

**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."



# **INCLUSÃO DA ARTRITE REUMATÓIDE ENTRE AS DOENÇAS GRAVES ESPECIFICADAS EM LEI**

***Cláudio Viveiros de Carvalho***  
Consultor Legislativo da Área XVI  
Saúde Pública, Sanitarismo

**ESTUDO**

**JULHO/2005**



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



## SUMÁRIO

1 – ARTRITE REUMATÓIDE .....	3
1.1 – ETIOLOGIA .....	3
1.2 – FISIOPATOLOGIA .....	4
1.3 – QUADRO CLÍNICO .....	4
1.4 – DIAGNÓSTICO .....	5
1.5 – TRATAMENTO.....	6
2 – DOENÇAS GRAVES ESPECIFICADAS EM LEI.....	7
2.1 – DOENÇAS ESPECIFICADAS EM LEI .....	11
2.2 –BENEFÍCIOS ASSEGURADOS EM LEI .....	12
3 – PROJETOS EM TRAMITAÇÃO .....	13
3.1 – CÂMARA DOS DEPUTADOS .....	13
3.2 – SENADO FEDERAL .....	14
4 – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO.....	15
5 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	16

© 2005 Câmara dos Deputados.

Todos os direitos reservados. Este trabalho poderá ser reproduzido ou transmitido na íntegra, desde que citados o autor 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 autor, não representando necessariamente a opinião da Câmara dos Deputados.

# **INCLUSÃO DA ARTRITE REUMATÓIDE ENTRE AS DOENÇAS GRAVES ESPECIFICADAS EM LEI**

*Cláudio Viveiros de Carvalho*

Este estudo visa a avaliar a propriedade da inclusão da artrite reumatóide entre as doenças graves e incapacitantes que justificam benefícios tributários, previdenciários e trabalhistas aos seus portadores.

## **1 – ARTRITE REUMATÓIDE**

---

A primeira descrição sobre artrite reumatóide data de 1800, por Landré Beauvais, porém existem registros de alterações articulares sugestivas desta doença desde a história antiga.

A artrite reumatóide (AR) é uma doença sistêmica do tecido conjuntivo, cuja manifestação característica é a inflamação crônica da membrana sinovial. Apesar de seu caráter sistêmico, a inflamação comumente acomete apenas as articulações, poupando outros órgãos e sistemas. Quando não tratada, a AR leva a substancial comprometimento da qualidade de vida e a morte prematura.

A doença acomete duas a três vezes mais mulheres que homens, e o início é mais precoce também no sexo feminino. A prevalência mundial é de cerca de 1% da população adulta, sem apresentar grandes variações regionais; no entanto, aparenta ser mais freqüente no meio urbano que no rural. Ainda, algumas populações na Índia e na África apresentam coeficientes mais elevados.

### **1.1 – ETIOLOGIA**

A etiologia da artrite reumatóide não é totalmente conhecida; vários fatores parecem influenciar seu desenvolvimento, mas não existem evidências definitivas da efetiva participação de cada um deles na gênese da doença. Segundo Carvalho e Xavier (p. 371), “a etiologia da AR tem, até o momento, uma conotação multifatorial, que parece relacionar fatores comportamentais, fatores ambientais (vírus, bactérias, micoplasmas etc.); o patrimônio genético, em especial HLA-DR4 (talvez DR1 em algumas populações); desequilíbrio imunológico e alterações neuroendócrinas”.

Alguns estudos genéticos apontam para características familiares da AR. O antígeno HLA contribui com um quarto do risco genético; o restante se deve a um conjunto de múltiplos genes. Postula-se que o desencadeamento e a manutenção do quadro sejam determinados, em indivíduos geneticamente predispostos, por um desarranjo na homeostase dos sistemas neuroendócrino e imunológico causado por fatores externos.

Embora não haja evidência direta da participação de agentes infecciosos na sua gênese, acredita-se que ela também exista. É descrita, por exemplo, uma associação importante entre o vírus de Epstein-Barr e o desenvolvimento da artrite reumatóide, possivelmente em decorrência da semelhança entre antígenos virais e proteínas do tecido normal.

Ainda, a gestação aparenta desenvolver um papel na evolução da AR, mais por influência imunológica que hormonal. É comumente associada com a melhora do quadro clínico, chegando à remissão em 75% dos casos; contudo, são comuns crises de recidiva da doença algumas semanas após o parto. Além disso, a ocorrência de gravidez precoce parece diminuir o risco de desenvolvimento de AR.

