010 já cumpre esse papel, pois a inclui no rol de prioridades para a assistência oferecida pelo SUS e estabelece rotina detalhada para sua abordagem.

A extensão de benefícios destinados a pessoas com deficiência para os pacientes com epilepsia implicaria classificar automaticamente tais pacientes como pessoas com deficiência, o que não é tecnicamente correto. Inúmeros pacientes mantêm perfeito controle de seu quadro, muitos dos quais mesmo sem tratamento farmacológico. Não nos parece, portanto, medida adequada.

Ainda com relação a esse ponto, e retomando o já afirmado anteriormente, reiteramos que a atual metodologia utilizada para a classificação da pessoa com deficiência é justa e tecnicamente adequada. Sua lógica deve, portanto, ser mantida. Assim, um paciente, independentemente de seu diagnóstico específico, só será classificado como pessoa com deficiência quando seu quadro clínico assim o justificar. Tal regra vige para qualquer doença, incluindo a epilepsia.

Cabe, neste ponto, citar Cynthia Mello (2009; p. 137). Ao analisar os aspectos legais referentes aos direitos do paciente com epilepsia, a pesquisadora afirma que

É cediço que a comunidade de pessoas com epilepsia dá seus primeiros passos em relação à busca de seus direitos. Ainda encontra-se debaixo de um estigma que, por vezes, nem mesmo ela quer levantar: é necessário demonstrar a capacidade (às vezes inclusive maior) das pessoas com epilepsia de realizar grandes feitos e não mais desejarem que o Estado lhes supra financeiramente, quando ainda são aptos a contribuírem para sociedade.

A difusão do conhecimento jurídico básico leva ao entendimento de que sim, é possível que a comunidade seja adequadamente tratada, com medicamentos de ponta, com profissionais especializados, e que o ponto de vista médico seja respeitado ante a tudo.

A Autora conclui que (2009; p. 135)

A pessoa com epilepsia, em igualdade com todos os cidadãos brasileiros, tem seus direitos assegurados através da Constituição Federal: sendo ilegal a distinção por qualquer diferença e legalmente assegurado o completo acesso à saúde. Cabe também à pessoa com epilepsia evitar a autodiscriminação e procurar assegurar os seus direitos.



Finalmente, lembramos que o PL 7699/06, que cria o Estatuto da Pessoa com Deficiência, tramita com mais de 200 apensados e está pronto para Pauta no Plenário. Dessa forma, qualquer nova propositura sobre o assunto teria sua tramitação prejudicada.

Pelo exposto, concluímos pela não elaboração de propositura para estender ao paciente com epilepsia os benefícios assegurados às pessoas com deficiência. Colocamo-nos, contudo, a disposição para quaisquer outras providências julgadas pertinentes.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas: v. 2. Brasília: Ministério da Saúde. 2010, 372p.

Gomes MM. Epilepsia e Incapacidade Laborativa. J Epilepsy Clin Neurophysiol 2009;15(3):130-4.

Liga Brasileira de Epilepsia. Epilepsia: nível básico. Disponível no endereço http://www.epilepsia.org.br/site/artigo_int.php?id_artigo=9, acesso em 18.10.11.

Magalhães LVB, Fernandes PT & Li ML. Aspectos Educacionais na Epilepsia. J Epilepsy Clin Neurophysiol 2009;15(4):172-7.

Mello CMBC. A Epilepsia e o Princípio da Igualdade. J Epilepsy Clin Neurophysiol 2009;15(3):135-7.

Zanni KP, Bianchin MA & Marques LHN. Qualidade de Vida e Desempenho Ocupacional de Pacientes Submetidos à Cirurgia de Epilepsia. J Epilepsy Clin Neurophysiol 2009;15(3):114-7.