

Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho -
FUNDACENTRO
Programa de Pós-Graduação em Trabalho, Saúde e Ambiente

Miguel de Castro Fernandes

Asma relacionada ao trabalho e silicose: avaliação pericial no INSS de casos diagnosticados em ambulatório especializado entre 2005 e 2015

São Paulo
2017

Miguel de Castro Fernandes

Asma relacionada ao trabalho e silicose: avaliação pericial no INSS de casos diagnosticados em ambulatório especializado entre 2005 e 2015

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho (Fundacentro), como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Trabalho, Saúde e Ambiente.

Área de Concentração: Segurança e Saúde do Trabalhador

Linha de Pesquisa: Estudo de Doenças Relacionadas ao Trabalho

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Algranti

São Paulo

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Serviço de Documentação e Biblioteca – SDB / Fundacentro
São Paulo – SP
Sergio Roberto Cosmano CRB-8/7458

Fernandes, Miguel de Castro

Asma relacionada ao trabalho e silicose: avaliação pericial no INSS e casos diagnosticados em ambulatório especializado entre 2005 e 2015 [texto] / Miguel de Castro. – 2017.
86 f.

Orientador: Eduardo Algranti
Dissertação (mestrado)-Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança de Medicina do Trabalho, São Paulo, 2017.
Referências: f. 82-86.

1. Asma – Asma Ocupacional – Silicose. 2. Asma – Previdência Social – Perito Médico. I. Algranti, Eduardo. II. Título.

É expressamente proibida a comercialização deste documento tanto na sua forma impressa, como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.


Miguel de Castro Fernandes

Asma relacionada ao trabalho e silicose: avaliação pericial no INSS de casos diagnosticados em ambulatório especializado entre 2005 e 2015


Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho (Fundacentro), como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Trabalho, Saúde e Ambiente.

Aprovado em 07 de março de 2017.

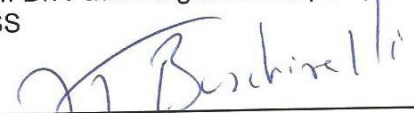
Banca examinadora:




Prof. Dr. Eduardo Algranti
Fundacentro



Prof. Dr. Paulo Rogério Albuquerque de Oliveira
INSS



Prof. Dr. José Tarcísio Penteado Buschinelli.
Fundacentro



Profª. Dra. Teresa C. Nathan O. Pinto
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Professor Doutor Eduardo Algranti pela orientação, apoio e confiança em mim depositados. Não seria possível materializar esse projeto sem a sua inestimável contribuição.

Aos meus filhos Lílian Rayanne, Sara e André, pelas horas retiradas do nosso convívio e que nunca serão repostas. Aos meus irmãos pelo incentivo e aos meus pais pelo que representam na minha vida.

Aos professores da FUNDACENTRO, em especial ao Dr. Marco Antonio Bussacos, Dra. Elizabete Coeli Mendonça, Dr. Sergio Antonio dos Santos, Dr. César Akiyoshi Saito e ao Prof. Gilmar da Cunha Trivelato.

Aos colegas do INSS Márcia Garcia, Gerente Executiva do INSS/São Paulo Leste, e Claudio José Vistue Rios, ex. Gerente da Agencia da Previdência Social/Aricanduva.

RESUMO

FERNANDES, M. de C. Asma relacionada ao trabalho e silicose: avaliação pericial no INSS de casos diagnosticados em ambulatório especializado entre 2005 e 2015. 63f. Dissertação (Mestrado em Trabalho, Saúde e Ambiente) - Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho - FUNDACENTRO, São Paulo, 2017.

Introdução: A asma relacionada ao trabalho (ART) e a silicose são doenças adquiridas no trabalho, prevalentes no Brasil. Pelo fato da ART ser uma doença multicausal, a confirmação do nexos laboral é complexa. A silicose é considerada uma doença profissional, com surgimento tardio dos sintomas. Pacientes acometidos por essas doenças enfrentam dificuldades em garantir seus direitos nas avaliações periciais do INSS. **Objetivos:** Analisar os desdobramentos de uma população de trabalhadores diagnosticados com ART e silicose que passaram por avaliação pericial no INSS. **Metodologia:** Estudo retrospectivo de uma série de casos de ART e silicose diagnosticados no ambulatório de pneumopatias ocupacionais da FUNDACENTRO no período de 1 de janeiro de 2005 a 31 de dezembro de 2015, didaticamente dividido em dois artigos distintos. As informações foram colhidas em prontuários médicos e previdenciários. No primeiro trabalho realizou-se uma análise descritiva das variáveis sócio-demográficas, ocupacionais e clínico-laboratoriais de 116 pacientes, 66 diagnosticados com ART e 50 silicóticos e suas associações com as avaliações previdenciárias. No segundo foi feito um estudo qualitativo das avaliações periciais de 86 pacientes que passaram por perícia no INSS. Destes, selecionaram-se 17 casos onde as avaliações apresentavam conclusão de resultados não concordantes com a legislação previdenciária ou que não permitiam entender os critérios utilizados para a conclusão pericial. **Resultados:** A ART ocorre em pacientes mais jovens do que os com silicose. Os pacientes com ART passaram por mais avaliações periciais do que os silicóticos, com maior número de indeferimentos. Benefício por incapacidade foi concedido a 48 pacientes (71,72%) portadores de ART e 27 (54%) dos silicóticos. A reabilitação profissional foi solicitada para 27 (56,25%) portadores de ART e 8 (29,63%) pacientes silicóticos, sendo encaminhados ao centro de reabilitação profissional em média 15 meses após o início do benefício. Apesar do sintoma dispnéia nos casos de ART e o exame de imagem, nos casos de silicose, apresentar significância estatística, a prova de função pulmonar e demais sintomas respiratórios não foram valorizados na avaliação pericial. Os critérios para concessão de benefícios não foram uniformes. Os problemas identificados com maior frequência foram: a) pacientes com avaliações periciais sequenciais e resultados muito divergentes em curto período, b) pacientes que apresentaram agravamento dos sintomas clínicos, mas que tiveram sua condição ignorada pela avaliação pericial, fixando o início da incapacidade em período anterior ao agravamento, c) benefícios concedidos em espécie acidentária, mas com exclusão do nexos após revisão médica ou não reconhecimento da espécie acidentária do benefício mesmo com elementos suficientes para caracterização do nexos laboral, d) necessidade de afastamento de pacientes do ambiente insalubre, com indeferimento do pedido ou encerramento do benefício sem encaminhamento para a reabilitação profissional e, e) pacientes na reabilitação por período prolongado sem resolução. **Conclusões:** Pacientes com ART e silicose enfrentaram

dificuldades nas avaliações periciais do INSS. Os portadores de ART tiveram mais dificuldades em receber benefício do que os pacientes silicóticos, passaram por mais avaliações periciais, tiveram maior número de indeferimentos e maior dificuldade no reconhecimento da natureza acidentária da doença. O processo de Reabilitação Profissional foi demorado no seu encaminhamento e resolução em ambos os grupos. Perícias foram concluídas nem sempre obedecendo aos critérios definidos na legislação e, frequentemente, não levando em consideração os relatórios médicos emitidos por especialistas.

Palavras-chave: Asma, Asma Ocupacional, Silicose, Previdência Social, Perito Médico.

ABSTRACT

FERNANDES, M. de C. Work-related asthma and silicosis: expert evaluation on social security of cases diagnosed in a specialized ambulatory between 2005 and 2015. 2017. f. Dissertation (Master in Work, Health and Environment) - Jorge Duprat Figueiredo Foundation of Safety and Occupational Medicine - FUNDACENTRO, São Paulo, 2017.

Introduction: Work-related Asthma (WRA) and silicosis are prevalent occupational diseases in Brazil, Work-related Asthma is the most prevalent of occupational respiratory diseases in industrialized countries. Patients who are diagnosed with these illnesses face difficulties when searching their rights at the Social Security (INSS) expert evaluations. Because WRA is a multi-causal disease, the causal link confirmation is not always recognized. Silicosis is considered an occupational disease, but due to the late onset of symptoms, patients when diagnosed face difficulties to assure their labor and social security rights. **Objectives:** To analyze the social security outcomes of a working population diagnosed with WRA and silicosis, who went through expert examination at the INSS, with an emphasis on results which did not comply with the social security law or when the evaluation criteria were not understandable. **Methodology:** Retrospective cases series study of WRA and silicosis diagnosed at FUNDACENTRO's occupational respiratory diseases clinic from January 1st, 2005 to December 31st, 2015, didactically divided into two distinct papers. Corresponding information at the INSS electronic database were searched. The first paper presents a descriptive analysis of the demographic, occupational, clinical and laboratory variables of 116 patients, 66 diagnosed with WRA and 50 with silicosis and their associations with expert evaluations. The second paper is a qualitative study of expert evaluations of 86 patients who had gone through expert evaluations at the INSS. Of these, 17 cases, which presented conclusions the not in line with the social security law or which the utilized criteria to conclude was not understandable, were selected. **Results:** WRA happens in younger patients when compared with silicosis. Patients diagnosed with WRA go through more expert examinations than patients with silicosis, and they also present a higher number of denials. Disability benefits were granted to 48 patients (71,72%) who were diagnosed with WRA and 27 (54%) with silicosis. Occupational rehabilitation was requested to 27 (56,25%) patients with WRA and to 8 (29,63%) patients with silicosis, who were referred to the occupational rehabilitation center around 15 months after they began receiving the benefit. Although the dyspnea symptom and radiographic examination showed statistical significance, the pulmonary function test and other respiratory symptoms were not taken into account. The expert's criteria used to grant benefits were uneven. The most frequent identified problems were: patients with sequential expert evaluations and widely divergent result in a short period of time. Patients who presented worsened clinical symptoms, but had their status ignored by expert evaluation, establishing the beginning of their incapacity in a period prior to the worsening. Benefits granted in accidental kind, but which had their nexus excluded after medical work-up or which the benefit in accidental kind, even when there were sufficient elements to portray the labor nexus, failed to be recognized. Patients who needed to be removed from their unhealthy working place had their requests denied or had their benefit canceled with no referral to occupational rehabilitation. Patients

who were in rehabilitation for a prolonged period with no resolution. **Conclusion:** Patients who were diagnosed with WRA and silicosis faced difficulties when submitted to expert evaluations at the INSS. Patients with WRA had more difficulties to receive benefits, went through more expert evaluations, received more denials and faced more difficulties to get their disease's accidental nature recognized than patients with silicosis. The Professional Rehabilitation process was lengthy in both referral and resolution to both parties. Expert evaluations were finalized by medical experts who did not follow the criteria defined by law, who also lack professional qualification and do not take into consideration medical reports issued by specialists.

Keywords: Asthma, Occupational Asthma, Silicosis, Social Security, Medical Expert.

LISTA DE TABELAS

Parte I

Tabela 1 - Características sócio-demográficas, dados de função pulmonar, hábitos tabágicos e concessão de benefícios de pacientes diagnosticados com asma relacionada ao trabalho e silicose, Fundacentro, 2005-2015	36
Tabela 2 - Índices espirométricos de pacientes diagnosticados com asma relacionada ao trabalho e silicose, Fundacentro, 2005-2015	37
Tabela 3 - Tempo para encaminhamento e permanência no centro de reabilitação profissional do INSS de pacientes diagnosticados com asma relacionada ao trabalho e silicose, Fundacentro, 2005-2015	37
Tabela 4 - Benefícios concedidos á pacientes diagnosticados com asma relacionada ao trabalho e silicose, Fundacentro, 2005-2015	38
Tabela 5 - Relação entre a concessão de benefício, espirometria, sintomas clínicos compatíveis com bronquite e dispneia em pacientes diagnosticados com asma relacionada ao trabalho e silicose, Fundacentro, 2005-2015	39

Parte II

Tabela 1 Grupos de casos selecionados com discordância na aplicação de regras de avaliação pericial	61
Tabela 2 - Grupo I - Resultados discordantes de avaliações periciais em breve período	62
Tabela 3 - Grupo II - Fixação da Incapacidade em período sem qualidade de segurado	63
Tabela 4 - Grupo III - Exclusão ou não aplicação do nexo causal.....	64
Tabela 5 - Grupo IV - Delegação de competência para reabilitação para o médico do trabalho	65
Tabela 6 - Grupo V - Indefinição da reabilitação profissional	66

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AA	Auxílio acidente
AAT	Asma agravada pelo trabalho
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AO	Asma ocupacional
ART	Asma Relacionada ao Trabalho
art.	Artigo
BI	Benefício por Incapacidade
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CAT	Comunicação de Acidente de Trabalho
CID	Código Internacional de Doenças
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNAE	Cadastro Nacional de Atividade Econômica
CNIS	Cadastro Nacional de Informações Sociais
CO	Controle Operacional
CVF	Capacidade vital forçada
DAT	Data do Afastamento do Trabalho
DID	Data de início da doença
DII	Data de início da incapacidade
DP	Desvio Padrão
DPOC	Doença pulmonar obstrutiva crônica
EPI	Equipamento de Proteção Individual
EUA	Estados Unidos da América
FUNDACENTRO	Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho
GLI	Global Lung Initiative
GM	Gabinete do ministro
HISCREWEB	Histórico de Créditos e Benefícios
IgE	Imunoglobulina E
IGP-DI	Índice geral de preços – disponibilidade interna
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
IT	Índice de Tiffenau