## 1.2 – FISIOPATOLOGIA

A teoria mais aceita sugere que a progressão da artrite reumatóide seja um evento imunologicamente mediado, precipitado por antígenos desconhecidos. Os linfócitos CD4, ao reconhecerem esses antígenos na articulação, desencadeariam um processo inflamatório que estimularia fibroblastos sinoviais; estes, à semelhança de um tumor, invadiriam e destruiriam a cartilagem articular, o osso subcondral, os tendões e os ligamentos.

A inflamação seria conseqüente à síntese de mediadores inflamatórios, como interleucinas e fator de necrose tumoral (TNF). Existem evidências de que alguns pacientes de AR, que possuem uma variação genética do TNF, podem apresentar maior destruição articular.

A sinovite, segundo Carvalho e Xavier (p. 372-373), pode ser caracterizada microscopicamente por “uma fase de exsudação, uma de infiltração celular e, finalmente, pela formação de um tecido de granulação ... A fase crônica é caracterizada por uma membrana sinovial hiperplasiada e hipertrofiada que forma um tecido de granulação que recobre a cartilagem e o osso subcondral (*pannus*). O *pannus* é um tecido invasivo, composto por células que produzem grandes quantidades de enzimas destrutivas, que progressivamente substitui a cartilagem hialina ... o resultado final é a anquilose fibrosa ou óssea”.

## 1.3 – QUADRO CLÍNICO

Na maior parte das vezes, a AR instala-se de maneira insidiosa e progressiva; os sintomas iniciais podem ser articulares ou sistêmicos, como fadiga, astenia, mal-

estar, febre ou dores musculoesqueléticas. As articulações mais freqüentemente acometidas no início são as dos punhos, das mãos, dos pés, os ombros e joelhos; entretanto, com a evolução do quadro, muitas outras podem ser envolvidas; é característico o comprometimento simétrico das articulações.

A intensidade da dor depende de vários fatores, mas costuma ser moderada. Caracteristicamente, a sintomatologia álgica é mais intensa pela manhã, quando se acompanha da rigidez articular, ou à noite.

Com a evolução do quadro, pode haver deformações articulares características da AR, principalmente em mãos, punhos, cotovelos, pés e tornozelos. As outras articulações, mesmo não apresentando freqüentes anquiloses, podem apresentar limitações funcionais de sua amplitude, prejudicando as atividades do paciente.

Além dos sintomas sistêmicos iniciais, pode haver outras manifestações extra-articulares de gravidade variável. Os nódulos subcutâneos são a manifestação mais freqüente, e podem significar maior gravidade do quadro. Vasculites, eventualmente associadas com neuropatia periférica secundária, podem configurar quadros graves. Manifestações de pele, pulmonares, neurológicas, esplênicas e oculares são também descritas com maior ou menor prevalência.

Em estágios avançados, as manifestações sistêmicas da artrite reumatóide podem ser fatais; as articulares, ainda que de menor gravidade, podem determinar quadros de incapacidade para as atividades da vida diária e de invalidez para o trabalho.

Raramente, pode manifestar-se de forma sistêmica, caracterizando a doença de Still do adulto. Nesse caso, os pacientes costumam apresentar febre diária, associada a eritema róseo; linfadenopatia e leucocitose. O fator reumatóide e os anticorpos antinucleares são negativos. Os pacientes não apresentam nódulos subcutâneos, mas o acometimento da coluna cervical e as serosites são mais freqüentes que em outros casos de AR.

A AR pode também manifestar-se de forma mono ou oligoarticular, com início súbito de sintomatologia de grande intensidade. O quadro evolui em crises, com períodos de remissão dos sintomas.

## **1.4 – DIAGNÓSTICO**

O diagnóstico da artrite reumatóide é fundamentalmente clínico, baseado na anamnese e no exame físico. Os exames complementares são inespecíficos, mas em conjunto com o quadro clínico, podem caracterizar o diagnóstico.

O hemograma pode apresentar anemia moderada, leucocitose, eosinofilia ou trombocitose. O teste de fixação do látex e a reação de Waaler-Rose podem ser utilizadas para a detecção dos fatores reumatóides. Os anticorpos antinucleares costumam ser negativos, mas

podem estar presentes em baixa titulação, especialmente se associada a síndrome de Sjögren. A velocidade de hemossedimentação (VHS) permite, muitas vezes, avaliar a presença e a evolução do processo inflamatório.

