

RELATÓRIO DE PESQUISA JURISPRUDENCIAL

Comissão de Jurisprudência – Grupo de Temas Diversos

Coordenador Geral: Dr. Bruno Takahashi

Coordenador do Grupo: Dr. Clécio Braschi

Relator do Grupo: Dr. Arthur da Silva Moreira

Tema: Isenção de Imposto de Renda por Cardiopatia Grave (Art. 6º, XIV, da Lei nº 7.713/88)

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório tem por objetivo analisar as decisões proferidas pelas Turmas Recursais da 3ª Região, como forma de buscar retratar o entendimento mais recente desses colegiados.

A pesquisa limitou-se a examinar ações estritamente tributárias de isenção de IRPF em que as palavras-chave indicadas (*infarto, stent, revascularização, miocárdio, marcapasso*) guardavam nexo causal com o objeto do processo..

O trabalho buscou mapear o entendimento das Turmas diante dos entendimentos médico-periciais distintos, entre a suficiência do diagnóstico do evento agudo ou da intervenção cirúrgica pretérita (procedimento de alta complexidade ou intercorrência isquêmica com risco de morte) e a exigência de constatação de disfunção ventricular ou limitação hemodinâmica incapacitante contemporânea ao exame. Não foram encontrados precedentes recentes das Turmas Recursais/MS,

O cerne do debate reside em definir se a estabilização clínica decorrente do êxito de procedimentos médicos afasta o enquadramento jurídico da cardiopatia como grave, à luz da vedação de exigência de contemporaneidade de sintomas preconizada pela Súmula nº 627, do STJ.

2. CONCEITO DE CARDIOPATIA GRAVE

2.1. A ausência de definição legal

O art. 6º, XIV, da Lei 7.713/88 isenta de IRPF os rendimentos de aposentadoria percebidos por portadores de cardiopatia grave, sem, contudo, definir o que se entende por esse conceito. A lei remete à "conclusão da medicina especializada", atribuindo aos peritos judiciais papel central na delimitação do direito.

2.2. O conceito adotado pelos peritos judiciais

Na maioria dos casos analisados, os peritos judiciais adotaram os parâmetros da II Diretriz Brasileira de Cardiopatia Grave da Sociedade Brasileira de Cardiologia – SBC, editada em 2006 (disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/6gjWmGTbbySDGGHqTqmkRrs/?format=html&lang=pt>)

. Conforme a Diretriz, são consideradas cardiopatias graves (grifei):

- a) cardiopatias agudas, habitualmente rápidas em sua evolução, que se tornam crônicas, caracterizadas por perda da capacidade física e funcional do coração;
- b) as cardiopatias crônicas, quando limitam, progressivamente, a capacidade física e funcional do coração (ultrapassando os limites de eficiência dos mecanismos de compensação), não obstante o tratamento clínico e/ou cirúrgico adequado;
- c) cardiopatias crônicas ou agudas que apresentam dependência total de suporte inotrópico farmacológico (como dobutamina, dopamina) ou mecânico (tipo *Biopump*, balão intra-aórtico);
- d) cardiopatia terminal: forma de cardiopatia grave em que a expectativa de vida se encontra extremamente reduzida, geralmente não responsiva à terapia farmacológica máxima ou ao suporte hemodinâmico externo. Esses pacientes não são candidatos à terapia cirúrgica, para correção do distúrbio de base (valvopatia, cardiopatia isquêmica, cardiopatia congênita...) ou transplante cardíaco, devido à severidade do quadro clínico ou comorbidades associadas (hipertensão arterial pulmonar, disfunção renal severa, neoplasia avançada).

Assim, há se distinguir cardiopatia (conceito clínico) e “cardiopatia grave” (conceito de perícia médica).

A “Cardiopatia Grave”, para fins periciais, é um quadro clínico constatado a partir de diferentes fatores (doenças, idade, etc.), que caracterizam alguma das situações acima elencadas: I) perda da capacidade física funcional do coração, não obstante tratamento adequado (hipóteses ‘a’ e ‘b’); II) dependência total de suporte farmacológico ou mecânico (hipótese ‘c’); ou III) expectativa de vida extremamente reduzida, sem indicação de terapia cirúrgica ou transplante (hipótese ‘d’).