LI	Limite Indefinido
LIN	Limite inferior de normalidade
MS	Ministério da Saúde
nº	Número
NTEP	Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário
OIT	Organização Internacional do Trabalho
PRP	Programa de Reabilitação Profissional
RAIS	Relação Anual de Informações Sociais
RGPS	Regime Geral de Previdência Social
RIT	Retorno Imediato ao Trabalho
RP	Reabilitação Profissional
RX	Raios-X
SABI	Sistema de Administração de Benefícios por Incapacidade
SIMA	Solicitação de Informações ao Médico Assistente
STJ	Superior Tribunal de Justiça
VEF1	Volume expiratório forçado no primeiro segundo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
1.1	Silicose	15
1.2	Asma relacionada ao trabalho	17
1.3	Implicações legais e previdenciárias da silicose e da asma relacionada ao trabalho	21
1.4	Objetivos	23
1.4.1	Objetivo geral	23
1.4.2	Objetivos específicos	23
	REFERENCIAS	24
2	Artigo I	28
	ASMA RELACIONADA AO TRABALHO E SILICOSE: RELAÇÃO ENTRE DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS, CLÍNICOS, OCUPACIONAIS E A CONCESSÃO DE BENEFÍCIOS AOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS EM AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO ENTRE 2005 A 2015	28
	RESUMO	28
	ABSTRACT	29
1	INTRODUÇÃO	31
2	METODOLOGIA	32
2.1	Desenho do estudo	32
2.2	População analisada	32
2.3	Variáveis do estudo	33
2.3.1	Dados sócio-demográfico e hábitos	33
2.3.2	Dados ocupacionais	33
2.3.3	Sintomas respiratórios e relações temporais com a exposição	33
2.3.4	Testes de função pulmonar	34
2.3.5	Exame de imagem	34
2.3.6	Dados previdenciários	34
2.3.7	Dados de despesas	34
2.4	Análise dos dados	35
2.5	Considerações éticas	35
3	RESULTADOS	35
4	DISCUSSÃO	40
4.1	Resumo dos principais achados	40
4.2	Dados sócio-demográficos	41

4.3	Limitações do estudo	46
5	CONCLUSÕES	46
	REFERÊNCIAS	47
3	Artigo II	50
	AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE LABORAL EM ASMA RELACIONADA AO TRABALHO E SILICOSE: DIFICULDADES NO ENTENDIMENTO DA CONDUÇÃO PERICIAL.....	50
	RESUMO	50
	ABSTRACT.....	51
1	INTRODUÇÃO	53
2	CONCEITOS E REGRAS RELACIONADOS À ATIVIDADE PERICIAL NO INSS	55
2.1	Carência	55
2.2	Manutenção e perda da qualidade de segurado	56
2.3	Auxílio-doença.....	57
2.4	Conceitos de incapacidade e Invalidez	57
2.5	Data de Início da doença (DID) e data do início da incapacidade (DII)	58
2.5.1	A data do início da doença	58
2.5.2	A data do início da incapacidade.....	58
2.6	Atribuições da medicina pericial na reabilitação profissional.....	59
3	METODOLOGIA.....	59
4	RESULTADOS	61
5	DISCUSSÃO	66
5.1	Grupo I - resultados discordantes de avaliações periciais em breves períodos.....	67
5.2	Grupo II – fixação de incapacidade em período em que não era segurado	69
5.3	Grupo III – exclusão ou não aplicação do nexos causal	71
5.4	Grupo IV – delegação da competência de reabilitação para o médico do trabalho.....	74
5.5	Grupo V - indefinição da reabilitação profissional	75
5.6	Limitações do estudo	76
6	CONCLUSÕES	76
	REFERÊNCIAS	78
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	80
5	RECOMENDAÇÕES	81
	REFERENCIAS	82

1 INTRODUÇÃO

O sistema respiratório é o segundo maior sistema em contato com o meio ambiente e se caracteriza como umas das principais portas de entrada de substâncias exógenas no organismo. Apresenta cerca de 100 metros quadrados de superfície por onde circulam 7 a 12 mil litros de ar por dia (BAGATIN; KITAMURA, 2006). As vias aéreas, das fossas nasais aos alvéolos, mantêm contato com 14.000 litros de ar durante as 40 horas de trabalho semanais (TELLES FILHO, 2015). A exposição a gases, vapores e aerodispersóides (poeiras, fumos e névoas) podem causar doenças pulmonares, evidenciando a importância de se conhecer as exposições ambientais e ocupacionais.

As doenças respiratórias são altamente prevalentes na população em geral, figurando entre as principais responsáveis por absenteísmo nas escolas e no trabalho (ILDEFONSO; BRANCO; OLIVEIRA, 2009). Exposições ocupacionais por gases, vapores e particulados são fatores de risco para o desenvolvimento de doenças respiratórias. Estima-se que os fatores de risco presentes no trabalho foram globalmente responsáveis por 13% dos casos de Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), 11% de asma e 9% de câncer de pulmão (NELSON et al., 2005).

No Brasil, informações sobre o número de trabalhadores expostos a poeira contendo sílica indicam que 5,6% dos trabalhadores com emprego formal tinham exposição a sílica por, pelo menos, 30% da jornada. Os setores com maior prevalência de exposição foram: construção civil com 65%, porém o risco real de adoecimento é desconhecido, extração de pedras 59%, indústria de mineral não metálico 55% e indústria metalúrgica 24% (RIBEIRO et al., 2008). Outro estudo também verificou um alto índice de exposição em pedreiras, cerâmicas e na construção civil (SOUZA; QUELHAS, 2003). Embora exposição não seja sinônimo de risco, não se conhece com exatidão o número de pessoas que adoecem ou morrem, bem como os custos decorrentes desses agravos.

Estudo de 778 pacientes atendidos no ambulatório da Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho (FUNDACENTRO), entre 1984 a 1994, diagnosticou 394 (50,6%) trabalhadores com pneumopatias ocupacionais. A Asma Relacionada ao Trabalho (ART) foi a doença mais prevalente, com 63% dos casos. As indústrias de plásticos ou borracha (21,7%), indústrias químicas (17,3%), metalúrgicas (11,9%) e cerâmicas (6,6%) foram os setores de maior prevalência,

mas a ART também foi encontrada em outras atividades como padarias, oficinas de automóveis, laboratórios e hospitais (MENDONÇA et al., 1994).

A ART é referida como a mais comum das doenças respiratórias relacionadas ao trabalho nos países industrializados (JEEBHAY; QUIRCE, 2007), e a silicose, a mais frequente das pneumoconioses e a principal causa de invalidez entre as doenças respiratórias ocupacionais (TERRA FILHO; SANTOS, 2006).

O reconhecimento do nexo entre essas doenças e a ocupação do trabalhador é importante para auxiliar na viabilização de estratégias que previnam a exposição, que orientem na conduta, favoreçam o prognóstico do trabalhador afetado, além de auxiliar na obtenção de compensações financeiras e também levar a alterações no ambiente de trabalho que tenham impacto favorável na saúde de outros trabalhadores em risco (ILDEFONSO; BRANCO; OLIVEIRA, 2009). Muitos profissionais da área da saúde ignoram a etiologia ambiental e ocupacional das doenças respiratórias, o que resulta em uma subnotificação dos casos, assim como na não caracterização do nexo causal (BAGATIN; KITAMURA, 2006).

1.1 Silicose

O termo pneumoconiose é utilizado para designar doenças pulmonares relacionadas à inalação, deposição e reação tecidual a poeiras minerais em ambientes de trabalho. Excluem-se da denominação as alterações neoplásicas e as reações de vias aéreas como a asma, bronquite e enfisema (PARKER, 1994). As pneumoconioses mais prevalentes são a silicose, a asbestose e a pneumoconiose do trabalhador de carvão. Outras com repercussões clínicas, funcionais e estruturais distintas são causadas por uma extensa gama de particulados minerais (CAPITANI; ALGRANTI, 2006).

O termo silicose foi empregado pela primeira vez por Visconti, em 1870 (DISEASE ASSOCIATED WITH EXPOSURE TO SILICA AND NONFIBROUS SILICATE MINERALS, 1988). É o nome dado à fibrose pulmonar causada pela inalação de poeira contendo sílica cristalina, sendo a pneumoconiose mais prevalente no mundo (TERRA FILHO; SANTOS, 2006; CAPITANI, 2006). A ocorrência desta patologia fora do ambiente de trabalho está restrita a situações geológicas e climáticas muito específicas, de difícil controle, situações estas não encontradas em nosso país (FERREIRA et al., 2006). Como doença ocupacional, é

passível de prevenção, pois se trata de doença com etiologia, mecanismos fisiopatogênicos, relação dose-resposta e ocupações de risco bem definidos e estabelecidos ao longo dos últimos cem anos (CAPITANI, 2006).

A sílica ou dióxido de silício é um composto natural formado pelos dois elementos químicos mais abundantes na crosta terrestre, o oxigênio e o silício. É encontrada na natureza nas formas amorfa e cristalina, e quando combinadas com metais e óxidos, dão origem a silicatos como o talco, feldspato, caulim e mica. A forma amorfa, embora não seja inerte, é menos tóxica do que a cristalina, sendo encontradas em rochas vulcânicas vitrificadas, terras diatomáceas não aquecidas, sílica gel, no vidro sintético e na lã de vidro (TERRA FILHO; SANTOS, 2006). A sílica cristalina que se encontra na areia e em diversas rochas, como o arenito, o granito e o siliex, apresenta variado polimorfismo. O quartzo é a forma mais comum e corresponde a cerca de 12% da crosta terrestre.

O número de trabalhadores expostos e o risco de exposição à sílica cresceram com o processo de industrialização e estão associados, além da silicose, à doença pulmonar obstrutiva crônica, câncer de pulmão, doenças autoimunes e aumento do risco de tuberculose pulmonar e de doenças do colágeno (TERRA FILHO; SANTOS, 2006).

Os riscos de inalação de poeira com sílica podem estar presentes em uma ampla variedade de situações: extração e beneficiamento de rochas ornamentais, mineração de ouro e outros metais, de pedras preciosas, perfuração de poços; nas indústrias cerâmicas, na indústria da construção, de borracha, na fabricação de vidros e de fertilizantes, em fundições; em operações de jateamento abrasivo de areia, retífica e polimento de metais e minerais com abrasivos contendo sílica, atividades de manutenção e limpeza de fornos, moinhos e filtros; confecção de próteses dentárias, lapidação de cristais, pedras preciosas e semipreciosas (TERRA FILHO; SANTOS, 2006; BARBOSA et al., 2011; LOPES et al., 2012).

Apesar dos riscos conhecidos a exposição continua a ocorrer, mesmo em países desenvolvidos. Estudo da exposição à sílica no Brasil no ano de 2001, considerando uma população de 36.899.417 trabalhadores de ambos os sexos (na base Relação Anual de Informações Sociais (RAIS)), identificou 2.065.929 trabalhadores considerados definitivamente expostos (5,6%), além de 2.404.955 (6,52%) onde a exposição era provável, concluindo que a prevalência de trabalhadores brasileiros definitivamente expostos à sílica é mais alta do que nos

países europeus onde estudos semelhantes foram conduzidos (RIBEIRO et al., 2008).

O risco de desenvolvimento da doença depende da concentração, das propriedades de superfície, do tamanho da partícula, da duração da exposição, do tempo de latência, da forma de sílica cristalina (tridimita e cristobalita são menos frequentes, porém mais tóxicas do que o quartzo). Partículas recém-fraturadas são mais tóxicas (TERRA FILHO; SANTOS, 2006).

Existem três formas de apresentação clínica de doença. A aguda manifesta-se como uma proteinose alveolar, geralmente ocorre após meses ou poucos anos de exposição elevada a partículas de sílica finamente divididas e recém-quebradas, como ocorrem nos jateamentos de areia e perfuração de poços, com quadro de dispnéia intensa, astenia, perda de peso e hipoxemia. Habitualmente, há rápida evolução para o óbito. A forma acelerada apresenta manifestações clínicas após um período de exposição de cinco a dez anos. As alterações patológicas são representadas pela presença de nódulos silicóticos. O tipo mais comum de silicose é a forma crônica, que geralmente ocorre após dez anos de exposição. Tem evolução insidiosa, inicialmente assintomática ou com poucos sintomas, evoluindo com dispnéia progressiva. O exame radiográfico inicial apresenta infiltrado micronodular bilateral, com predomínio das zonas pulmonares superiores. Com a progressão da doença, pode ocorrer a coalescência dos nódulos e a formação de grandes opacidades, geralmente bilaterais, denominadas fibrose maciça progressiva.

A silicose é a principal causa de invalidez entre as doenças respiratórias ocupacionais (TERRA FILHO; SANTOS, 2006).

1.2 Asma relacionada ao trabalho

O termo Asma Relacionada ao Trabalho (ART) é o mais adequado, pois abrange dois grupos: a asma ocupacional (AO) e a asma agravada pelo trabalho (AAT). A primeira é uma doença profissional e a segunda uma doença do trabalho. A ART pode ser causada por mecanismos de sensibilização (IgE dependente ou independente), onde se observa um período de latência antes do início dos sintomas. A asma não imunológica induzida por irritantes, denominada síndrome da disfunção reativa das vias aéreas, pode ocorrer após uma única ou múltiplas

exposições a um agente irritante não específico em altas concentrações (CHAN-YEUNG; MALO, 1995).

A definição mais citada da ART é “obstrução reversível ao fluxo aéreo e/ou hiper-reatividade brônquica devida as causas e condições atribuíveis a um determinado ambiente de trabalho e não aos estímulos externos” (BERNSTEIN et al., 1993). A AAT é a asma previamente existente, assintomática ou não, que se agravou, ou foi exacerbada, pela exposição no ambiente de trabalho (VANDENPLAS; MALO, 2003). Esforço e exposição ao ar frio e seco, poeira, fumos e *sprays* são comuns no local de trabalho e podem agravar a asma, especialmente naqueles com doença moderada a grave e os que não recebem tratamento ideal (MAPP, 2005). O relato de asma pré-existente torna difícil à comprovação do nexo causal, sendo este frequentemente contestado nas avaliações clínicas (TARLO; LEMIERE, 2014).

A ART foi inicialmente descrita por Ramazzini no início do século XVIII. Jack Pepys, entre 1960 e 1980 descreveu numerosos casos de asma ocupacional (MALO; CHAN-YEUNG, 2001).