Manifestações radiológicas podem auxiliar tanto no diagnóstico quanto no acompanhamento da evolução do quadro. Alterações nas pequenas articulações das mãos e dos pés são as mais freqüentes e precoces. Na coluna vertebral, o acometimento cervical é o mais comum. Os principais achados radiográficos são osteopenia, aumento de partes moles, redução do espaço articular, erosões ósseas, cistos ósseos ou geodos, deformidades e instabilidades.

O diagnóstico diferencial é feito principalmente com outras doenças reumáticas, como lúpus eritematoso sistêmico, espondiloartropatias e outros tipos de artrites; doenças tireoideanas; vasculites necrosantes; doença de Parkinson, entre outras.

O Colégio Americano de Reumatologia elaborou lista de sete critérios diagnósticos de AR, confirmada pelo *consenso brasileiro para diagnóstico e tratamento da artrite reumatóide*:

- 1) Rigidez matinal: rigidez articular durando pelo menos 1 hora.
- 2) Artrite de três ou mais áreas: pelo menos três áreas articulares com edema de partes moles ou derrame articular observado pelo médico.
- 3) Artrite de articulações das mãos (punho, interfalangeanas proximais e metacarpofalangeanas).
- 4) Artrite simétrica.
- 5) Nódulos reumatóides.
- 6) Fator reumatóide sérico.
- 7) Alterações radiográficas: erosões ou descalcificações localizadas

É necessária a presença de pelo menos quatro desses critérios para que o paciente possa ser classificado como portador da doença; no entanto, pacientes com dois ou três critérios não são excluídos do diagnóstico, apenas não são considerados para inclusão neste protocolo. Os critérios de 1 a 4 devem estar presentes por pelo menos 6 semanas

## **1.5 – TRATAMENTO**

Como a destruição articular mostra-se bastante precoce na AR, anterior mesmo ao florescer da sintomatologia, o tratamento deve ser instituído o mais precocemente possível e de forma bastante efetiva. Em médio e longo prazos, o tratamento visa a diminuir a gravidade da inflamação, para retardar o desenvolvimento das lesões ósteo-articulares.

O tratamento engloba uma série de medidas gerais, como repouso, dieta, proteção emocional, terapia física e ocupacional. Eventualmente, podem ser necessárias intervenções cirúrgicas.

A terapêutica medicamentosa objetiva combater a dor e a inflamação das estruturas articulares, bem como reduzir os surtos de exacerbação da doença. Isso nem sempre é possível, mas os resultados parecem estar melhorando, o que se deve não tanto pela inclusão de novas drogas, mas principalmente pela melhoria no manejo das drogas em geral. Os vários elementos terapêuticos empregados visam a regular a produção de citocinas, como as interleucinas (IL-1, IL-6, IL-8) e TNF-alfa e outros mediadores da inflamação.

As drogas atualmente mais utilizadas são:

- antiinflamatórios não-esteróides;
- corticosteróides;
- drogas modificadoras do curso da doença (DMCD), como metotrexato, antimaláricos, sulfasalazina, sais de ouro, entre outros;
- agentes biológicos.

## **2 – DOENÇAS GRAVES ESPECIFICADAS EM LEI**

---

A legislação brasileira assegura benefícios variados aos portadores de algumas doenças especificadas como crônicas e incapacitantes. Essa regulamentação encontra-se pulverizada em vários instrumentos legais. Assim, com o objetivo de clarificar o arcabouço legal acerca do assunto, relacionamos a seguir as principais normas jurídicas federais que tratam do assunto.

**1. Lei 4.881-A, de 06 de dezembro de 1965**, que “dispõe sobre o Estatuto do Magistério Superior”, art. 53, inciso III, §§ 2º e 3º – assegura aposentadoria com proventos integrais ao ocupante de cargo de magistério superior quando considerado inválido em consequência de acidente de trabalho ou doença profissional, e quando acometido de tuberculose ativa, alienação mental, neoplasia maligna, cegueira, lepra, paralisia ou cardiopatia grave.

**2. Constituição Federal de 05 de outubro de 1988**, art. 40, § 1º, inciso I, com redação dada pela Emenda Constitucional nº. 41, de 19 de dezembro de 2003 – assegura proventos integrais aos aposentados por invalidez decorrente de acidente em serviço, moléstia profissional ou doença grave, contagiosa ou incurável, na forma da lei.