Já clinicamente, cardiopatia é qualquer alteração ou doença que afeta o funcionamento ou a estrutura do coração, como a cardiopatia isquêmica, a cardiopatia congênita e a cardiopatia hipertensiva. São graves as situações de alto risco de morte iminente, necessidade de intervenções cirúrgicas de grande porte, procedimentos invasivos de emergência ou uso contínuo de medicamentos de uso controlado. Para o cardiologista, o quadro é grave porque exige cuidados intensivos.

No entanto, a gravidade da cardiopatia não significa, necessariamente, que há “Cardiopatia Grave” para fins periciais. As síndromes são apenas indicativas da existência de alguma hipótese de “Cardiopatia Grave”. São exemplos de Cardiopatias Clínicas que NÃO Caracterizam "Cardiopatia Grave" Pericial:

DOENÇA	CLÍNICA	PERÍCIA
Doença Arterial Coronariana (DAC) / Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) Tratado por Stent ou Ponte de Safena/Mamária	A oclusão de uma artéria coronária ou um infarto agudo é uma emergência médica de extrema gravidade clínica, que exige angioplastia com <i>stent</i> ou cirurgia de revascularização miocárdica (<i>ponte de safena</i>).	A Diretriz da SBC consagra o conceito de reversibilidade da gravidade . Se a intervenção desobstruir as artérias, restaurar o fluxo sanguíneo, manter a função do coração preservada (Fração de Ejeção $\geq 40\%$) e o paciente ficar assintomático, a doença deixa de ser enquadrada como "Cardiopatia Grave" pericial.
Valvopatias Severas Corrigidas Cirurgicamente (Troca Valvar)	Uma estenose ou insuficiência aórtica/mitral grave exige cirurgia de troca por prótese valvar.	A Diretriz da SBC aponta que a permanência da qualificação pericial de "Cardiopatia Grave" no pós-operatório dependerá do resultado: se a prótese restabeleceu o fluxo hemodinâmico e não restou disfunção/dilatação ventricular importante, afasta-se o enquadramento pericial.
Hipertensão Arterial Severa sem Lesão de Órgão-Alvo ou sem Disfunção Ventricular	Níveis pressóricos muito elevados (ex.: pressão diastólica > 110 mmHg) são clinicamente alarmantes.	A cardiopatia hipertensiva só é considerada "Cardiopatia Grave" se vier acompanhada de lesões irreversíveis em órgãos-alvo (rins com insuficiência renal, AVC, hipertrofia ventricular esquerda que não regride) ou fração de ejeção $< 40\%$. A hipertensão sob controle medicamentoso, mesmo que exija várias drogas, não se enquadra pericialmente.
Achados Fortuitos em Exames Complementares de Imagem	A detecção em exames de alterações no eletrocardiograma ou pequenas alterações de mobilidade da parede do coração merece atenção e seguimento do cardiologista.	A Diretriz estabelece categoricamente que " <i>os achados fortuitos em exames complementares especializados não são, por si só, suficientes para o enquadramento legal de cardiopatia grave</i> " sem a devida correlação sintomática e funcional.

A Diretriz traça critérios para enquadrar diversos casos como cardiopatia grave. O divisor de águas entre a gravidade clínica e a pericial é o **impacto funcional definitivo no coração** (habitualmente avaliado pela Fração de Ejeção $< 40\%$,

Classes III ou IV de limitação aos esforços da *New York Heart Association* – NYHA, da *Canadian Cardiovascular Society* - CCS ou presença de sequelas permanentes) .