A ART é a mais comum das doenças pulmonares adquiridas no trabalho na maioria dos países industrializados (JEEBHAY; QUIRCE, 2007). A prevalência da ART varia de acordo com os perfis econômicos, regionais e as estruturas dos sistemas de saúde. Compreendem cerca de 10% de todas as doenças adquiridas no trabalho, notificadas em países como o Reino Unido (CHERRY, 2000). Nos países em desenvolvimento, como África do Sul, é a segunda doença pulmonar adquirida no trabalho mais comum, sendo superada pelas pneumoconioses (ESTERHUIZEN; HNIZDO; REES, 2001). No entanto, a incidência total da ART permanece desconhecida (NICHOLSON et al., 2005). Estudos internacionais sugerem uma grande variação entre os países industrializados e em desenvolvimento. Dependendo do perfil econômico, fatores relacionados ao trabalho podem ser responsáveis por até um terço de todos os casos de asma em adultos (BUCK; MILES; EHRLICH, 2000; LATZA; BAUR, 2005). A incidência relatada é muito alta nos países escandinavos, como a Finlândia (7-18/100.000). Na Europa Ocidental e nos EUA as taxas são intermediárias (2,4-4,3/100.000), enquanto que nos países em desenvolvimento como a África do Sul e Brasil (São Paulo) foram estimadas incidências de 1,8/100.000 e 1,7/100.000, respectivamente (ESTERHUIZEN;

HNIZDO; REES, 2001; MENDONÇA et al., 2003; LATZA; BAUR, 2005; VANDENPLAS, 2005).

Quando se analisa o gênero, a distribuição da ART em alguns países mostra uma incidência ligeiramente maior em homens (Suécia, Reino Unido, França, Brasil), em outros, como Finlândia e EUA, taxas mais elevadas são encontradas em mulheres (ESTERHUIZEN; HNIZDO; REES, 2001; AMEILLE et al., 2003; LATZA; BAUR, 2005). Essas diferenças parecem refletir a predominância de homens ou mulheres em determinados setores industriais da economia nesses países (JEEBHAY; QUIRCE, 2007).

Uma evidência consistente observada tanto nos países desenvolvidos quanto nos em desenvolvimento é com relação ao padrão dos dois principais grupos da ART, com a maioria dos estudos demonstrando proporções mais elevadas (70-90%) do tipo alérgico em comparação com o induzido por irritantes (AMEILLE et al., 2003; LATZA; BAUR, 2005; VANDENPLAS, 2005).

Os custos econômicos da asma são altos, sejam eles diretos ou indiretos. Entre os custos diretos levam-se em consideração as admissões hospitalares e o uso de remédios. Quase 30% dos custos diretos da asma são decorrentes do controle inadequado da doença (BARNES; JONSSON; KLIN, 1996). Representam de 1 a 3% de todas as despesas médicas na maioria dos países (BOUSQUET et al., 2005). A asma é a terceira causa de hospitalização entre pessoas com menos de 18 anos nos EUA (EDER; EGE; MUTIUS, 2006). Entre os custos indiretos, citamos a diminuição de produtividade no trabalho, as faltas escolares e as mortes prematuras.

No Brasil, a asma tem elevada prevalência. Estima-se que a doença afete 11,4% da população e que sua mortalidade seja de 1,8 pessoas a cada 100.000 asmáticos, sendo que somente entre 50 a 80% desses tem acessos aos remédios necessários (MASOLI et al., 2003). A patologia é responsável por 350.000 internações por ano no país, constituindo-se na quarta causa de hospitalizações pelo Sistema Único de Saúde (BRANCO; ILDEFONSO, 2012). Foi identificada prevalência de 4% de ART em uma população de jovens entre 23 a 25 anos, equivalentes a 35% dos casos da coorte estudada (CALDEIRA et al., 2006). No ano de 2005, no município de São Paulo, demonstrou-se uma incidência de 17 casos por milhão de indivíduos registrados (MENDONÇA et al., 1994). De 1984 a 1994 a ART compôs 62,9% de todos os casos de doenças respiratórias ocupacionais entre os pacientes da clínica FUNDACENTRO em São Paulo (MENDONÇA et al., 2003). Um

estudo sobre a duração dos benefícios por auxílio-doença decorrentes de asma e outras doenças no Brasil, concluiu que ser mulher, ter 40 ou mais anos de idade e trabalhar nos segmentos de esgotos, fabricação de produtos de madeira e na fabricação de móveis aumentaram a probabilidade de afastamento do trabalho por asma (BRANCO; ILDEFONSO, 2012).

Pode-se suspeitar de ART em todo caso de asma com início ou piora dos sintomas na fase adulta. Apesar de não ser necessária a presença de todos, consensos internacionais tem sugerido que para o diagnóstico de ART os seguintes critérios devem ser adotados, (GUIDELINES FOR THE DIAGNOSIS OF OCCUPATIONAL ASTHMA, 1992; CARVALHO; BARBOSA; VIEIRA, 2012):

- A – confirmação do diagnóstico de asma
- B – história sugestiva de ART
- C – associação funcional entre sintomas de asma e trabalho
- D – exposição a agente(s) no trabalho, descrito(s) como agente(s) de risco de desenvolvimento de asma ocupacional.
- E – positividade para testes cutâneos, *in vitro* ou broncoprovocação para detecção de sensibilização específica.

Os métodos diagnósticos disponíveis permitem o estabelecimento do nexo e até do agente causal. Na prática isto nem sempre é possível, seja pela exposição a múltiplos agentes ou pela indisponibilidade dos testes ou ainda pelo fato dos pacientes já estarem afastados do ambiente de trabalho, uma vez que muitos pacientes chegam aos consultórios já dispensados do trabalho. Esse fato dificulta, porém não inviabiliza o diagnóstico (PEPYS; HUTCHCROFT, 1975).

Estudo de prevalência de benefícios por doenças respiratórias verificou uma prevalência de 9,92 benefícios por 10.000 vínculos, com elevado predomínio da espécie previdenciária sobre a acidentária. No estudo, as doenças mais prevalentes foram pneumonia, asma e DPOC não especificada (ILDEFONSO; BRANCO; OLIVEIRA, 2009). No Brasil, durante o ano de 2008, foram concedidos 2.458 benefícios de auxílio-doença por asma, em uma população de 32.590.239 trabalhadores empregados, uma prevalência de 7,5 benefícios/100.000 empregados, evidenciando a asma como uma importante causa de afastamento do trabalho (BRANCO; ILDEFONSO, 2012).

1.3 Implicações legais e previdenciárias da silicose e da asma relacionada ao trabalho

A asma relacionada ao trabalho é uma doença que torna o trabalhador permanentemente inapto para qualquer atividade que envolva exposição, em qualquer concentração, ao agente que a desencadeou, pois a continuidade da exposição envolve risco de morte. Ela exige a readaptação profissional ou recolocação do trabalhador. A Portaria MS nº 1.984, de 12 de setembro de 2014, *define a lista nacional de doenças e agravos de notificação compulsória, na forma de Anexo, a serem monitoradas por meios da estratégia de vigilância em unidades sentinelas e suas diretrizes*. A ART não está contemplada como doença de notificação compulsória na relação de agravos relacionados ao trabalho.

Com relação à silicose, a legislação previdenciária brasileira reconhece a exposição à sílica como agente causador de diversas doenças. O Decreto nº 3.048, de 06 de maio de 1999, estabelece diversas atividades com risco de exposição à sílica e as doenças relacionadas a essa exposição. O anexo II exemplifica as doenças e respectivos agentes etiológicos ou fatores de risco de natureza ocupacional: silicose, silicotuberculose, artrite reumatoide, neoplasia maligna de brônquios e pulmões, doença pulmonar obstrutiva crônica, *cor pulmonale* (TERRA FILHO; SANTOS, 2006).

Uma das situações que permitem o preenchimento e registro da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) no Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) é a confirmação diagnóstica de doença relacionada ao trabalho, independente do trabalhador apresentar ou não limitação funcional. Os trabalhadores empregados regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e que se encontrem incapacitados, passam a receber o benefício de auxílio-doença a partir do 16º dia de afastamento, enquanto que trabalhadores segurados sem qualquer vínculo empregatício (por exemplo: autônomos) e empregados domésticos, mesmo que registrados, passam a receber o benefício a partir da data do início da incapacidade, ou seja, a partir do primeiro dia de afastamento. Para concessão de auxílio-doença, é necessária a comprovação da incapacidade em exame realizado pela perícia médica da Previdência Social. Estudo do cruzamento de dados do Cadastro Nacional de Atividade Econômica (CNAE) e de grupamentos do Código Internacional de Doenças (CID-10) (OLIVEIRA, 2008) foi transformado na Lei 11.430

de 26 de dezembro de 2006, que instituiu o Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário (NTEP) permitindo a caracterização de acidentes de trabalho sem a emissão de CAT. O Decreto 6.042, de 06 de fevereiro de 2007, *alterou o Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999, disciplinando a aplicação, acompanhamento e avaliação do Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário*. O Decreto lista os agentes patogênicos causadores de doenças profissionais ou do trabalho, conforme previsto no art. 20 da Lei nº 8.213, de 1991, permitindo que doenças como a asma possam ser reconhecidas como doenças adquiridas no trabalho.

Nos casos em que o reconhecimento da natureza acidentária da ART ou silicose não é aceito pelo empregador nem pelo INSS, resta ao trabalhador à busca pela Justiça do Trabalho e indenização por danos materiais e morais.

A indenização por dano material pode ser dividida em três hipóteses legais:

- a) Indenização no caso de morte da vítima (art. 948, Código Civil);
- b) Indenização no caso de incapacidade temporária da vítima (art. 949, Código Civil);
- c) Indenização no caso de incapacidade permanente, total ou parcial (art. 950, Código Civil).

Em relação à indenização cabível pela incapacidade permanente do trabalhador acidentado, seja ela parcial ou total, a legislação prevê, além das despesas do tratamento e lucros cessantes até o retorno ao trabalho, o pagamento de pensão mensal (ou paga de uma só vez) em valor proporcional aos danos sofridos pela vítima ou à sua inabilitação profissional.

A indenização acidentária por danos morais pode ser acumulada com a indenização por dano material em razão do mesmo infortúnio. A Súmula 37 do Supremo Tribunal de Justiça (STJ) assim pacificou: “são cumuláveis as indenizações por dano material e morais oriundos do mesmo fato” (BRASIL – STJ, 1992). Em relação ao acidente do trabalho, observa-se que os artigos 948 e 949 do Código Civil, ao fixarem o valor da indenização, fazem menção a “outras reparações” ou “a algum prejuízo que o ofendido prove haver sofrido”.

Muitos pacientes com diagnóstico confirmado de ART ou silicose recebem benefícios do INSS, entretanto, existe demora na definição pericial e um número excessivo de avaliações periciais, que pode está levando a um dispêndio elevado com os pacientes diagnosticados com ART ou silicose. Surgiram algumas dúvidas

com relação à concessão dos benefícios: A ART ou silicose estão sendo reconhecidas como doença acidentária pela perícia médica do INSS? A perícia médica do INSS encaminha para reabilitação profissional ou o faz apenas para uma minoria dos segurados diagnosticados com ART ou silicose? O programa de reabilitação profissional do INSS é eficiente?

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo geral

Analisar o impacto previdenciário de uma população de trabalhadores diagnosticados com ART e silicose.

1.4.2 Objetivos específicos

Para cada uma das doenças:

1. Avaliar a concessão e a espécie dos benefícios concedidos, analisando as concessões de benefícios previdenciários e acidentários.
2. Analisar a atuação da perícia médica do início até a conclusão do benefício, com ênfase no número de perícias realizadas, os indeferimentos, a relação entre a avaliação clínica, funcional e estrutural e a concessão de benefícios bem como a sua relação com o diagnóstico e gravidade da doença.
3. Analisar os casos encaminhados à reabilitação profissional, quanto à conduta e desdobramentos do processo e sua relação com o diagnóstico e a gravidade da doença.
4. Analisar a conclusão pericial com ênfase na concessão de aposentadorias por invalidez previdenciária ou acidentária, auxílio-acidente e a relação com o diagnóstico e a gravidade da doença.
5. Calcular o dispêndio decorrente do afastamento, incluindo despesas com benefícios e com a reabilitação profissional.

Para responder aos objetivos foram estruturados dois trabalhos complementares:

- Asma relacionada ao trabalho e Silicose: relação entre dados sócio-demográficos, clínicos, ocupacionais e a concessão de benefícios aos pacientes diagnosticados em ambulatório especializado entre 2005 e 2015.
- Avaliação da capacidade laboral em asma relacionada ao trabalho e silicose: dificuldades no entendimento da condução pericial.

REFERENCIAS

AMEILLE, J. et al. Reported incidence of occupational asthma in France, 1996–99: the ONAP programme. **Occupation & Environmental Medicine**, v. 60, n. 2, p. 136 - 141, 2003.

BAGATIN, E.; KITAMURA, S. História ocupacional. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 32, supl. 2, p. S30-S34, 2006.

BARBOSA, M. S. et al. Silicose em trabalhadores de quartzito da região de São Tomé das Letras – Minas Gerais: dados iniciais indicam um grave problema de saúde publica. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 36, n. 123, p. 177-184, 2011.

BARNES, P. J.; JONSSON, B.; KLIN, J. B. The costs of asthmas. **European Respiratory Journal**, v. 9, n. 4, p. 636–642, 1996.

BERNSTEIN, I. L. et al. Definition and classification of asthma. In: BERNSTEIN, I. L.; CHAN-YEUNG, M.; MALO, J. L.; BERNSTEIN, D. I. (Eds.). **Asthma in the workplace**. 2. ed. New York: Marcel Dekker, 1993. p. 1-4.

BOUSQUET, J. et al. The public health implications of asthma. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 83, n. 7, p. 548–554, 2005.

BRANCO, A. B. A.; ILDEFONSO, S. A. G. Prevalência e duração dos benefícios auxílio-doença decorrentes de asma no Brasil em 2008. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 38, n. 5, p. 550-558, 2012.

BRASIL. **Lei nº 8.213**, de 24 de julho de 1991.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. STJ, **Súmula 37**, de 12 de março de 1992.

BRASIL. **Decreto nº 3.048**, de 6 de maio de 1999.

BRASIL. **Lei 10.406**, de 10 de janeiro de 2002. Código Civil.

BRASIL. **Lei 11.430**, de 26 de dezembro de 2006. Institui o Nexo Técnico Epidemiológico (NTEP).

BRASIL. **Decreto nº 6.042**, de 6 de fevereiro de 2007.

BRASIL. MS/GM. **Portaria nº 1.984**, de 12 de setembro de 2014.