**3. Lei 7.670, de 8 de setembro de 1988**, que “estende aos portadores da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - SIDA/AIDS os benefícios que especifica e dá outras providências”, art. 1º – garante aos portadores da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida o direito a aposentadoria ou reforma militar especiais; aos seus dependentes, pensão especial. Além disso, dispensa tais pacientes do período de carência para a concessão de auxílio-doença, aposentadoria ou pensão por morte aos dependentes, desde que o segurado haja manifestado a doença após sua filiação à Previdência Social.

**4. Lei 7.713, de 22 de dezembro de 1988**, que “altera a legislação do Imposto sobre a Renda, e dá outras providências”, art. 6º, inciso XIV, com redação dada pela Lei nº. 8.541, de 23 de dezembro de 1992 – isenta do Imposto de renda os proventos de aposentadoria ou reforma motivadas por acidente de trabalho, e os percebidos por 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, 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.

**5. Lei 8.036, de 11 de maio de 1990**, que “dispõe sobre o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço, e dá outras providências”, art. 20, inciso XI, acrescido pela Lei nº. 8.922, de 25 de junho de 1994 – permite saque do FGTS quando o trabalhador ou qualquer de seus dependentes for acometido de neoplasia maligna.

**6. Lei 8.112, de 11 de dezembro de 1990**, que “dispõe sobre o Regime Jurídico dos Servidores Públicos Civis da União, Autarquias e das Fundações Públicas Federais”, art. 186, inciso I, § 1º e art. 190 – assegura proventos integrais aos aposentados por invalidez decorrente de acidente em serviço, moléstia profissional ou tuberculose ativa; alienação mental; esclerose múltipla; neoplasia maligna; cegueira posterior ao ingresso no serviço público; hanseníase; cardiopatia grave; doença de Parkinson; paralisia irreversível e incapacitante; espondiloartrose anquilosante; nefropatia grave; estados avançados do mal de Paget (osteíte deformante); Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - Aids e outras que a lei indicar, com base em conclusão da medicina especializada.

Além disso, assegura provento integral ao servidor aposentado com provento proporcional ao tempo de serviço, desde que acometido de qualquer das moléstias especificadas acima.

**7. Lei 8.213, de 24 de julho de 1991**, que “dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências”, art. 26, inciso II e art. 151 – dispensa do tempo de carência para concessão de auxílio-doença e aposentadoria por invalidez as vítimas de acidente de qualquer natureza ou causa; os portadores de doença profissional ou do trabalho; os segurados que, após sua filiação ao Regime Geral de Previdência Social, forem acometidos de doenças a serem especificadas em lista elaborada pelos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Previdência Social. A lista deverá ser revista a cada três anos, levando em consideração critérios de estigma, deformação, mutilação, deficiência ou outro fator que justifique tratamento particularizado por conferir especificidade e gravidade à doença em questão.

Até que seja elaborada essa lista, dispensa do tempo de carência os portadores das seguintes doenças: tuberculose ativa; hanseníase; alienação mental; neoplasia maligna; cegueira; paralisia irreversível e incapacitante; cardiopatia grave; doença de Parkinson; espondiloartrose anquilosante; nefropatia grave; estado avançado da doença de Paget (osteíte deformante); síndrome da deficiência imunológica adquirida - Aids e contaminação por radiação, com base em conclusão da medicina especializada.

**8. Lei 8541, de 23 de dezembro de 1992**, que “altera a legislação do Imposto de Renda e dá outras providências”, art. 47 – Acrescenta ao art. 6º da Lei nº. 7.713/88 o inciso de número XXI, que isenta do Imposto de renda os valores recebidos a título de pensão, quando o beneficiário desse rendimento for portador das doenças relacionadas no inciso XIV, exceto as decorrentes de moléstia profissional, mesmo que a doença tenha sido contraída após a concessão da pensão.

**9. Lei 8.989, de 24 de fevereiro de 1995**, que “dispõe sobre a Isenção do Imposto sobre Produtos Industrializados - IPI, na aquisição de automóveis para utilização no transporte autônomo de passageiros, bem como por pessoas portadoras de deficiência física, e dá outras providências”, com redação dada pelas leis 10.754, de 31 de outubro de 2003, e 10.690, de 16 de junho de 2003, art. 1º, inciso IV – isenta do Imposto Sobre Produtos Industrializados - IPI automóveis destinados a pessoas portadoras de necessidades especiais e autistas.