Para as hipóteses ‘a’ e ‘b’, a avaliação da capacidade funcional do coração permite a distribuição dos pacientes em classes ou graus:

- a) GRAU I: pacientes portadores de doença cardíaca sem limitação da atividade física. A atividade física normal não provoca sintomas de fadiga acentuada, nem palpitações, nem dispnéias, nem angina de peito, nem sinais e sintomas de baixo fluxo cerebral;
- b) GRAU II: pacientes portadores de doenças cardíacas com leve limitação da atividade física. Estes pacientes sentem-se bem em repouso, porém os grandes esforços provocam fadiga, dispnéia, palpitações ou angina de peito;
- c) GRAU III: pacientes portadores de doença cardíaca com nítida limitação da atividade física. Estes pacientes sentem-se bem em repouso, embora acusem fadiga, dispnéia, palpitações ou angina de peito, quando efetuam pequenos esforços;
- d) GRAU IV: pacientes portadores de doença cardíaca que os impossibilita de qualquer atividade física. Estes pacientes, mesmo em repouso, apresentam dispnéia, palpitações, fadiga ou angina de peito.

A Diretriz ainda define que: “Considera-se um servidor (ativo ou inativo) como portador de Cardiopatia Grave, quando existir uma doença cardíaca que acarrete o total e definitivo impedimento das condições laborativas, existindo, implicitamente, uma expectativa de vida reduzida ou diminuída, baseando-se o avaliador na documentação e no diagnóstico da cardiopatia.”

A perícia costuma classificar os segurados como portadores de cardiopatia grave somente quando a possibilidade de regressão da condição patogênica é completamente afastada, podendo ser necessário um tratamento especializado por um período.

2.3. Problema do conceito de “Cardiopatia Grave” dos itens ‘a’, ‘b’ e ‘d’

Os conceitos dos itens ‘a’, ‘b’ e ‘d’ da II Diretriz Brasileira de Cardiopatia Grave da SBC restringem a classificação da “cardiopatia grave” a casos em que incabível (‘d’) ou sem efeito (‘a’, ‘b’) o tratamento. A SBC definiu a “cardiopatia grave” como um quadro clínico (dinâmico), em vez de especificar um rol de doenças enquadradas como tal.

Os conceitos, portanto, destoam da lógica da delegação legal. O art. 6º, XIV, da Lei 7.713/88 procurou trazer um rol de doenças (ex.: neoplasia maligna) que geram direito à isenção tributária.

Para as demais doenças graves previstas no rol art. 6º, XIV, da Lei 7.713/88, basta o seu diagnóstico para a isenção tributária. O tratamento clínico (ou possibilidade de tratamento) não retira o direito, uma vez que não é exigida sua contemporaneidade (Súmula 627 do STJ).

Já para a “cardiopatia grave” não basta o diagnóstico de uma doença, é necessário comprometimento funcional do coração e que o tratamento seja contraindicado ou ineficaz.

2.4. Problema do conceito de “Servidor portador de Cardiopatia Grave”

A definição de “servidor (ativo ou inativo) como portador de Cardiopatia Grave” traz dois requisitos cumulativos: total e definitivo impedimento das condições laborativas + expectativa de vida reduzida.

Essa definição não tem uma correlação exata com as hipóteses do rol da Diretriz. Enquanto o rol traz hipóteses alternativas, o conceito de servidor traz como requisitos cumulativos as hipóteses previstas nos itens ‘b’ e ‘d’.

Ademais, o requisito “impedimento laborativo” aparenta ser inadequado para fins de isenção tributária dos proventos de aposentados (art. 6º, XIV, da Lei 7.713/88), porquanto presumidamente encerradas suas funções laborais (a Diretriz da SBC tem conclusão nessa linha). Na verdade, o conceito de servidor portador de Cardiopatia Grave parece mais compatível com a figura da invalidez para fins de concessão de benefícios previdenciários.

3. ANÁLISE DA JURISPRUDÊNCIA DAS TURMAS RECURSAIS

De modo geral, as Turmas Recursais seguem as conclusões dos laudos técnicos periciais, sob o argumento de que o subjetivismo judicial não pode substituir o subjetivismo técnico.

No entanto, é possível constatar que falta uniformidade aos laudos médicos, o que leva à oscilação de entendimento nos órgãos, inclusive, interna.

3.1. Gravidade atual ou pretérita da cardiopatia

No que se refere ao principal objeto de estudo, foi possível constatar que todas as Turmas costumam fundamentar suas decisões nas conclusões dos laudos judiciais, embasadas na **gravidade atual do quadro clínico** da parte autora, sem considerar o seu histórico.