- BUCK, R. G.; MILES, A. J.; EHRLICH R, I. Possible occupational asthma among adults presenting with acute asthma. **South African Medical Journal**, v. 90, n. 9, p. 884-888, 2000.
- CALDERIA, R. D. et al. O. Prevalence and risk factors for work related asthma in young adults. **Occupational & Environmental Medicine**, v. 63, n. 10, p. 694-699, 2006.
- CAPITANI, E. M. A silicose (ainda) entre nós. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 32, n. 6, p. XXXIII-XXXV, 2006.
- CAPITANI, E. M.; ALGRANTI, E. Outras pneumoconioses. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 32, supl. 1-2, S54-S9, 2006.
- CARVALHO, P. K.; BARBOSA, D.; VIEIRA, P. C. Doenças relacionadas ao trabalho: asma ocupacional. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 4, p. 229-246, 2012.
- CHAN-YEUNG, M.; MALO, J. L. Occupational asthma. **The New England Journal of Medicine**, v. 333, n. 2, p. 107-112, 1995.
- CHERRY, N. M. et al. Surveillance of work-related diseases by occupational physicians in the UK: OPRA 1996–1999. **Occupational Medicine**, v. 50, n. 7, p. 496-503, 2000.
- DISEASE ASSOCIATED WITH EXPOSURE TO SILICA AND NONFIBROUS SILICATE MINERALS. Silicosis and silicate disease committee. **Archives of Pathology & Laboratory Medicine**, v. 112, n. 7, p. 673-720, 1988.
- EDER, W.; EGE, M. J.; MUTIUS, E. The asthma epidemic. **The New England Journal of Medicine**, v. 355, n. 21, p. 2226-2235, 2006.
- ESTERHUIZEN, T. M.; HNIZDO, E.; REES, D. Occurrence and causes of occupational asthma in South Africa - results from SORDSA's Occupational Asthma Registry, 1997 - 1999. **South African Medical Journal**, v. 91, n. 6, p. 509-513, 2001.
- FERREIRA, A. et al. Fibrose maciça progressiva em trabalhadores expostos a sílica – achados na tomografia computadorizada de alta resolução. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 32, n. 6, p. 523-528, 2006.
- GUIDELINES FOR THE DIAGNOSIS OF OCCUPATIONAL ASTHMA. Subcommittee on 'Occupational Allergy' of the European Academy of Allergology and Clinical Immunology. **Clinical and Experimental Allergy**, v. 22, p. 103-108, 1992.
- ILDEFONSO, S. A. G.; BRANCO, A. B.; OLIVEIRA, P. R. A. Prevalência de benefícios de seguridade social temporários devido a doença respiratória no Brasil. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 35, n. 1, p. 44-53, 2009.
- JEEBHAY, M. F.; QUIRCE, S. Occupational asthma in the developing and industrialized world: a review. **The Journal International of Tuberculosis and Lung Disease**, v. 11, n. 2, p. 122-133, 2007.

LATZA, U.; BAUR, X. Occupational obstructive airway diseases in Germany: frequency and causes in an international comparison. **American Journal of Industrial Medicine**, v. 48, n. 2, p. 144-152, 2005.

LOPES, A. J. et al. Silicose em jateadores de areia de estaleiro versus silicose em escultores de pedra no Brasil: uma comparação dos achados de imagem, função pulmonar e teste de exercício cardiopulmonar. **Revista Portuguesa de Pneumologia**, v. 18, n. 6, p. 260-266, 2012.

MALO, J. L.; CHAN-YEUNG, M. Occupational asthma. **Journal of Allergy and Clinical Immunology**, v. 108, n. 3, p. 317-328, 2001.

MAPP, C. E. et al. Occupational asthma. **American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine**, v. 172, p. 280-305, 2005.

MASOLI, M. et al. Global Burden of Asthma. **Medical Research Institute of New Zealand Wellington**, New Zealand University of Southampton Southampton, United Kingdom, Dec. 2003.

MENDONÇA, E. M. C. et al. Ambulatório de pneumopatias ocupacionais da Fundacentro: resultados após 10 anos. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 22, n. 84, p. 7-13, 1994.

MENDONÇA, E. M. C. et al. Occupational asthma in the city of São Paulo, 1995–2000, with special reference to gender analysis. **American Journal of Industrial Medicine**, v. 43, n. 6, p. 611-617, 2003.

NELSON, D. I. et al. The global burden of selected occupational diseases and injury risk: Methodology and summary. **American Journal of Industrial Medicine**, United States, v. 48, n. 6, p. 400-418, 2005.

NICHOLSON, P. J. et al. Evidence based guidelines for the prevention, identification and management of occupational asthma. *Occupation & Environmental Medicine*, v. 62, n. 5, p. 290-299, 2005.

OLIVEIRA, P. R. A. Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário – NTEP e o Fator Acidentário de Prevenção – FAP: Um Novo Olhar Sobre a Saúde do Trabalhador. [tese]. Universidade de Brasília; 2008.

PAPYS, J.; HUTCHCROFT, J. Bronchial provocation tests in etiologic diagnosis and analysis of asthma. **American Review of Respiratory Disease**, v. 112, n. 6, p. 829-859, 1975.

PARKER, W. R. Aerosols: their deposition and clearance. In: PARKER, W. R. (Ed.). *Occupational lung disorders*. 3. ed. Oxford, UK: Butterworth-Heinemann, 1994. p. 35-49.

RIBEIRO, F. S. N. et al. Exposição ocupacional a sílica no Brasil no ano de 2001. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 11, n. 1, p. 89-96, 2008.

SOUZA, V. F.; QUELHAS, O. L. G. Avaliação e controle da exposição ocupacional à poeira na indústria da construção. **Ciência & saúde coletiva**, v. 8, p. 801-807, 2003.

TARLO, S. M.; LEMIERE, C. Occupational Asthma. **The New England Journal of Medicine**, v. 370, n. 7, p. 640-649, 2014.

TERRA FILHO, M.; SANTOS, U. P. Silicose. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 32, suplemento. 1, p. S41-S7, 2006.

TELLES FILHO, P. A. Asma brônquica/asma ocupacional. 2015. Disponível em: <http://www.asma-bronquica.com.br/PDF/tipos_de_asma_asma_ocupacional.pdf>. Acesso em: 20 de abril de 2015.

VANDENPLAS, O. et al. The epidemiology of occupational asthma in Belgium. **Revue des Maladies Respiratoires**, v. 22, n. 3, p. 421-430, 2005.

VANDENPLAS, O.; MALO, J. L. definition and types of workrelated asthma: a nosological approach. **European Respiratory Journal**, v. 21, n. 4, p. 706-712, 2003.

2 Artigo I

ASMA RELACIONADA AO TRABALHO E SILICOSE: RELAÇÃO ENTRE DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS, CLÍNICOS, OCUPACIONAIS E A CONCESSÃO DE BENEFÍCIOS AOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS EM AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO ENTRE 2005 A 2015

RESUMO

Introdução: A asma relacionada ao trabalho (ART) é a mais prevalente das pneumopatias relacionadas ao trabalho nos países industrializados. Pelo fato da ART ser uma doença multicausal, a confirmação donexo causal é complexa. Em contraste, a silicose é tipicamente uma doença profissional, mas, devido ao surgimento tardio dos sintomas, os pacientes enfrentam dificuldades em garantir seus direitos previdenciários. **Objetivos:** Analisar os desdobramentos previdenciários de uma população de trabalhadores diagnosticados com ART e silicose. **Metodologia:** Estudo retrospectivo descritivo do tipo série de casos de ART e silicose diagnosticados no ambulatório de pneumopatias ocupacionais da FUNDACENTRO no período de 1 de janeiro de 2005 a 31 de dezembro de 2015. Foram analisados 116 pacientes, 66 com diagnóstico de ART e 50 de silicose. Foram pesquisadas informações correspondentes no banco de dados eletrônico do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). Realizou-se uma análise descritiva das variáveis. **Resultados:** A ART ocorre em pacientes mais jovens do que os com silicose. Os pacientes com ART passaram por mais avaliações periciais do que os silicóticos, com maior número de indeferimentos. Benefício por incapacidade foi concedido a 48 pacientes (71,72%) portadores de ART e 27 (54%) dos silicóticos. Dos pacientes em benefício, a reabilitação profissional foi solicitada em 27 (56,25%) portadores de ART e 8 (29,63%) pacientes silicóticos. O encaminhamento ao centro de reabilitação ocorreu em média 15 meses após o início do benefício. Os critérios periciais para concessão dos benefícios não foram uniformes. Apesar do sintoma dispnéia e exame radiográfico apresentarem significância estatística, a prova de função pulmonar e demais sintomas respiratórios foram desconsiderados na avaliação. **Conclusões:** Os pacientes com ART tiveram mais dificuldade em receber benefício do INSS do que os pacientes silicóticos, passaram por mais avaliações periciais e tiveram maior número de indeferimentos. Houve maior dificuldade no reconhecimento da natureza acidentária da doença nos portadores de ART. O processo de Reabilitação Profissional foi demorado no seu encaminhamento e resolução em ambos os grupos.

Palavras-chave: Asma, Asma Ocupacional, Silicose, Previdência Social.

WORK-RELATED ASTHMA AND SILICOSIS: ASSOCIATIONS BETWEEN SOCIODEMOGRAPHIC, OCCUPATIONAL, CLINICAL AND LABORATORY DATA AND GRANTING BENEFITS TO PATIENTS DIAGNOSED IN AN SPECIALIZED CLINIC FROM 2005 TO 2015

ABSTRACT

Introduction: Work-Related Asthma (WRA) is the most prevalent occupational respiratory disease in industrialized countries. Because WRA is a multicausal disease, the work-relatedness is not always recognized. In contrast, silicosis is typically occupational, but due to the late onset of symptoms, patients face difficulties when assuring their labor and social security rights. **Objectives:** To analyze the social security outcomes of a population diagnosed with WRA and silicosis. **Methodology:** Retrospective and descriptive cases series study of WRA and silicosis diagnosed at FUNDACENTRO's occupational respiratory disease clinic from January 1st, 2005 to December 31st, 2015. 116 patients, 66 were diagnosed with WRA and 50 with silicosis were analyzed. Corresponding information in the INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL's electronic database was searched. A descriptive analysis of the variables was performed. **Results:** WRA occurs in younger patients when compared with silicosis. Patients with WRA were submitted to more medical expert evaluations than the ones with silicosis and had more refusals. Disability benefit was granted to 48 patients (71,72%) with WRA and 27 (54%) with silicosis. From the ones who got the benefit, rehabilitation was requested to 27 (56,25%) of the patients with WRA and to 8 (29,63%) with silicosis. The referral of patients to rehabilitation took place, on average, 15 months after the beginning of the benefit. Medical expert criteria to grant benefits were uneven, disregarding the pulmonary function test and respiratory symptoms. **Conclusion:** Patients with WRA had more difficulties in getting benefit from the INSS than patients with silicosis, had more medical expert evaluations and a higher number of denials. Patients with WRA faced more difficulties in the recognition of the occupational nature of the disease. The Rehabilitation process was lengthy in both referral and resolution to both parties.

Keywords: Asthma, Occupational Asthma, Silicosis, Social Security

Reunir isenção, imparcialidade, competência e rigor, são requisitos indispensáveis para honrar a missão pericial. (LUCAS, 2016).

1 INTRODUÇÃO

A asma relacionada ao trabalho (ART) é a mais prevalente das pneumopatias ocupacionais na maioria dos países industrializados (JEEBHAY; QUIRCE, 2007). Os pacientes apresentam sintomas em faixas etárias jovens e, pelo fato de ser uma doença multicausal, existe maior dificuldade em se confirmar o diagnóstico e estabelecer onexo ocupacional (BAGATIN; KITAMURA, 2006; TARLO; LEMIERE, 2014). A avaliação clínica dos pacientes com asma compreende uma anamnese completa, um exame físico criterioso e testes de função pulmonar. Os sintomas precisam ser especificados, assim como possíveis fatores que desencadeiam crises no ambiente de trabalho. Onexo laboral precisa ser estabelecido, mas fazer a associação da asma com a atividade necessita experiência e formação médica adequada. O não reconhecimento clínico da natureza acidental da doença pode levar a não caracterização da espécie acidentária pelo INSS, dificultando a garantia de direitos previdenciários.

A silicose é uma doença ocupacional respiratória potencialmente incapacitante devido às lesões irreversíveis e/ou comorbidades associadas (TERRA FILHO; SANTOS, 2006). É a principal e mais prevalente pneumoconiose (CAPITANI, 2006; TERRA FILHO; SANTOS, 2006). Trata-se de doença profissional, portanto tem relação direta com o trabalho aonde exista exposição à sílica. A silicose tem uma evolução insidiosa, com sintomas que normalmente se manifestam anos após o início da exposição. Algumas vezes o diagnóstico é feito com o paciente já afastado do ambiente de trabalho ou aposentado. Devido a essa característica, os pacientes acometidos por silicose também enfrentam dificuldades em garantir seus direitos trabalhistas e/ou previdenciários.

Uma vez estabelecido onexo ocupacional, algumas medidas precisam ser adotadas visando à proteção do trabalhador, como o afastamento permanente dos fatores de risco, quer seja via reabilitação em outra função compatível ou mesmo afastamento definitivo nos casos mais graves. Considerando que a ART e a silicose são doenças ocasionadas ou agravadas pelo ambiente de trabalho, os pacientes com estes diagnósticos não poderiam permanecer em ambiente de trabalho onde exista agente causador.

A motivação para a pesquisa foram as frequentes reclamações, verbalizadas pelos pacientes, com relação aos desfechos previdenciários de seus pedidos de benefícios.

O objetivo deste trabalho foi avaliar os desdobramentos previdenciários de uma população de trabalhadores diagnosticados com ART e silicose, analisando se os pacientes foram atendidos nas suas solicitações previdenciárias e as despesas previdenciárias decorrentes dos benefícios concedidos.

2 METODOLOGIA

2.1 Desenho do estudo

Estudo retrospectivo descritivo do tipo série de casos de ART e silicose diagnosticados no ambulatório de pneumopatias ocupacionais da FUNDACENTRO no período de 1 de janeiro de 2005 a 31 de dezembro de 2015.