**10. Lei 9.250, de 26 de dezembro de 1995**, que “altera a legislação do imposto de renda das pessoas físicas e dá outras providências”, art. 30, § 2º – inclui a fibrose cística (mucoviscidose) na relação das moléstias a que se refere o inciso XIV do art. 6º da Lei nº. 7.713, de 22 de dezembro de 1988, com redação dada pela Lei nº. 8.541, de 23 de dezembro de 1992.

**11. Resolução do Conselho Diretor do Fundo de Participação PIS-PASEP nº. 1, de 15 de outubro de 1996** – autoriza a liberação do saldo das contas do Programa de Integração Social (PIS) e do Programa de Formação do patrimônio do servidor Público (PASEP) quanto o titular ou qualquer de seus dependentes for acometido de neoplasia maligna.

**12. Lei 9.313, de 13 de novembro de 1996**, que “dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS”, art. 1º – garante aos portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e aos doentes de Aids distribuição gratuita pelo Sistema Único de Saúde de toda a medicação necessária a seu tratamento.

**13. Lei 9.506, de 30 de outubro de 1997**, que “extingue o Instituto de Previdência dos Congressistas – IPC, e dá outras providências”, art. 2º, inciso I, alínea *a* e § 1º - assegura ao Parlamentar aposentadoria com valor integral quando esta ocorrer durante o exercício do mandato e decorrer de acidente, moléstia profissional ou doença grave, contagiosa ou incurável especificada em lei.

**14. Decreto 3.000, de 26 de março de 1999**, que “regulamenta a tributação, fiscalização, arrecadação e administração do Imposto sobre a Renda e Proventos de qualquer natureza”, art. 39, incisos XXXI e XXXIII – isenta do imposto de renda os pensionistas com doença grave e os proventos de aposentadoria ou reforma decorrentes de acidente em serviço, moléstia profissional ou doenças graves. Classifica como doença grave as seguintes: tuberculose ativa; alienação mental; esclerose múltipla; neoplasia maligna; cegueira; hanseníase; paralisia irreversível e incapacitante; cardiopatia grave; doença de Parkinson; espondiloartrose anquilosante; nefropatia grave; estados avançados da doença de Paget (osteíte deformante); contaminação por radiação; síndrome da deficiência imunológica adquirida - Aids e fibrose cística (mucoviscidose), com base em conclusão da medicina especializada.

**15. Instrução Normativa SRF nº. 15, de 6 de fevereiro de 2001**, que “dispõe sobre normas de tributação relativas à incidência do imposto de renda das pessoas físicas, art. 5º, incisos XII e XXXV – isenta do imposto de renda os pensionistas com doença grave e os proventos de aposentadoria ou reforma decorrentes de acidente em serviço, moléstia profissional ou doenças graves. Classifica como doença grave as seguintes: tuberculose ativa, alienação mental, esclerose múltipla, neoplasia maligna, cegueira, hanseníase, paralisia irreversível e incapacitante, cardiopatia grave, doença de Parkinson, espondiloartrose anquilosante, nefropatia grave, estados avançados da doença de Paget (osteíte deformante),

contaminação por radiação, síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) e fibrose cística (mucoviscidose).

**16. Lei 10.690, de 16 de junho de 2003**, que “reabre o prazo para que os Municípios que refinanciaram suas dívidas junto à União possam contratar empréstimos ou financiamentos, dá nova redação à Lei no 8.989, de 24 de fevereiro de 1995, e dá outras providências”, art 2º - prorroga o prazo de isenção do Imposto Sobre Produtos Industrializados - IPI de automóveis destinados a pessoas portadoras de necessidades especiais e autistas.

**17. Lei 11.052, de 29 de dezembro de 2004**, que “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”, art. 1º – isenta os portadores de hepatopatia grave do Imposto sobre a Renda sobre os proventos de aposentadoria ou reforma.

Além das leis acima listadas, ressaltamos ainda a existência de legislações estaduais específicas que ampliam os benefícios aos portadores de doenças graves e incapacitantes. Dessarte, percebe-se que vários são os benefícios assegurados, como diversas são as doenças contempladas.

## **2.1 – DOENÇAS ESPECIFICADAS EM LEI**

Relacionamos a seguir as doenças que justificam benefícios mencionadas nos instrumentos legais:

- acidente em serviço;
- 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;
- estados avançados da doença de Paget (osteíte deformante);
- contaminação por radiação;
- síndrome da deficiência imunológica adquirida – AIDS;
- fibrose cística (mucoviscidose);
- hepatopatia grave;
- transtorno autista.