Entretanto, na maioria das Turmas (exceto as 3ª, 4ª, 7ª e 9ª Turmas), há casos pontuais em sentido contrário. Isto é, casos nos quais o julgamento fundamentou-se em perícia que concluiu pela existência de “Cardiopatia Grave” com base no histórico do paciente, não obstante a inexistência atual. A isenção tributária foi concedida com base na Súmula 627 do STJ.

A pesquisa da 1ª e 2ª Turma relatou uma solução intermediária para um caso de “cardiopatia grave temporária” (síndrome grave tratada cirurgicamente): a isenção apenas para período pré-cirúrgico.

As 3ª, 4ª e 12 Turmas também têm julgados afastando as conclusões do laudo técnico judicial para reconhecer a “Cardiopatia Grave” quando o paciente tem marcapasso, citando como precedente a decisão do STJ no RMS 57.058/GO.

3.2. Outras divergências

Foram identificadas ainda outras divergências entre as Turmas Recursais.

1. Suficiência de documentação médica particular (Súmula 598 do STJ): há precedentes aceitando a documentação particular quando suficiente e outros firmando a essencialidade do laudo técnico judicial (1ª, 2ª e 6ª Turmas).

Na pesquisa das Turmas 13, 14 e 15 foi identificada uma situação distinta: perícia administrativa reconheceu e judicial não, prepondera a administrativa, desde que curto espaço de tempo entre a DCB e a perícia judicial.

2. Superação do laudo pericial: verificado julgamentos no sentido de que: a) há preponderância do laudo judicial nos julgamentos, sendo afastável apenas mediante parecer de assistente técnico que aponte erros concretos na metodologia ou nas conclusões do perito; e b) aplicação da Súmula 627 do STJ, sem necessidade de parecer técnico divergente.

4. CONCLUSÃO

A pesquisa confirmou a hipótese inicial de que os resultados dos julgamentos têm sido determinados pela forma como são direcionadas as perguntas ao perito médico judicial e/ou abordada a análise pelo médico no laudo pericial.

Foi constatada falta de uniformidade nos laudos técnicos e inconsistência nos julgamentos.

Como possíveis causas da falta de uniformidade nos laudos técnicos e julgamentos, aponta-se: 1) confusão no conceito de cardiopatia grave; 2) a incompatibilidade do conceito regulamentar abre margem para dupla interpretação; 3) o item c não é satisfatoriamente abordado nas perícias; e 4) os laudos não abordam questões da Súmula 627 do STJ.

É indicada a padronização dos quesitos judiciais na formação dos laudos técnicos para subsidiar os diferentes entendimentos judiciais (assegurada independência funcional).

4.1. Confusão no conceito de cardiopatia grave

Conforme as Diretrizes da SBC, não se confundem cardiopatia (síndrome) e “cardiopatia grave” (conceito da perícia médica). A gravidade da cardiopatia não significa, necessariamente, que há “Cardiopatia Grave”.

Constataram-se inconsistências conceituais nos laudos técnicos e nos julgamentos que afastaram laudos técnicos. Há casos que utilizam: I) apenas os conceitos dos itens ‘a’ e ‘b’ das Diretrizes (comprometimento da capacidade física e funcional do coração, não resolvida pelo tratamento); II) que utilizam também o conceito do item ‘c’ (dependência de fármaco ou mecânica); III) que observam também o item ‘d’ (redução da expectativa de vida, sem tratamento recomendado); IV) que utilizam o conceito de servidor (ativo ou inativo) portador de cardiopatia grave; e V) embasados na existência pretérita de síndromes graves.

Logo, há laudos focados no estado clínico atual e futuro; há laudos que analisam também eventos pretéritos do periciado; e há laudos incluem a análise da dependência de fármaco ou ajuda mecânica.

Nesse contexto, repisa-se que o conceito de servidor (ativo ou inativo) portador de cardiopatia grave parece mais adequados às hipóteses de benefícios previdenciários por invalidez.

4.2. Incompatibilidade dos itens ‘a’, ‘b’ e ‘d’ com a Lei nº 7.713/88

Os conceitos dos itens ‘a’, ‘b’ e ‘d’ da II Diretriz Brasileira de Cardiopatia Grave da SBC restringem a classificação da “cardiopatia grave” a casos em que não cabível (‘d’) ou sem efeito (‘a’, ‘b’) o tratamento.