2.2 População analisada

Foram selecionados 163 pacientes encaminhados ao ambulatório, 102 com suspeita clínica de ART e 61 de silicose. Os critérios clínicos para diagnóstico de ART foram: história ocupacional de exposição a agente ou atividades reconhecidamente causadoras de asma, história clínica revelando relações temporais entre exposição e os sintomas presentes, e evidência de relação entre exposição e função pulmonar. Para a confirmação clínica de silicose: história ocupacional com atividade relacionada à exposição à sílica, tempo de latência entre exposição ao agente e início dos sintomas e exame de imagem compatível com silicose. Foram confirmados 66 pacientes com diagnóstico de ART e 50 de silicose.

Após a seleção dos casos, foram pesquisadas informações correspondentes aos 116 pacientes no banco de dados eletrônico do Instituto Nacional do Seguro Social, constituindo-se dois grupos de pacientes: os que foram e os que não foram avaliados pela perícia médica do INSS.

2.3 Variáveis do estudo

2.3.1 Dados sócio-demográfico e hábitos

Foram anotados os dados de idade, sexo, raça, cor, peso, altura, estado civil e hábito tabágico. Foram considerados fumantes todos os indivíduos que responderam afirmativamente a questão: *você fuma?* Considerados ex-fumantes os indivíduos que pararam de fumar há pelo menos 6 meses e que já fumaram ao menos 1 cigarro ao dia por pelo menos 1 ano. Para o cálculo de tabagismo em anos-maço foi considerado o número de cigarros consumidos por dia, a idade em que começou a fumar e o número de anos que manteve o hábito. Multiplicou-se o número de maços consumidos por dia (frações ou múltiplos) pelos anos de tabagismo.

2.3.2 Dados ocupacionais

Ramo de atividade econômica, tempo de exercício da atividade de trabalho, função exercida, início das atividades na função, tempo de exposição ao agente de risco.

2.3.3 Sintomas respiratórios e relações temporais com a exposição

A avaliação dos sintomas respiratórios foi feita na primeira consulta na FUNDACENTRO, utilizando-se o questionário de sintomas respiratórios do Medical Research Council (versão de 1976, Grã Bretanha). Avaliou-se a presença de dispnéia e bronquite crônica. **Dispnéia:** o sintoma dispnéia foi considerado positivo apenas quando foi respondida de forma negativa a questão: consegue acompanhar o passo de pessoas de sua idade, andando no plano? (FLETCHER, 1960). A presença de **Bronquite Crônica** foi definida quando o paciente referiu tosse matinal e escarro matinal por pelo menos 3 meses ao ano por dois anos sequenciais (CIBA FOUNDATION GUEST SYMPOSIUM, 1959). Também foi analisado o tempo de início dos sintomas, data da primeira consulta, tempo decorrido entre os primeiros sintomas e a primeira consulta na Instituição, tempo de afastamento da exposição.

2.3.4 Testes de função pulmonar

Para todos os pacientes foram anotados: os valores da capacidade vital forçada (CVF), volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF1) e o índice de Tiffenau (IT) obtidos na primeira espirometria. Os valores normais foram os derivados das equações fornecidas pela *Global Lung Initiative – GLI* (THE GLOBAL LUNG INITIATIVE, 2012). Os resultados foram expressos em % do previsto e na frequência de resultados acima ou abaixo do limite inferior de normalidade. Nos casos de asma relacionada ao trabalho foi anotada a realização de curva de pico de fluxo expiratório.

2.3.5 Exame de imagem

Nos casos de silicose foram anotados os resultados da leitura pela classificação técnica radiológica da Organização Internacional do Trabalho (INTERNATIONAL LABOUR OFFICE, 2011).

2.3.6 Dados previdenciários

Foram anotados os dados periciais constantes no Sistema de Administração de Benefícios por Incapacidade (SABI) com ênfase na concessão de benefícios, pericias com indeferimentos, reabilitação profissional e aposentadorias por invalidez. Eventualmente foi utilizado o Cadastro Nacional de Informações Sociais (CNIS) para complementação das informações de benefícios, vínculos pregressos e atuais, número de solicitações de benefícios e o período de concessão.

2.3.7 Dados de despesas

Foi consultado o histórico de despesas gastas com benefícios, inclusive programas de reabilitação, no Histórico de Créditos e Benefícios (HISCREWEB). As despesas foram computadas mês a mês com os valores originais à época da concessão e atualizadas até dezembro de 2015, utilizando o índice geral de preços – disponibilidade interna (IGP-DI).

2.4 Análise dos dados

Após a coleta dos dados dos prontuários clínicos da FUNDACENTRO e das avaliações periciais do banco de dados do INSS, os resultados foram transferidos para uma planilha Excel. Realizou-se uma análise descritiva das variáveis anotadas.

Para verificar uma associação entre variáveis selecionadas, utilizou-se o teste de Qui-quadrado. Quando a variável apresentou uma graduação crescente, aplicou-se o teste de tendência de Cochran-Armitage. Considerou-se o nível de significância (P-valor) para $\alpha \leq 0,05$. As variáveis qualitativas foram expressas em termos de frequências absolutas e relativas.

2.5 Considerações éticas

Os dados clínicos e previdenciários foram obtidos de prontuários médicos da FUNDACENTRO e de prontuário informatizado do INSS. Por tratar-se de dados identificados, o projeto foi inserido na Plataforma Brasil sendo encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa e aprovado com o número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 49868615.0.0000.5551. Após a aprovação, foi elaborado termo de compromisso das instituições autorizando a coleta de dados em prontuários.

3 RESULTADOS

A população analisada foi composta por 116 pacientes atendidos no ambulatório de pneumopatias ocupacionais da FUNDACENTRO. Desses, 66 eram do grupo diagnosticado com ART e 50 com diagnóstico de silicose. A Tabela 1 mostra as características sócio-demográficas, hábitos, dados de função pulmonar e concessão de benefícios dos pacientes com ART e silicose.

Os dados da Tabela 1 mostram que a ART foi prevalente em pacientes mais jovens do que os diagnosticados com silicose, sem distinção de gênero. Houve maior incidência de hábito tabágico nos pacientes acometidos por silicose.

Tabela 1 - Características sócio-demográficas, dados de função pulmonar, hábitos tabágicos e concessão de benefícios de pacientes diagnosticados com asma relacionada ao trabalho e silicose, FUNDACENTRO, 2005-2015

	ART (n=66)	Silicose (n=50)
Gênero (masculino/feminino)	40/26	49/1
Idade (DP)	38,2 (DP 9,2)	48,6 (DP 11,9)
Estado Civil		
Solteiro	16 (24,2%)	6 (12%)
Casado	45 (68,2%)	40 (80%)
Outros	5 (7,6%)	4 (8%)
Tabagismo		
Fumante	21 (31,8%)	23 (46%)
Ex. fumante	0	8 (16%)
Não fumante	45 (68,2%)	19 (38%)
Anos-maço	9,3 (DP 7,4)	22,0 (DP 14,3)
Sintomas		
Bronquite Crônica	12 (18,2%)	12 (24%)
Dispneia	31 (47%)	17 (34%)
Função Pulmonar		
% VEF ₁ (média)	87,52 (DP 21,43)	78,96 (DP 23,61)
% CVF	101,31 (DP 17,7)	87,7 (DP 21,69)
% IT	0,71 (DP 0,11)	0,72 (DP 0,13)
Concessão de Benefício	48 (71,72%)	27 (54%)

O tempo decorrido entre o início das atividades com exposição ao agente de risco até o início dos sintomas foi medido em meses. Os pacientes acometidos por ART apresentaram os primeiros sintomas em média, após 52,5 (DP 71,3) meses de exposição. Nos pacientes diagnosticados com silicose, o tempo médio a que o trabalhador ficou exposto até o início dos sintomas foi de 219,7 (DP 121,4) meses. Nos pacientes acometidos por ART, o gênero feminino apresentou os primeiros sintomas em menor intervalo de tempo do que os pacientes do sexo masculino.

O sintoma dispnéia foi mais frequente nos pacientes com ART ao passo que a bronquite crônica foi mais frequente nos portadores de silicose.

A curva de pico de fluxo expiratório foi realizada na investigação de 39 pacientes com diagnóstico de ART, com resultado negativo em apenas um caso.

Dois pacientes com ART e dois com silicose não tinham dados de função pulmonar. Os resultados dos índices espirométricos, expressos como acima ou abaixo do limite inferior de normalidade (LIN), estão na Tabela 2.

Tabela 2 - Índices espirométricos de pacientes diagnosticados com asma relacionada ao trabalho e silicose, FUNDACENTRO, 2005-2015

	ART (n=64)			Silicose (n=48)		
	VEF1	CVF	IT	VEF1	CVF	IT
> LIN*	43 (67,19%)	59 (92,19%)	29 (45,31%)	26 (54,17%)	33 (68,75%)	36 (75%)
≤ LIN*	21 (32,81%)	5 (7,81%)	35 (54,69%)	22 (45,83%)	15 (31,25%)	12 (25%)

*LIN: Limite inferior de normalidade

Dos 66 pacientes diagnosticados com ART, 48 (71,72%) receberam Benefício por Incapacidade (BI)¹. Destes, 27 (56,25%) foram encaminhados para reabilitação profissional. Dos 50 pacientes com silicose, 27 (54%) receberam benefícios e, destes, 8 (29,63%) foram encaminhados para Reabilitação Profissional (RP). O tempo em meses entre o início de benefício até o encaminhamento pela perícia médica ao centro de reabilitação profissional, e o período que os pacientes permaneceram à disposição do serviço de reabilitação podem ser vistos na Tabela 3. Os pacientes com diagnóstico de ART levaram em média 15 meses para serem encaminhados para reabilitação profissional. Os pacientes diagnosticados com silicose foram encaminhados após 4,37 meses. O tempo máximo para um paciente asmático ser encaminhado a RP foi de 60 meses enquanto nos casos de silicose foi de 9 meses. Considerando iniciado o programa de reabilitação após o envio do paciente pela perícia médica, os pacientes diagnosticados com ART demoraram 19 meses para conclusão do programa, enquanto nos silicóticos a demora foi em média 12 meses.

Tabela 3 - Tempo para encaminhamento e permanência no centro de reabilitação profissional do INSS de pacientes diagnosticados com asma relacionada ao trabalho e silicose, FUNDACENTRO, 2005-2015

	ART (n=27)		Silicose (n=8)	
	Média	Máximo	Média	Máximo
Início RP	15 (DP 17,93)	60	4,37 (DP 3,73)	9
Tempo em RP	19 (DP 16,61)	73	12,14 (DP 8,47)	26

O encerramento do benefício por alta pericial ocorreu em 38 (79,16%) pacientes asmáticos e em 9 (33,33%) pacientes diagnosticados com silicose. A concessão de aposentadoria por invalidez foi concedida a 15 (55,55%) pacientes

¹ O Benefício por Incapacidade pode ser de duas espécies: o Benefício Previdenciário, definido como aquele que não tem qualquer relação com a prestação de serviço do trabalhador – espécie 31, e o Benefício acidentário, definido como aquele cuja causa da incapacidade é o exercício da atividade profissional – espécie 91.

com silicose. Nos diagnosticados com ART, 5 (10,41%) foram aposentados por invalidez. Por ocasião do encerramento do benefício, dos 48 pacientes com ART 39 (81,25%) não recebem auxílio-acidente – AA² (Tabela 4). O mesmo benefício foi concedido a 2 (7,4%) dos 27 diagnosticados com silicose.

Como pode ser visto na Tabela 4, setenta e cinco pacientes receberam benefícios. Em 44 casos encontrou-se concessão em espécie previdenciária (B31) e 51 em espécie acidentária (B91), totalizando 95 benefícios. A diferença entre o número de pacientes que receberam benefícios (75) e o número total de benefícios concedidos (95) ocorreu porque em 20 casos houve concessão de BI nas duas espécies permitidas: em determinado momento o benefício foi considerado acidentário (espécie 91) e em outro não foi reconhecida a natureza acidentária da doença (espécie 31). Em 31 casos o benefício foi concedido somente na espécie acidentária e em 24 casos a concessão se deu apenas como espécie previdenciária.

Tabela 4 - Benefícios concedidos á pacientes diagnosticados com asma relacionada ao trabalho e silicose, FUNDACENTRO, 2005-2015

	ART (n=66)	Silicose (n=50)
Benefício		
Sim	48 (71,72%)	27 (54%)
Não	18 (27,28%)	23 (46%)
Espécie do Benefício		
Previdenciária	13 (54,16%)	11 (45,83%)
Acidentária	17 (54,9%)	14 (45,1%)
Previdenciária/acidentária	18 (90%)	2 (10%)
Reabilitação Profissional		
Sim	27 (56,26%)	8 (29,63%)
Não	21(43,75%)	19 (70,37%)
Conclusão do Benefício		
Alta médica	38 (79,16)	9 (33,33%)
Aposentadoria por Invalidez	5 (10,42%)	15 (55,56%)
Indefinição	5 (10,42%)	3 (11,11%)
Auxílio Acidente		
Sim	9 (18,75%)	2 (7,4%)
Não	39 (81,25%)	25 (92,6%)

Dos 27 pacientes acometidos por silicose e que receberam BI, 22 (81,48%) receberam apenas um benefício e tiveram sua situação previdenciária definida.

² O auxílio-acidente é um benefício a que o segurado do INSS pode ter direito quando desenvolver sequela permanente que reduza sua capacidade laborativa. O benefício é pago como uma forma de indenização em função do acidente e, portanto, não impede o cidadão de continuar trabalhando.

Dentre os 48 pacientes asmáticos que receberam benefícios, 22 (45,83%) receberam apenas um benefício durante o período em que durou a incapacidade laboral. Cinco pacientes com silicose e 26 com ART receberam mais de um benefício durante o afastamento.

Um maior número de indeferimentos periciais foi encontrado nos pacientes acometidos por ART. De 45 pericias com indeferimentos, 32 (71,11%) foram em pacientes acometidos por ART. Dos 32 pacientes com ART que tiveram indeferimentos, 7 (9,38%) pacientes tiveram dois indeferimentos e 1 caso teve seu pedido de benefício negado 18 vezes. Dentre os 13 casos de indeferimentos periciais nos pacientes com silicose, 3 (23,7%) pacientes tiveram seus pedidos de auxílio-doença negado por 3 vezes e um caso teve seu pedido negado por 11 vezes.