As diversas leis designam algumas das doenças por nomenclatura que nos parece poder ser aprimorada. O termo “acidente em serviço”, ainda que não esteja propriamente incorreto, não é usual na literatura especializada; normalmente tais ocorrências são intituladas “acidentes de trabalho”, denominação que nos parece mais conveniente, uma vez que remonta a definições técnicas e legais consagradas. Citamos, a título de exemplificação, o art. 19 da Lei nº. 8.213/91, que define acidente do trabalho como o “que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa ou pelo exercício do trabalho dos segurados ... provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho.”

Já a denominação “moléstia profissional” também não se nos afigura oportuna. A literatura e a legislação classificam as doenças ocupacionais em dois tipos distintos; a mesma Lei nº. 8.213/91 as define em seu art. 20, incisos I e II: “*doença profissional*, assim entendida a produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho peculiar a determinada atividade” e “*doença do trabalho*, assim entendida a adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho é realizado”. Em termos legais, ambas condicionam o mesmo tratamento dado ao acidente de trabalho e a ele se equivalem.

Tradicionalmente, com o objetivo de evitar confusões derivadas dos limites tênues entre as duas denominações, costuma-se utilizar o termo “doença ocupacional” para englobar todas as doenças que estejam de alguma forma relacionadas com a atividade de trabalho.

## **2.2 –BENEFÍCIOS ASSEGURADOS EM LEI**

- aposentadoria, reforma e pensão especiais;
- dispensa do tempo de carência para benefícios previdenciários;
- disponibilização do FGTS para saque;

- disponibilização do PIS/PASEP para saques;
- isenções tributárias;
- distribuição gratuita de medicamentos pelo SUS.

### **3 – PROJETOS EM TRAMITAÇÃO**

---

Existem hoje, nas duas casas legislativas, várias proposições de lei tratando da artrite reumatóide.

#### **3.1 – CÂMARA DOS DEPUTADOS**

**1. Inc 2940/2004**, de autoria do Sr. Deputado Sérgio Miranda, que “sugere ao Poder Executivo, por intermédio do Ministério da Previdência Social, a inclusão da Artrite Reumatóide na lista de doenças ou afecções graves de que trata a Portaria Interministerial MPAS/MS nº 2.998, de 23 de agosto de 2001”. Encontra-se aguardando remessa ao arquivo.

**2. Inc 2939/2004**, de autoria do Sr. Deputado Sérgio Miranda, que “sugere ao Poder Executivo, especificamente ao Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, o encaminhamento ao Congresso Nacional de projeto de lei que inclua a artrite reumatóide grave no rol de doenças graves elencadas no § 1º do art. 186 da Lei nº 8.112, de 1990, permitindo que o servidor acometido da doença possa se aposentar por invalidez permanente, com percepção de proventos integrais”. Encontra-se aguardando resposta.

**3. Inc 2938/2004**, de autoria do Sr. Deputado Sérgio Miranda, que “sugere ao Poder Executivo, especificamente ao Ministério da Saúde, o encaminhamento ao Congresso Nacional de projeto de lei que inclua a artrite reumatóide grave no rol de doenças graves elencadas no § 1º do art. 186 da Lei nº. 8.112, de 1990, permitindo que o servidor acometido da doença possa se aposentar por invalidez permanente, com percepção de proventos integrais”. Encontra-se aguardando remessa ao arquivo.

**4. Inc 2937/2004**, de autoria do Sr. Deputado Sérgio Miranda, que “sugere ao Poder Executivo, por intermédio do Ministérios da Saúde a inclusão da Artrite Reumatóide na lista de doenças ou afecções graves de que trata a Portaria Interministerial MPAS/MS nº. 2.998, de 23 de agosto de 2001”. Encontra-se aguardando remessa ao arquivo.

5. **Inc 2936/2004**, de autoria do Sr. Deputado Sérgio Miranda, que “Sugere ao Poder Executivo, especificamente ao Ministério da Previdência Social, o encaminhamento ao Congresso Nacional de projeto de lei que inclua a artrite reumatóide grave no rol de doenças graves elencadas no § 1º do art. 186 da Lei nº. 8.112, de 1990, permitindo que o servidor acometido da doença possa se aposentar por invalidez permanente, com percepção de proventos integrais”. Encontra-se aguardando resposta.

