

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria-Executiva
Subsecretaria de Assuntos Administrativos

Manual de Perícia Médica

Série A. Normas e Manuais Técnicos

2.^a edição revista



Brasília – DF
2005

© 1998 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pela cessão dos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da Coordenação-Geral de Recursos Humanos.

Série A. Normas e Manuais Técnicos

Tiragem: 2.ª edição revista – 2005 – 2.500 exemplares

Edição, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria-Executiva
Subsecretaria de Assuntos Administrativos
Coordenação-Geral de Recursos Humanos
Espanada dos Ministérios, bloco G
Edifício Anexo, térreo
CEP: 70058-900, Brasília – DF
Tel.: (61) 315 2327
Fax: (61) 226 5773

Revisão Técnica

Vera Regina Pasquali Peixoto

Coordenação – 1.ª Edição:

Eugênio Cesar Fonteles Cabral – Distrito Federal

Coordenação – 2.ª Edição:

Vera Regina Pasquali Peixoto – Distrito Federal
Eugênio Cesar Fonteles Cabral – Distrito Federal
Islande Braga de Santo Antonio – Distrito Federal

Comissão Nacional De Elaboração – 1.ª Edição:

Antônio Ulisses Gavazzoni – Paraná
Maria José Espíndola – Alagoas
Vera Regina Pasquali Peixoto – Distrito Federal
Francisco Floriano Delgado Perdigão – Ceará
Pedro Duarte Silveira – Rio de Janeiro
Pedro Wanderley de Aragão – Maranhão

Colaboradores – 1.ª Edição:

Helton Jevaux Pereira
Carlos Alberto Pinton
Ricardo Soares dos Santos
Arlete Moura da Silva
Patrícia Esteva Monteiro

Colaboradores – 2.ª Edição:

Médicos Peritos do Ministério da Saúde
Participantes do II Encontro de Médicos
Peritos – MS/DF – Outubro de 2004

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos
Coordenação-Geral de Recursos Humanos

Manual de Perícia Médica / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de
Assuntos Administrativos, Coordenação-Geral de Recursos Humanos. – 2. ed. rev. – Brasília:
Ministério da Saúde, 2005.

128 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

ISBN 85-334-0880-3

1. Saúde Pública. 2. Perícia médica. 3. Saúde ocupacional. I. Título. II. Série.

NLM WA 525-546

Catálogo na fonte – Editora MS – OS 2005/0084

Títulos para indexação:

Em inglês: Medical Inspection Manual

Em espanhol: Manual de Peritaje Médico

EDITORA MS

Documentação e Informação

SIA trecho 4, lotes 540/610

CEP: 71200-040, Brasília – DF

Tels.: (61) 233 1774/2020 Fax: (61) 233 9558

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Home page: www.saude.gov.br/editora

Equipe editorial:

Normalização: Andréa Campos

Revisão: Lillian Alves Assunção

Marjorie Tunis Leitão

Capa e projeto gráfico: Marcus Monici

HEPATOPATIA GRAVE

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 características do dano celular. Nas doenças colestáticas (como a colelitíase, aobstrução maligna, a cirrose biliar primária e muitas doenças induzidas por fármacos), sobressai a inibição da excreção 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 doença hepática crônica 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 crôni-

cas. Desempenha um papel importante no diagnóstico de hepatite auto-imune, cirrose biliar primária, esteato-hepatite não alcoólica e alcoólica e doença de Wilson. A biópsia hepática pode ser útil no diagnóstico de hepatite alcoólica aguda e nos casos agudos em que 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, citomegalovírus, Epstein Baar virus, etc.);
- hepatite criptogênica (causa desconhecida);
- lesão hepática induzida por fármacos, drogas ilícitas, chás;
- colangite supurativa aguda na obstrução biliar, doença de Wilson.

Manifestação agudizada:

- doença hepática alcoólica;
- hepatite auto-imune.

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 à 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 biópsia 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 pode 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 biópsia hepática, contudo alterações em métodos de imagem associados à hipertensão portal podem fortemente sugerir esse diagnóstico. Na avaliação do estágio, o grau de fibrose é geralmente usado como medida quantitativa. No caso da hepatite viral, a quantidade de fibrose portal é geralmente classificada de 0 a 4+ (índice de atividade histológica) ou escala de 0 a 6+ (escala de Ishak). As doenças metabólicas e tóxicas (drogas e álcool) tendem a ter agressão controlobular com fibrose neste, na zona III do ácino hepático e fibrose perisinusoidal.

"Na avaliação do estágio ou estadiamento, o grau de alteração estrutural é semiquantificado de 0 a 4 ou de 0 a 6 (por diferentes classificações nacionais e estrangeiras). A presença e a localização da fibrose em relação aos vasos intra-hepáticos permitem o estadiamento, enquanto a semiquantificação do processo inflamatório fornece o grau de atividade histológica. A representatividade da biópsia, principalmente em hepatites crônicas, está diretamente relacionada com o comprimento maior do que 1,6cm e/ou com o número de espaços porta igual ou superior a 10" (Texto da Dr.^a Edna Strauss – Sociedade de Hepatologia – fevereiro de 2005).

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 de 5 a 6 são a classe A de Child-Pugh ("cirrose compensada");
- escores de 7 a 9 indicam a classe B;
- escores de 10 a 15 a classe C.

Esse sistema de pontuação foi desenvolvido inicialmente para estratificar pacientes em grupos de risco antes de serem submetidos à 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 sobrevivência 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 μmol/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 esse 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 dessa 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 dessa 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 a seguir:

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 a seguir: 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. Dessa forma, **considera-se como inquestionavelmente graves os pacientes da classe C**, (maior ou igual a 10 pontos), conforme tabela a seguir.

Observação importante: casos raros, eventualmente não contemplados pelas classificações referidas, poderão ser reavaliados por comissão formada por três 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 ou MELD igual ou maior que 15 e os candidatos a transplante, já em lista, independentemente das classificações acima mencionadas. 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. 6.º da Lei n.º 7.713, de 23 de dezembro de 1988, art. 47 da Lei n.º 8.541, de 23 de dezembro de 1992, art. 30 da Lei n.º 9.250, de 26 de dezembro de 1995, e art. 1.º da Lei n.º 11.052, de 29 de dezembro de 2004.