Essa definição foge da sistemática da norma tributária. O art. 6º, XIV, da Lei 7.713/88 procurou trazer um rol de doenças (CID - ex.: neoplasia maligna) que

geram direito à isenção tributária. Contudo, a SBC definiu a “cardiopatia grave” como um quadro clínico (dinâmico), em vez de especificar um rol de doenças enquadradas como tal.

Em razão disso, há duas possíveis soluções jurídicas para a análise das hipóteses “cardiopatia grave” previstas nos itens ‘a’, ‘b’ e ‘d’ da II Diretriz da SBC:

- I. Restringir a isenção tributária para casos de “Cardiopatia Grave” atual e irreversível (tratamento contraindicado ou ineficaz), afastando a Súmula 627;
- II. Reconhecer a ilegalidade do conceito da perícia médica de “Cardiopatia Grave”, estendendo a isenção tributária a casos em que diagnosticada, em algum momento, uma síndrome cardiopata de natureza grave, ainda que tratável, com aplicação da Súmula 627 do STJ.

Como dito, há laudos focados no estado clínico atual e futuro e outros que analisam também eventos pretéritos do periciado. A pesquisa demonstra que predomina a primeira solução nas Turmas Recursais da 3ª Região.

Todavia, vale mencionar que no STJ, parece prevalecer a segunda posição. A Primeira Turma do STJ decidiu, em 2020, no REsp 1.836.364, que o sucesso no tratamento de uma doença grave não afasta o direito à isenção de IR previsto na legislação. Para o colegiado, na hipótese de contribuintes acometidos por doenças classificadas como graves – nos termos do artigo 6º, inciso XIV, da Lei 7.713/1988 –, a isenção do IR não pode ser afastada pela falta de atualidade do quadro clínico que gerou o benefício, como estabelecido na Súmula 627 do STJ, segundo a qual a contemporaneidade dos sintomas não é requisito para o reconhecimento do direito.

Nas Turmas Recursais, alguns julgamentos afastaram as conclusões de laudos técnicos judiciais em razão da presença de marcapasso, fundamentadas no julgamento RMS 57.058/GO (STJ) - firmado em razão da gravidade da cardiopatia (avaliação do histórico).

4.3. Omissão quanto ao item ‘c’ nos laudos técnicos

Conforme o item ‘c’ da Diretriz da SBC, são Cardiopatias Graves: “cardiopatias crônicas ou agudas que apresentam dependência total de suporte inotrópico farmacológico (como dobutamina, dopamina) ou mecânico (tipo Biopump, balão intra-aórtico)”.

A situação ocorre quando o comprometimento cardíaco é compensado com suporte farmacológico ou mecânico. Ou seja, há tratamento indicado e eficaz, porém sem reversão da doença (cura).

Vale esclarecer que stents e marcapassos não se enquadram nesta categoria. O termo *suporte mecânico* no critério "c" refere-se estritamente a **dispositivos de assistência circulatória** que substituem ou auxiliam mecanicamente a função de bombeamento de sangue do coração (como o Balão Intra-Aórtico - BIA, o dispositivo Biopump, Impella ou ECMO) em quadros de choque cardiogênico ou falência miocárdica aguda/terminal.

O Stent coronariano é uma endoprótese expansível utilizada no interior da artéria para manter o vaso desobstruído. Já o marcapasso é um dispositivo de **estímulo e suporte elétrico**, destinado a corrigir distúrbios da condução e do ritmo do coração (como bradicardias ou bloqueios atrioventriculares).

Pelo teor das pesquisas, nem sempre os laudos técnicos abordam essas informações. Assim, a questão ainda não foi discutida de forma aprofundada pelos tribunais.

4.4. Omissão quanto aos fundamentos da Súmula 627 do STJ

Enuncia a Súmula 627 do STJ: “O contribuinte faz jus à concessão ou à manutenção da isenção do imposto de renda, não se lhe exigindo a demonstração da contemporaneidade dos sintomas da doença nem da recidiva da enfermidade.”