6. **PL 3706/2004**, de autoria do Sr. Deputado Eduardo Paes, que “dispõe sobre distribuição de medicamentos para doenças crônicas e dá outras providências”. Encontra-se tramitando em conjunto, apensada ao PL 2672/2003, de autoria do Sr. Senador Tião Viana, que “altera a Lei nº. 9.313, de 13 de novembro de 1996, que dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS, para incluir nesse benefício os portadores dos vírus das hepatites, os doentes com hepatites crônicas e com fibrose cística”.

7. **PL 2677/2003**, de autoria da Sra. Deputada Marinha Raupp, que “altera o art. 1º, V, da Lei nº. 8.989, de 24 de fevereiro de 1995, e o art. 72, IV, da Lei nº. 8.383, de 30 de dezembro de 1991”, concedendo isenção de IPI e do IOF para aquisição de veículos automotores aos portadores de Artrite Reumatóide ou de Fibromialgia. Encontra-se tramitando em conjunto, apensada ao PL 1395/2003, de autoria do Sr. Deputado Leonardo Mattos, que “dispõe sobre a isenção do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) na aquisição de automóveis por pessoas portadoras de deficiência física, visual, mental severa ou profunda, autistas ou seus representantes legais”.

8. **PL 1368/1999**, de autoria do Sr. Deputado Geraldo Magela, que “isenta do imposto de renda os proventos de aposentadoria ou reforma percebidos pelos portadores de artrite reumatóide e fibromialgia”. Encontra-se tramitando em conjunto, apensada ao PL 622/199, de autoria do Sr. Deputado Paulo Paim, que “modifica a redação do inciso XIV do art. 6º da Lei nº 7.713, de 22 de dezembro de 1988, alterada pelo art. 47 da Lei nº 8.541, de 23 de dezembro de 1992, e pelo art. 30 da Lei nº 9.250, de 26 de dezembro de 1995, que dispõe sobre a isenção do imposto de renda das pessoas físicas acometidas pelas moléstias que especifica”, incluindo a hepatite C e a fibrose cística, desde que comprovadas por laudo médico de medicina especializada.

### 3.2 – SENADO FEDERAL

1. **PL 467/2003**, de autoria do Sr. Senador Paulo Paim, que “altera as Leis nºs 8112, 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); 8213, de 24 de julho de 1991, (que dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências) e 7713, de 22 de novembro de 1988, (que altera a legislação do imposto de renda e dá outras providências) para incluir o lúpus, a epilepsia e a artrite reumática entre as doenças que fazem jus aos direitos e benefícios de que tratam”.

#### **4 – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO**

---

Analisando a legislação brasileira, é possível identificar a existência de uma lógica que tende a conceder aos portadores de doenças crônicas e incapacitantes vários benefícios. Isso visa à promoção de maior equidade, considerando as prováveis necessidades especiais decorrentes da condição de portador de doenças muitas vezes incapacitantes. Nesse sentido, a lógica se preza por seu caráter social.

Contudo, a relação nominal de doenças no texto da lei não nos parece conduta bem indicada. A evolução natural das doenças sofre alterações decorrentes de mudanças ambientais ou do próprio desenvolvimento da ciência, influenciando tanto no seu grau de comprometimento da qualidade de vida dos portadores quanto no seu impacto financeiro. Dessa forma, é fundamental a realização de atualizações periódicas que garantam a justiça e a propriedade da norma jurídica, e a reformulação do arcabouço legal rara vez pode ser efetuada com a devida agilidade para permitir isso.

Além disso, a ordenação em tantas leis distintas não só dificulta os devidos controle e atualização técnicos, mas também permite iniquidades na geração dos benefícios. Seja por maior poder de organização de seus portadores, seja por questões outras, existem diferenças importantes entre os benefícios assegurados em lei; e essas distinções pouco representam do que tecnicamente se sabe sobre as doenças.

Outro ponto a ser avaliado é o critério de inclusão e exclusão de patologias nesse rol. A lei contempla algumas doenças cujo tratamento é fornecido gratuitamente pelo SUS, a exemplo da tuberculose e da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. Além disso, inclui outras que somente gerarão despesas expressivas ou necessidades especiais em estágios avançados, como é o caso da doença de Parkinson e da hanseníase. Sendo seu intento a proteção daqueles que padecem de necessidades financeiras decorrentes do infortúnio da doença crônica ou do acidente de trabalho, a relação de patologias discriminadas para a concessão do benefício deveria abarcar tão somente quadros graves e incapacitantes.