As concessões de benefícios foram analisadas levando-se em consideração a gradação do exame espirométrico, sintomas clínicos compatíveis com bronquite e dispnéia. Os resultados podem ser vista na Tabela 5.

Tabela 5 - Relação entre a concessão de benefício, espirometria, sintomas clínicos compatíveis com bronquite e dispneia em pacientes diagnosticados com asma relacionada ao trabalho e silicose, FUNDACENTRO, 2005-2015

Benefícios	Sim	Não
VEF1		
≤ LIN* (n=62)	40 (56,34%)	22 (53,66%)
> LIN (n=50)	31 (43,66%)	19 (46,34%)
CVF		
≤ LIN (n=19)	12 (16,9%)	7 (17,07%)
> LIN (n=93)	59 (83,1%)	34 (82,93%)
IT		
≤ LIN (n=47)	32 (45,07%)	15 (36,59%)
> LIN (n=65)	39 (54,93%)	26 (63,41%)
Bronquite Crônica		
Sim (n=23)	17 (25%)	6 (15%)
Não (n=85)	51 (75%)	34 (85%)
Dispneia		
Sim (n=47)	35 (50%)	12 (30%)
Não (n=63)	35 (50%)	28 (70%)

*LIN: Limite inferior de normalidade

A espirometria avaliada no momento da consulta médica no ambulatório da FUNDACENTRO não foi um fator determinante para o recebimento de benefício em ambas às doenças. A presença de sintomas compatíveis com bronquite crônica não

foi levada em consideração para concessão de benefício. Por outro lado, a dispnéia foi fator significativo para o recebimento de benefício. Importante ressaltar que foram considerados os sintomas diagnosticados na avaliação na FUNDACENTRO, não se conhecendo as condições clínicas dos pacientes por ocasião da avaliação pericial no INSS.

A análise da concessão de benefícios nos pacientes diagnosticados com silicose foi feita com base na categoria radiológica da Organização Internacional do Trabalho (OIT). Quatro (8%) pacientes que foram classificados como categoria zero tiveram seus diagnósticos efetuados pela tomografia computadorizada. Vinte (40%) foram classificados como categoria 1, quinze (30%) como categoria 2 e onze (22%) na categoria 3. Vinte e sete (54%) receberam benefícios, sendo 1 (3,7%) paciente da categoria zero, 9 (33,33%) pacientes da categoria 1, 9 (33,33%) pacientes da categoria 2 e oito (29,63%) pacientes da categoria 3 ($p=0,0534$). Foram aposentados por invalidez 15 pacientes. Destes, três (20%) eram da categoria 1, cinco (33,33%) da categoria 2 e sete (46,67%) da categoria 3 ($p=0,0020$).

O valor total acumulado das despesas com os pacientes acometidos de ART e silicose, até 31 de dezembro de 2015, foi R\$ 4.011.952,96. A despesa com os pacientes acometidos por ART (48 pacientes) foi R\$ 2.190.220,97. A média por paciente acometido por ART foi R\$ 45.629,60. A despesa total com os silicóticos (27 pacientes) foi R\$ 1.821.731,99. A média por paciente acometido por silicose foi R\$ 67.471,55. A projeção das despesas totais com os pacientes acometidos de ART e silicose, corrigida pelo IGP-DI até 31 de dezembro de 2015, foi de R\$ 5.324.661,90. A despesa corrigida com os pacientes acometidos por ART (48 pacientes) foi de R\$ 2.973.541,03. A média corrigida por paciente acometido por ART foi R\$ 61.948,77. A despesa corrigida com os silicóticos (27 pacientes) foi R\$ 2.351.120,87. A média corrigida por paciente acometido por silicose foi R\$ 87.078,55.

4 DISCUSSÃO

4.1 Resumo dos principais achados

A análise desta série de casos evidenciou predomínio de trabalhadores do sexo masculino, notadamente entre silicóticos. Diferentemente da silicose, que

acomete trabalhadores em idade mais avançada, a asma foi mais prevalente em trabalhadores adultos jovens durante a idade produtiva.

Os pacientes com ART passaram por mais avaliações periciais e tiveram um maior número de indeferimentos do que os diagnosticados com silicose, embora os casos de ART tivessem maior porcentagem de benefícios do que os diagnosticados com silicose. A reabilitação profissional foi demandada preferencialmente por casos de ART. Dos acometidos por ART 56,26% foram encaminhados para reabilitação profissional, em média 15 meses após a avaliação inicial pela perícia médica. Em contraste, 29,63% dos silicóticos foram encaminhados para reabilitação, em média 4,37 meses após o início do benefício. O auxílio-acidente foi raramente concedido, mesmo se tratando de trabalhadores acometidos por doença ocasionada pelo trabalho e tendo sido reabilitados em função diferente. As análises também evidenciaram que a presença de sintomas e dos dados funcionais obtidos na primeira avaliação feita na FUNDACENTRO não se associou com a concessão de benefícios em ambas às doenças, com exceção da dispnéia.

A análise pela categoria radiológica da OIT apresentou significância estatística para concessão de benefícios e aposentadoria por invalidez nos pacientes acometidos por silicose. Houve uma tendência crescente significativa para concessão de benefício à medida que aumentava o grau de profusão radiológica. A proporção de pacientes diagnosticados com silicose e que foram aposentados por invalidez aumentou ao longo da escala de classificação radiológica da OIT.

4.2 Dados sócio-demográficos

Encontramos uma incidência mais elevada do gênero masculino na amostra com 46 (69,7%) homens e 20 (30,3%) mulheres no grupo de pacientes com ART, distribuição similar à descrita por Mendonça et al. (2003). Em relação à silicose 49 (98%) eram homens e 1 (2%) mulher. Incidência mais elevada do gênero masculino também foi encontrada em pacientes com asma ocupacional na Suécia, Reino Unido, França e Brasil (ESTERHUIZEN; HNIZDO; REES, 2001; AMEILLE et al., 2003; LATZA; BAUR, 2005). Em outros países, como EUA e Finlândia, a incidência foi mais elevada em mulheres (ESTERHUIZEN; HNIZDO; REES, 2001; AMEILLE et al., 2003; LATZA; BAUR, 2005). Estes dados refletem a diversidade de atividades

econômicas em países onde homens ou mulheres tendem a trabalhar em determinados setores industriais da economia (JEEBHAY; QUIRCE, 2007).

Como pudemos observar na Tabela 1, os pacientes diagnosticados com silicose apresentaram uma média de idade mais elevada (48,6) em relação aos pacientes asmáticos (38,2). A média de idade mais elevada nos pacientes com silicose está relacionada à história natural da doença, onde o tipo mais comum de silicose, a forma crônica, geralmente se manifesta anos após o início de exposição, frequentemente identificada apenas pelo exame de imagem.

A característica insidiosa do adoecimento dos pacientes diagnosticados com silicose traz dificuldades na avaliação da questão previdenciária. Normalmente a doença é diagnosticada anos após a exposição aos fatores de risco e, mesmo sendo considerada uma doença profissional, há dificuldade em se confirmar o nexo laboral com a atividade exercida anos antes, muitas vezes com o paciente trabalhando em atividade atual diversa e sem exposição aos agentes de risco. Uma vez afastado da atividade com vínculo formal, o trabalhador poderá perder a qualidade de segurado em 12 meses e, desta forma, não poderá receber benefício, apesar da doença profissional. Confirmada a doença e identificados os fatores de risco no ambiente de trabalho, deve-se proceder à emissão de comunicado de acidente de trabalho (CAT). Nos casos em que o trabalhador se encontre empregado, não deveria existir dificuldades em se comprovar o nexo. No entanto, nos casos em que o trabalhador se encontra em atividade diferente da que originou a silicose, poderá ocorrer concessão de benefício acidentário responsabilizando o empregador atual, pois, conforme normas vigentes do INSS, não há como escolher para qual empresa será imputado um benefício acidentário.

O tempo decorrido entre o início da exposição e o surgimento dos primeiros sintomas da doença evidenciou que as mulheres apresentaram os primeiros sintomas em intervalo de tempo menor do que os homens. Isto pode estar relacionado ao fato de, culturalmente, as mulheres procurarem mais os serviços de saúde do que os homens (GOMES; NASCIMENTO; ARAUJO, 2007).

Para a comprovação do nexo laboral entre a ART e o ambiente de trabalho foram realizados testes específicos. Dos 66 pacientes diagnosticados, a curva de pico de fluxo expiratório foi realizada em 39 (59,1%), sendo considerada positiva em 37 (94,9%), negativa em 1 e inconclusiva em 1 caso. O teste de provocação brônquica específica foi utilizado uma única vez, com resultado positivo. A curva de

pico de fluxo expiratório é um exame que objetiva a relação entre exposição, função pulmonar e sintomas. Entretanto, para sua realização o paciente deve estar na mesma atividade e manipulando os agentes suspeitos. Também exige afastamento do trabalho por alguns dias e que o paciente seja alfabetizado. Além disso, em pacientes com sintomas graves não se indica o retorno à exposição para fazer o teste. Por tudo isso, a sua realização nem sempre é possível (MENDONÇA et al., 2003).

Houve dificuldade no reconhecimento da espécie acidentária dos benefícios concedidos, principalmente nos pacientes diagnosticados com ART. Na avaliação pericial para comprovação de incapacidade laboral os sintomas clínicos, as provas de função pulmonar e os exames radiográficos foram pouco ou não foram valorizados. Muitas vezes, pela historia natural da doença, a ART apresenta flutuação dos sintomas e, no momento da perícia médica, o paciente encontra-se assintomático. A não observação destas características e dos exames complementares pode resultar em uma avaliação errônea, levando a uma subnotificação e a não caracterização donexo causal (BAGATIN; KITAMURA, 2006).

Estudando a prevalência de benefícios por doença respiratória, Ildefonso, Branco e Oliveira (2009), encontraram um coeficiente de prevalência de 9,92 benefícios por 10.000 vínculos, com elevado predomínio da espécie previdenciária sobre a acidentária. Neste estudo, encontramos um percentual de 71,72% de concessão de benefícios previdenciários nos pacientes com ART e 54% nos silicóticos. É possível que, apesar da gravidade da silicose, a diferença ocorra pelo fato de a ART acometer trabalhadores mais jovens e durante sua vida laboral ativa, diferentemente da silicose, que apresenta um período de latência maior entre a exposição e início dos sintomas, algumas vezes sendo o diagnóstico feito quando os pacientes já se encontram afastados definitivamente do ambiente insalubre ou aposentados. No entanto, chamou à atenção a falta de critérios previdenciários na espécie dos benefícios concedidos. As doenças são ocasionadas pelo exercício da atividade laboral, portanto os benefícios deveriam ser concedidos em espécie acidentária. Entretanto, somente 17 pacientes do grupo da ART e 14 do grupo da silicose tiveram suas doenças confirmadas como acidentes de trabalho. Em 18 pacientes asmáticos o benefício foi inicialmente concedido em espécie acidentária e depois convertido em previdenciária. Noventa por cento dos benefícios concedidos

com variação de espécie foram de pacientes asmáticos, enquanto que nos silicóticos a variação foi de apenas 10%, evidenciando a dificuldade dos pacientes com ART em comprovar no INSS a natureza acidentária de sua doença.

Por se tratar de doenças provocadas pela exposição a fatores de risco no ambiente de trabalho, torna-se obrigatório o afastamento permanente dos fatores de risco, quer seja via reabilitação em outra função compatível ou mesmo afastamento definitivo nos casos mais graves.

No INSS existe o serviço de Reabilitação Profissional que pode ser definido como assistência educativa ou reeducativa e de adaptação ou readaptação profissional, visando proporcionar aos beneficiários incapacitados parcial ou totalmente para o trabalho, em caráter obrigatório, independente de carência, e as “pessoas portadoras de deficiência”, os meios indicados para o reingresso no mercado de trabalho e no contexto em que vivem - Art. 136, do Decreto nº 3.048 (BRASIL, 1999). O encaminhamento à Reabilitação profissional terá caráter obrigatório e será feito pela Perícia Médica do INSS. O encaminhamento do segurado em percepção de benefício ao Programa de Reabilitação Profissional (PRP) deve ser realizado o mais precocemente possível, desde que esteja incapaz para a atividade que exerce (BRASIL, 2011).

Dos 48 pacientes com ART que receberam benefícios, 27 (56,25%) foram encaminhados ao Centro de Reabilitação Profissional. De 27 pacientes diagnosticados com silicose e que receberam benefícios, 8 (29,63%) foram encaminhados para reabilitação, ficando evidente a predominância de encaminhamento para reabilitação de pacientes com ART.

Considerando que todos os pacientes com diagnóstico de ART ou silicose deveriam ser afastados definitivamente dos fatores de risco, o encaminhamento para o setor ficou aquém do esperado. Existe a orientação do INSS no sentido de se encaminhar o mais precocemente possível os segurados que estejam em benefício (BRASIL, 2011). Houve casos em que a Perícia Médica demorou 5 anos para entender que um paciente diagnosticado com ART precisaria ser afastado do ambiente insalubre.

O dispêndio de tempo dos pacientes com ART ou silicose no programa de reabilitação profissional, desde o encaminhamento até que fosse concluído o processo de reabilitação profissional, evidenciou que os pacientes com ART demoram mais para serem reabilitados do que os com diagnóstico de silicose.

Houve caso de paciente com ART que ficou mais de 6 anos a disposição do programa de reabilitação profissional sem ter sua situação definida. A eficácia da Reabilitação Profissional não foi analisada devido à inexistência de dados.

A conclusão do benefício por alta pericial foi encontrada em 79,16% dos pacientes com ART e em 33,33% dos diagnosticados com silicose. Dos 27 pacientes silicóticos que receberam benefícios, 15 (55,55%) foram aposentados por invalidez. Nos casos de ART, de 48 pacientes que receberam benefícios, 5 (10,41%) foram considerados inválidos.