O entendimento fundamenta-se no fato de que determinados males de saúde exigem, da pessoa que os teve em algum momento de sua vida, a realização de gastos financeiros perenes – relacionados, por exemplo, a exames de controle ou à aquisição de medicamentos.

Contudo, os laudos técnicos não trazem elementos para subsidiar a análise no caso concreto.

5. SUGESTÃO DE QUESITOS

Considerando que a discrepância dos julgados decorre essencialmente da forma como os peritos abordam a reversibilidade e a sintomatologia da doença que acomete os autores, justifica-se a padronização de quesitos judiciais para a formação dos laudos técnicos judiciais.

Conforme demonstrado, há diferentes posições jurídicas possíveis de se extrair da regulamentação infralegal. Os quesitos técnicos devem ser elaborados de forma a subsidiar todas as correntes, preservando a independência funcional de cada magistrado.

Dessa forma, sugerem-se os seguintes quesitos nas perícias que tenham relação com os pedidos de isenção fiscal em decorrência de cardiopatia grave (art. 6º, XIV, da Lei nº 7.713/88):

Quesito 1. À luz das Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia, do ponto de vista clínico, o periciado apresenta(ou) alguma cardiopatia (alteração ou doença que afetou a estrutura do coração)? Em caso afirmativo, qual o diagnóstico (CID)? Qual é(era) sua gravidade para fins clínicos? Quais as datas estimadas de início e fim da doença?

Quesito 2. Em algum momento de sua evolução, a cardiopatia resultou em limitação física e/ou funcional do coração? Qual a classe/grau funcional do coração durante o evento (v.g. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia e Classes da NYHA)?

Quesito 3. Foi realizado (ou atualmente é indicado) procedimento para eliminar a patologia subjacente de base ou promover o controle, a compensação clínica e a estabilização de seus sintomas? Qual foi o resultado? Caso recomendado, mas ainda não realizado, qual o prognóstico?

Quesito 4. A cardiopatia gera dependência total de suporte inotrópico farmacológico (como dobutamina, dopamina, ou análogo) ou mecânico (tipo Biopump, balão intra-aórtico, ou análogo)?

Quesito 5. Em razão da cardiopatia a expectativa de vida se encontra extremamente reduzida? O paciente é inelegível à terapia cirúrgica, para correção do distúrbio de base (valvopatia, cardiopatia isquêmica, cardiopatia congênita...) ou transplante cardíaco, devido à severidade do quadro clínico ou comorbidades associadas?

Quesito 6. O quadro clínico atual da parte autora, ainda que classificado como assintomático ou estável na data do exame físico, é dependente da manutenção ininterrupta de acompanhamento médico especializado de rotina, uso de medicações cardiológicas contínuas ou monitoramento de dispositivos artificiais permanentes para evitar a descompensação, recidiva ou risco de morte associado à moléstia de base?

Quesito 7. A condição cardíaca do autor pode ser considerada “Cardiopatia Grave”, segundo o conceito pericial das diretrizes médicas da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC)? Em qual hipótese da Diretriz ela se enquadra?

Este é o relatório, que encaminho para fins de apreciação e debates perante os integrantes da Comissão de Jurisprudência.

Atenciosamente,

Arthur da Silva Moreira

Juiz Federal Substituto

Grupo Assuntos Diversos – Composição atual

CLÉCIO BRASCHI (2ª TR/SP)

FABÍOLA QUEIROZ DE OLIVEIRA (12ª TR/SP) 74

LUCIANE APARECIDA FERNANDES RAMOS, JEF SÃO PAULO 111

RONALDO JOSÉ DA SILVA (1ª TR/MS) 174

RICARDO DAMASCENO DE ALMEIDA (2ª TR/MS) 209

GUSTAVO BARBOSA COELHO, JEF Campinas 38

RENATO ADOLFO TONELLI JUNIOR (6ª TR/SP) 84

ARTHUR DA SILVA MOREIRA, JEF SÃO JOSÉ DOS CAMPOS 101

EDUARDO MULLER GOMES, JEF São Bernardo do Campo 119

RAFAEL MINERVINO BISPO, JEF ARAÇATUBA 259