Dessa forma, julgamos de melhor arbítrio evitar a designação nominal das doenças motivadoras de benefícios no texto da lei. Respeitando o preceito constitucional expresso no art. 150, § 6º, que define que qualquer isenção relativa a impostos, taxas e contribuições somente possa ser concedida mediante lei específica, a lei deverá definir os

benefícios que julgar pertinentes e explicitar os princípios gerais orientadores para inclusão ou exclusão de doenças.

Já a definição de quais quadros clínicos justificam os referidos benefícios deverá ser delegada ao Poder Executivo, na figura do Ministério da Saúde – órgão técnico balizador para tais questões. Deverá ser elaborada relação nominal e exaustiva, que será revista a cada três anos, como definido na Lei 8.213, de 24 de julho de 1991.

No que concerne à artrite reumatóide, ainda que ela possa determinar quadros clínicos incapacitantes, não é essa a evolução mais freqüente da doença. Além disso, os casos graves podem ser classificados dentro dos diagnósticos que já se encontram contemplados no rol das doenças atualmente previstas em lei; parece-nos que a inclusão de artrite reumatóide nessa relação, que somente se justificaria nos casos bastante avançados, tornar-se-ia redundante.

## 5 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

CARVALHO, M. A. P., XAVIER, A. J. D. Artrite Reumatóide. In: MOREIRA, C., CARVALHO, M. A. P. **Reumatologia; diagnóstico e tratamento**. 2 ed. Rio de Janeiro: Medsi, Editora Médica e Científica Ltda., 2001. Cap. 20, p. 371-389.

COSSERMELLI, W. Disponível em: <http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2033/paginas/materia%2019-33.html>. Acesso em: 06 de julho de 2005.

CRISWELL L. A.; LUM R. F.; TURNER K. N.; WOEHL B.; ZHU Y.; WANG J.; TIWARI H. K.; EDBERG J. C.; KIMBERLY R. P.; MORELAND L. W.; SELDIN M. F.; BRIDGES S. L. Disponível em: <http://www.rheumatology.org/press/2004/genetic0904.asp?aud=prs>. Acesso em: 11 de julho de 2005.

GOLDENBERG, J.; GOLDENBERG, E. Disponível em: [http://www.clinicagoldenberg.com.br/outras\\_doencas\\_reumaticas.asp?areaid=2](http://www.clinicagoldenberg.com.br/outras_doencas_reumaticas.asp?areaid=2). Acesso em: 12 de julho de 2005.

HARRIS, E. D. Rheumatoid arthritis. In: KELLEY, W. et al. **Textbook of rheumatology**. 4 ed. Pennsylvania: W. B. Saunders Company, volume 1, 1993, Cap 51, p. 833-834.

LAURINDO, I. M. M.; PINHEIRO, G. R. C.; XIMENES, A. C.; BERTOLO, M. B.; XAVIER, R. M.; GIORGI, R. D. N.; CICONELLI, R. M.; RADOMINSKI, S. C.; LIMA, F. A. C.; BATISTELA, L. M.; ALENCAR, P. Consenso brasileiro para diagnóstico e tratamento da artrite reumatóide. Disponível em: <http://www.reumatologia.com.br/images/artrite.pdf>. Acesso em: 12 de julho de 2005.



MENDES R. Conceito de patologia do trabalho. In: MENDES R. et al. **Patologia do trabalho atualizada e ampliada**. 2 ed. São Paulo: Ed. Atheneu, volume 1, 2003. Cap. 2, p. 47-92.

KHANNA, D.; WU H.; PARK. G. S.; GERSUK V.; GOLD R. H.; NEPOM G. T.; WONG W. K.; SHARP J. T.; BULPITT K. J.; PAULUS H. E.; TSAO B. P. Disponível em: [http://www.rheumatology.org/press/2004/khanna\\_tnf\\_associationp.asp](http://www.rheumatology.org/press/2004/khanna_tnf_associationp.asp). Acesso em: 11 de julho de 2005.

O'DELL, J. R. Therapeutic Strategies for Rheumatoid Arthritis. In: **The New England Journal of Medicine**. Boston: v. 350, n. 25, p. 2591-2602. 17Jun 2004.

RUSSELL, A.; MCSHERRY, J. Rheumatoid arthritis - Medical Post's questions & answers. In: **Medical Post**. Toronto: v. 33, n. 10, p. Q1-Q4. 11 Mar 1997.