Chamou à atenção a baixa concessão de auxílio-acidente. O benefício foi concedido a 9 (19,1%) pacientes diagnosticados com ART e a 7 (7,7%) com diagnóstico de silicose (Tabela 4). De acordo com o art. 86 da Lei 8213/91, o auxílio-acidente será concedido, como indenização, ao segurado quando, após consolidação das lesões decorrentes de acidente de qualquer natureza, resultar em sequelas que impliquem redução da capacidade para o trabalho que habitualmente exercia. Como a ART e silicose são doenças que necessitam afastamento definitivo do agente dos fatores de risco (não podem retornar para o mesmo ambiente de trabalho), esperava-se que a indicação do auxílio-acidente tivesse sido feita para um número maior de pacientes que receberam auxílio-doença.

A Asma é uma importante causa de afastamento do trabalho, resultando em grande impacto no trabalho para os empregados e previdência social (BRANCO; ILDEFONSO, 2012).

Os pacientes com ART passaram por mais avaliações periciais do que os diagnosticados com silicose, encontrando-se um número maior de indeferimentos. De 45 avaliações periciais com indeferimento do pedido, 32 (71,11%) foram de pacientes portadores de ART, evidenciando a dificuldade desse grupo em ter a sua incapacidade laboral reconhecida.

Casos de ART e silicose tiveram despesas, corrigidas para 31 de dezembro de 2015, aproximadas de R\$ 2.973.541,03 e R\$ 2.351.120,87 respectivamente. Este cálculo não considera despesas referentes àqueles que continuaram em benefício, nem leva em consideração os aposentados ou pensionistas. A média de idade dos 48 pacientes diagnosticados com ART e que receberam benefício foi 36,54 anos, 37,62 anos de idade nos 29 pacientes do sexo masculino e 34,89 anos nas 19 mulheres. Os 27 pacientes diagnosticados com silicose e que receberam benefício eram todos do sexo masculino e com 46,07 anos de idade em média. Houve 5

aposentadorias por invalidez em casos de ART, com idade média de 38 anos e 15 casos de aposentados de silicose com média etária de 54 anos. A expectativa de vida global em 2015 foi de 71,4 anos em ambos os sexos, 73,8 anos nas mulheres e 69,1 nos homens (WORLD HEALTH STATISTICS, 2016). A expectativa de vida no Brasil em 2015 foi 75,5 anos em ambos os sexos, 71,93 anos nos homens e 79,1 anos nas mulheres (IBGE, 2015). Admitindo-se que a sobrevida média de asmáticos adultos é similar à população geral (ANAHÍ YÁÑEZ et al., 2014) isto significa que as despesas finais serão superiores ao cálculo apresentado. Nos casos da silicose, é provável que a expectativa de vida seja inferior à da população geral, por aumento da mortalidade por causas respiratórias associadas à doença (ALGRANTI, 1981). Mesmo assim as despesas são superiores aos números apresentados.

4.3 Limitações do estudo

Este estudo de série de casos foi efetuado retrospectivamente através da análise das informações constantes nos prontuários médicos dos pacientes. Devido ao caráter retrospectivo, a coleta dos dados não pode ser totalmente planejada, uma vez que a exposição e o desfecho já tinham ocorrido. Os dados analisados foram limitados ao que se encontrava anotado nos prontuários. Alguns pacientes não puderam ser incluídos por que não tinham diagnóstico conclusivo ou os dados não estavam de acordo com objetivo da pesquisa. O número reduzido da amostra também foi uma limitação da pesquisa. Amostras maiores poderiam proporcionar uma maior confiança nos resultados.

Outra limitação foi à ausência de dados organizados nos pareceres dos peritos do INSS que possibilitassem compreender o porquê das suas decisões na avaliação de incapacidade nos pedidos de auxílios-doença. Do mesmo modo, a ausência de informações nos pareceres periciais da reabilitação profissional não permitiu conhecer a área em que o paciente foi reabilitado.

5 CONCLUSÕES

Apesar das limitações encontradas, pudemos demonstrar que os pacientes com ART tem mais dificuldade em receber benefício do INSS, passam por mais avaliações periciais e tem maior incidência de benefícios indeferidos. Para a maioria

dos pacientes com ART que recebeu benefício, a espécie previdenciária foi a mais concedida pela perícia médica. O encaminhamento para reabilitação profissional foi maior nos portadores de ART do que nos diagnosticados com silicose, no entanto existiu demora da perícia médica em indicar a reabilitação e esta foi demorada. A aposentadoria por invalidez foi mais indicada para pacientes portadores de silicose.

Esse estudo demonstrou uma maior dificuldade no manejo pericial de pacientes portadores de ART e ausência de critérios nas decisões periciais da ART e silicose. As concessões foram feitas sem se levar em conta a gravidade da doença através dos exames utilizados nas suas avaliações.

REFERÊNCIAS

- ALGRANTI, E. **Slateworkers' pneumoconiosis**. 1981. 213p. Dissertação (Mestrado) - Universidade do País de Gales, Cardiff, 1981.
- AMEILLE, J. et al. Reported incidence of occupational asthma in France, 1996–99: the ONAP programme. **Occupation & Environmental Medicine**, v. 60, n. 2, p. 136-141, 2003.
- Anahí Yáñez, S.-H. C. et al. Asthma in elderly: what we know and what we have yet to know. **Holgate World Allergy Organ J.**, v. 7, n. 1, p. 8. May 2014.
- BAGATIN, E.; KITAMURA, S. História ocupacional. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 32, supl. 2, p. S30-S34, 2006.
- BRANCO, A. B.; ILDEFONSO, S. A. G. Prevalência e duração dos benefícios auxílio-doença decorrentes de asma no Brasil em 2008. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 38, n. 5, p. 550-558, 2012.
- BRASIL. **Lei nº 8.213**, de 24 de julho de 1991.
- BRASIL. **Decreto nº 3.048**, de 06 de maio de 1999.
- BRASIL. DIRSAT/INSS. **Despacho Decisório nº 2**, de 24 de novembro de 2011. Manual Técnico de Procedimentos da área de Reabilitação Profissional.
- CAPITANI, E. M. A silicose (ainda) entre nós. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 32, n. 6, p. XXXIII-XXXV, 2006.
- CIBA FOUNDATION GUEST SYMPOSIUM. Terminology, definition and classification of chronic pulmonary emphysema and related conditions. **Thorax**, v. 14, p. 286-299, 1959.
- ESTERHUIZEN, T. M.; HNIZDO, E.; REES, D. Occurrence and causes of occupational asthma in South Africa - results from SORDSA's Occupational Asthma

Registry, 1997 - 1999. **South African Medical Journal**, v. 91, n. 6, p. 509-513, 2001.

FLETCHER, C. M. Standardised questionnaire on respiratory symptoms: a statement prepared and approved by the MRC Committee on the Aetiology of Chronic Bronchitis (MRC breathlessness score). **British Medical Journal**, v. 2, 1960.

GLOBAL LUNG FUNCTION INITIATIVE. GLI 2012 Data Conversion Software. Date last updated: May 10, 2013. Disponível em: <www.lungfunction.org/files/InstallGLI2012_DataConversion.EXE>. Acesso em: 2016.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAUJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 3, p. 565-574, 2007.

ILDEFONSO, S. A. G.; BRANCO, A. B.; OLIVEIRA, P. R. A. Prevalência de benefícios de seguridade social temporários devido a doença respiratória no Brasil. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 35, n. 1, p. 44-53, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Tabua de vida. 2015. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/2015/defaulttab_xls.shtm>. Acesso em: 2016.

INTERNATIONAL LABOUR OFFICE. Guidelines for use of ILO International Classification of Radiographs of Pneumoconioses. **Occupational Safety and Health Series**, n. 22, 2011.

JEEBHAY, M. F.; QUIRCE, S. Occupational asthma in the developing and industrialized world: a review. **The Journal International of Tuberculosis and Lung Disease**, v. 11, n. 2, p. 122-133, 2007.

LATZA, U.; BAUR, X. Occupational obstructive airway diseases in Germany: frequency and causes in an international comparison. **American Journal of Industrial Medicine**, v. 48, n. 2, p. 144-152, 2005.

MEDICAL RESEARCH COUNCIL. GRA BRETANHA: 1976.

MENDONÇA, E. M. C. et al. Occupational asthma in the city of São Paulo, 1995-2000, with special reference to gender analysis. **American Journal of Industrial Medicine**, v. 43, n. 6, p. 611-617, 2003.

TARLO, S. M.; LEMIERE, C. Occupational Asthma. **The New England Journal of Medicine**, v. 370, n. 7, p. 640-649, 2014.

TERRA FILHO, M.; SANTOS, U. P. Silicose. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 32, suplemento. 1, p. S41-S7, 2006.

THE GLOBAL LUNG INITIATIVE, 2012. Disponível em:
<<http://www.lungfunction.org>>. Acesso em: 2016.

WORLD HEALTH STATISTICS 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Disponível em:
<http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/EN_WHS2016_TO C.pdf>. Acesso em: 2016.

3 Artigo II

AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE LABORAL EM ASMA RELACIONADA AO TRABALHO E SILICOSE: DIFICULDADES NO ENTENDIMENTO DA CONDUÇÃO PERICIAL

RESUMO

Introdução: A asma relacionada ao trabalho (ART) e a silicose são doenças ocupacionais prevalentes no Brasil. Para o recebimento de benefício por incapacidade, pacientes acometidos por essas doenças precisam passar em avaliação pericial no INSS. Dificuldades na condução dessas avaliações são frequentemente relatadas por pacientes. **Objetivos:** Analisar os desdobramentos periciais previdenciários de pacientes diagnosticados com ART e silicose que passaram por avaliação pericial no INSS com resultados não concordantes com a legislação previdenciária ou nos quais não foi possível entender os critérios utilizados na avaliação. **Metodologia:** Estudo qualitativo das avaliações periciais de casos de ART e silicose diagnosticados em ambulatório especializado. De um universo de 66 casos de ART e 50 de silicose reconhecidos entre 2005 e 2015, foram analisados 86 que passaram por perícia no INSS. Destes, selecionaram-se 17 casos onde as avaliações periciais apresentavam conclusão de resultados não concordantes com o preconizado na legislação previdenciária ou que não permitiam entender os critérios utilizados para a definição da conclusão pericial. Foram organizados em 5 grupos, de acordo com a semelhança dos problemas encontrados. **Resultados:** os problemas identificados com frequência foram: casos de pacientes que passaram por avaliações periciais sequenciais com resultados divergentes, variando da aptidão para o trabalho a aposentadoria por invalidez em curto período; casos de pacientes que evoluíram com agravamento da condição clínica, mas que tiveram sua condição ignorada pela avaliação pericial, fixando o início da incapacidade em período anterior a condição de segurado. Benefícios concedidos em espécie acidentária, mas que tiveram o nexó excluído em revisão médica. Pacientes com necessidade de afastamento de ambiente insalubre tiveram seu pedido de benefício indeferido ou cessado sem encaminhamento para a reabilitação profissional. Outros estavam no programa de reabilitação há meses sem definição da situação. **Considerações finais:** Dificuldades no entendimento das decisões periciais foi um achado universal. Regras estabelecidas na legislação previdenciária não foram seguidas e não foram considerados os relatórios médicos emitidos por especialistas, levando a resultados examinador-dependentes. O não reconhecimento da natureza acidentária das doenças foi uma observação frequente, principalmente nos casos de ART. Faltou comunicação da perícia médica do INSS com os médicos assistentes e com os médicos do trabalho.

Palavras-chave: Asma, Asma Ocupacional, Silicose, Previdência Social, Perito Médico

ABSTRACT

EVALUATION OF LABOR CAPABILITY IN WORK-RELATED ASTHMA AND SILICOSIS: DIFFICULTIES IN THE COMPREHENSION OF THE EXPERT CONDUCTION

Introduction: Work-related asthma (WRA) and silicosis are prevalent occupational diseases in Brazil. In order to receive disability benefits, patients have to be evaluated by a medical expert at the Instituto Nacional de Seguro Social (INSS). Patients often report difficulties in the conduction of these evaluations. **Objectives:** To analyze medical expert disability evaluations of patients diagnosed with WRA and silicosis whose results did not comply with social security laws or whose criteria used in evaluation were not possible to understand. **Methodology:** Qualitative study of expert evaluations of WRA and silicosis cases which were diagnosed in a specialized clinic. From a total of 66 WRA cases and 50 of silicosis diagnosed between the years 2005 to 2015, 86 underwent medical expert examination at the Instituto Nacional de Seguro Social (INSS). Of these, 17 cases were selected because their medical expert evaluation reached conclusions not corresponding with the social security law or, which criteria used to establish the medical expert conclusion were not possible to understand. Cases were organized in 5 groups, according to the similarity of the problems which were found. **Results:** The most frequent problems were: patients who went through sequential medical expert evaluation and got divergent results ranging from ability to work to disability retirement within a short period of time. Cases of patients whose timing of deterioration was ignored by medical experts and the disability date were set prior to the eligible period of insurance coverage. Benefits were granted not as an occupational disease. Patients who needed to be removed from exposure had their benefit claim denied or terminated with no referral to rehabilitation. Workers who entered the rehabilitation program with no definition of their situation. **Concluding remarks:** Difficulties in the comprehension of expert decisions were a universal finding. Rules established by the social security law were not followed as well as medical reports issued by specialists were not regarded, leading to examiner-dependent results. The non-recognition of the illnesses' accidental nature was frequently observed, especially in WRA cases. There was a lack of communication between INSS medical experts, specialists and occupational physicians.

Keywords: Asthma, Occupational Asthma, Silicosis, Social Security, Medical Expert.

O perito pode medir a rigidez do cotovelo, o tamanho da cicatriz do joelho. Se não tiver o saber, a dose certa de humildade e humanidade, bom senso e consciência bem formada, nunca conseguirá quantificar a grandeza dos sentimentos e medir a cicatriz da alma do sinistrado (LUCAS, 2016).

1 INTRODUÇÃO

A Asma Relacionada ao Trabalho (ART) e a Silicose são doenças respiratórias relacionadas ao trabalho prevalentes no Brasil. A ART é a mais prevalente das pneumopatias ocupacionais na maioria dos países industrializados (JEEBHAY; QUIRCE, 2007). Pelo fato da ART ser uma doença multicausal, existe maior dificuldade em se confirmar o diagnóstico e estabelecer o nexo ocupacional (BAGATIN; KITAMURA, 2006; TARLO; LEMIERE, 2014). A avaliação clínica dos pacientes com asma compreende uma anamnese completa, um exame físico criterioso e testes de função pulmonar. Os sintomas e os possíveis fatores de risco que desencadeiam crises no ambiente de trabalho precisam ser especificados. O não reconhecimento clínico da natureza acidental da doença pode levar a não caracterização da espécie acidentária pelo INSS, dificultando a garantia de direitos previdenciários.

A silicose é a principal e mais prevalente pneumoconiose (CAPITANI, 2006; TERRA FILHO; SANTOS, 2006). É uma doença respiratória relacionada ao trabalho potencialmente incapacitante devido às lesões irreversíveis e/ou comorbidades associadas (TERRA FILHO; SANTOS, 2006). A silicose tem uma evolução insidiosa, com sintomas que normalmente se manifestam anos após o início da exposição, algumas vezes com o paciente já afastado do ambiente de trabalho ou aposentado. Devido a essa característica, os pacientes acometidos por silicose também enfrentam dificuldades em garantir seus direitos trabalhistas e previdenciários.

No Brasil, estima-se que a asma é responsável por 350.000 internações por ano, constituindo-se na quarta causa de hospitalizações pelo Sistema Único de Saúde (BRANCO; ILDEFONSO, 2012). Foi identificada prevalência de 4% de ART em uma população de jovens entre 23 a 25 anos, equivalentes a 35% dos casos da coorte estudada (CALDEIRA et al., 2006). De 1984 a 1994, 62.9% de todos os casos de doenças respiratórias relacionadas ao trabalho entre os pacientes da clínica FUNDACENTRO em São Paulo foi composto por pacientes asmáticos (MENDONÇA et al., 2003). No ano de 2005, no município de São Paulo, estimou-se uma incidência de 17 casos por milhão de trabalhadores registrados (MENDONÇA et al., 1994).

Durante o ano de 2008, foram concedidos no Brasil 2.458 benefícios de auxílio doença por asma, em uma população de 32.590.239 trabalhadores empregados, uma prevalência de 7,5 benefícios/100.000 empregados, evidenciando a asma como uma importante causa de afastamento do trabalho (BRANCO; ILDEFONSO, 2012). Estudando a duração dos benefícios por auxílio-doença decorrentes de asma e outras doenças no Brasil, Branco e Ildefonso (2012) concluíram que a probabilidade de afastamento do trabalho por asma aumenta em mulheres com mais de 40 anos de idade que trabalham nos segmentos de esgotos, fabricação de produtos de madeira ou fabricação de móveis. Outro estudo de doenças respiratórias verificou uma prevalência de 99,2 benefícios por 100.000 vínculos, com elevado predomínio da espécie previdenciária sobre a acidentária. No estudo, as doenças mais prevalentes foram pneumonia, asma e DPOC não especificada (ILDEFONSO; BRANCO; OLIVEIRA, 2009).

Pacientes diagnosticados com ART e silicose em ambulatório especializado de Pneumologia Ocupacional retornam regularmente à FUNDACENTRO para obtenção de relatórios médicos necessários nas perícias sequenciais no INSS. Dificuldades enfrentadas nas avaliações periciais são frequentemente relatadas pelos pacientes, gerando dúvidas quanto aos critérios utilizados nessas avaliações.

Revisando os desfechos previdenciários de casos de ART e Silicose encaminhados para avaliação pericial, notaram-se definições contraditórias nas conclusões das avaliações para concessão de benefícios por incapacidade, causada em parte pela capacitação inadequada do profissional que avalia o requerente. A comunicação entre o médico perito do INSS e o médico assistente é quase sempre inexistente, impactando nos resultados periciais. A motivação deste estudo foram as frequentes reclamações, verbalizadas pelos pacientes, com relação aos desfechos previdenciários de seus pedidos de benefícios.

Coletaram-se casos concretos de conduções periciais de difícil entendimento e resultados não concordantes com os relatórios médicos encaminhados. Este trabalho tem por objetivo analisar as conclusões periciais de casos de difíceis entendimentos dos critérios utilizados para a conclusão da avaliação pericial.

2 CONCEITOS E REGRAS RELACIONADOS À ATIVIDADE PERICIAL NO INSS

Para um melhor entendimento destas análises, se faz necessário revisar alguns conceitos previdenciários e regras periciais.

2.1 Carência

Período de carência é o número mínimo de contribuições mensais indispensáveis para que o beneficiário faça jus ao benefício, consideradas a partir do transcurso do primeiro dia dos meses de suas competências (BRASIL, 1991, 8.213).

A concessão das prestações pecuniárias do Regime Geral de Previdência Social depende do cumprimento do período de carência. Em regra geral, para a concessão de auxílio-doença e de aposentadoria por invalidez completa-se a carência após 12 (doze) contribuições mensais (BRASIL, 1991, 8.213).

Independem do cumprimento do período de carência (BRASIL, 2010, IN 45): auxílio-acidente, pensão por morte, auxílio-doença e aposentadoria por invalidez nos casos de acidentes de qualquer natureza (inclusive os acidentes de trabalho), reabilitação profissional e segurado acometidos 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 de doença de Paget (osteíte deformante)
- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – AIDS
- Contaminação por radiação com base em conclusão da medicina especializada
- Hepatopatia grave

2.2 Manutenção e perda da qualidade de segurado

A Previdência Social, mediante contribuição, tem por finalidade assegurar aos seus beneficiários meios indispensáveis de manutenção, por motivo de incapacidade, desemprego involuntário, idade avançada, tempo de serviço, encargos familiares e prisão ou morte daqueles de quem dependiam economicamente (BRASIL, 1999, 8.213).

Qualidade de segurado – período no qual os segurados mesmo sem contribuição permanecem com direito a recebimento de benefícios nos casos em que a perícia médica do INSS comprove a existência de incapacidade.

Mantém a qualidade de segurado, independentemente de contribuições (BRASIL, 1999, 3.048):

I - sem limite de prazo, quem está em gozo de benefício, inclusive durante o período de recebimento de auxílio-acidente.

II - até doze meses após a cessação de benefício por incapacidade ou após a cessação das contribuições.

§ 1º O prazo do inciso II será prorrogado para até vinte e quatro meses, se o segurado já pagou mais de cento e vinte contribuições mensais sem interrupção que acarrete a perda da qualidade de segurado.

§ 2º O segurado desempregado do Regime Geral de Previdência Social (RGPS) terá o prazo do inciso II ou do § 1º será acrescido de doze meses, desde que comprovada essa situação por registro no órgão próprio do Ministério do Trabalho e Emprego (Seguro-Desemprego).

Portanto, o tempo máximo que um segurado permanece com direito a recebimento de benefício, após parar de contribuir para o regime geral da previdência social, poderá ser de até 36 meses.

Havendo perda da qualidade de segurado, as contribuições anteriores a essa data só serão computadas para efeito de carência depois que o segurado contar, a partir da nova filiação à Previdência Social, com, no mínimo, 1/3 (um terço) do número de contribuições exigidas para o cumprimento da carência (BRASIL, 1999, 3.048).

2.3 Auxílio-doença

O auxílio-doença será devido ao segurado que, havendo cumprido, quando for o caso, o período de carência exigido na Lei, ficar incapacitado para o seu trabalho ou para a sua atividade habitual. Para os trabalhadores empregados, os 15 dias iniciais de incapacidade deverá ser pago pelo empregador (BRASIL, 1991, 8.213).

Parágrafo único. Não será devido auxílio-doença ao segurado que se filiar ao Regime Geral de Previdência Social já portador da doença ou da lesão invocada como causa para o benefício, salvo quando a incapacidade sobrevier por motivo de progressão ou agravamento dessa doença ou lesão.

2.4 Conceitos de incapacidade e Invalidez

A incapacidade laborativa é a impossibilidade de desempenho das funções específicas de uma atividade ou ocupação, em consequência de alterações morfofisiológicas provocadas por doença ou acidente.

O risco de morte, para si ou para terceiros, ou o agravamento que a permanência em atividade possa acarretar, será implicitamente incluído no conceito de incapacidade, desde que palpável e indiscutível.

A incapacidade deve ser analisada quanto ao grau, à duração e a profissão desempenhada (BRASIL, 2002, OI 73).

Quanto ao grau, a incapacidade laborativa pode ser parcial ou total. Será considerada como parcial o grau de incapacidade que ainda permita o desempenho de atividade, sem risco de vida ou agravamento maior. Será considerada como total a incapacidade que gera a impossibilidade de permanecer no trabalho.

Quanto à duração, a incapacidade poderá ser temporária ou indefinida. Considera-se temporária a incapacidade para a qual se pode esperar recuperação dentro de prazo previsível. A incapacidade indefinida é aquela insusceptível de alteração em prazo previsível com os recursos da terapêutica e reabilitação disponíveis.

Quanto à profissão, a incapacidade pode ser uniprofissional, multiprofissional e omni-profissional. A incapacidade é dita uniprofissional quando alcança apenas uma atividade específica. Quando o impedimento abrange diversas

atividades é classificada como multiprofissional. A incapacidade omni-profissional implica a impossibilidade do desempenho de toda e qualquer atividade laborativa, sendo conceito essencialmente teórico.

A invalidez é a incapacidade laborativa total, indefinida e multiprofissional, insuscetível de recuperação ou reabilitação profissional, em consequência de doença ou acidente.

2.5 Data de Início da doença (DID) e data do início da incapacidade (DII)

As datas de início da doença e do início de incapacidade são obrigatoriamente fixadas na conclusão do ato pericial de exames iniciais destinados a concessão de auxílio-doença e nos exames médicos realizados em fase de recurso por benefício inicial indeferido.

2.5.1 A data do início da doença

Deve ser fixada no surgimento dos primeiros sintomas de doença, iniciando assim o tratamento médico. Trata-se de elemento importante na avaliação pericial uma vez que a fixação de uma DID anterior ao ingresso ao regime geral da previdência social poderá ocasionar indeferimento de concessão de benefício por tratar-se de doença pré-existente a filiação ou ao reingresso no regime previdenciário.

2.5.2 A data do início da incapacidade

Deve ser fixada a partir de quando as manifestações da doença provocaram um volume de alterações morfo-psicofisiológicas que impedem o desempenho das funções específicas de uma profissão, obrigando ao afastamento do trabalho.

Para a correta fixação da DID e DII, além do exame subjetivo, devem ser utilizados exames complementares, atestados de internação e outras informações de natureza médica disponíveis.

Não será devido auxílio-doença ao segurado que se filiar ao Regime Geral de Previdência Social já portador de doença ou lesão invocada como causa para o

benefício, salvo quando a incapacidade sobrevier por motivo de progressão ou agravamento dessa doença ou lesão (BRASIL, 1991, 8.213; BRASIL, 1999, 3.048).

Nas doenças de evolução crônica de um segurado em pleno exercício de suas atividades e que tenha completado a carência, quando a incapacidade decorre de agravamento ou complicação da doença ou lesão pré-existente, é mais adequado à fixação da DID na data do início das manifestações da complicação (BRASIL, 2002, OI 73).

Nas doenças que independem de período de carência para a concessão do benefício, em geral, a Data do Afastamento do Trabalho (DAT) é considerada a própria DII. Em se tratando de segurado desempregado, a DII deve ser minuciosamente pesquisada, pois poderá não ter relação com a DAT (BRASIL, 2002, OI 73).

2.6 Atribuições da medicina pericial na reabilitação profissional

São funções da medicina pericial nos centros de reabilitação profissional, pertinentes a esse estudo (BRASIL, 2002, OI 73):

- Avaliar o potencial laborativo do segurado no que se refere aos aspectos físicos; solicitar exames e pareceres especializados à rede credenciada.
- Realizar análise de postos de trabalho
- Identificar os casos passíveis de reabilitação profissional
- Avaliar intercorrências médicas
- Definir compatibilidade física de ocupações, utilizando os seus conhecimentos técnicos, análise de funções ou outros meios técnicos.

Desempenhar as demais atividades médicos-periciais pertinentes

3 METODOLOGIA

Avaliação com metodologia qualitativa de conclusões periciais em casos selecionados de pacientes diagnosticados com ART e silicose.

De 116 casos diagnosticados com ART e silicose provenientes do ambulatório de pneumopatias relacionadas ao trabalho da FUNDACENTRO, 10 pacientes com diagnóstico de ART e 12 diagnosticados com silicose não passaram por avaliação

pericial no INSS. Oito pacientes, apesar de acometidos de ART ou silicose, foram periciados por doença diferente das pesquisadas no trabalho e, por este motivo, não relacionado para a análise. Foram periciados 86 pacientes com diagnóstico de ART ou silicose e concedidos benefícios a 75 destes. Receberam benefícios 48 pacientes diagnosticados com ART e 27 silicóticos.

Foram analisadas as 86 perícias correspondentes aos pacientes diagnosticados com ART ou silicose no banco de dados informatizado do INSS, com base no que é preconizado na legislação previdenciária e nos critérios utilizados para a definição da conclusão pericial. Selecionaram-se as perícias que apresentavam conclusão de resultados concordantes e não concordantes com a legislação e, as que foram possíveis ou não entender os critérios utilizados para a definição pericial. Em 33 casos os resultados periciais foram considerados adequados. Em 53 casos as perícias não foram consideradas adequadas, sendo 39 casos de ART e 14 de silicose. Dentre elas, selecionaram-se 17 casos mais emblemáticos, seja pela gravidade ou pela dificuldade de entendimento na conclusão pericial, considerados representativos de problemas recorrentes. Foram então classificados em 5 grupos de acordo com os conceitos e regras comentados na seção anterior, abaixo descritos:

O **Grupo I** incluiu perícias de pacientes que tiveram resultados divergentes em breves períodos. No **Grupo II** foram colocados os pacientes que tiveram resultados aprovados pela avaliação pericial, mas com fixação de incapacidade em período fora da qualidade de segurado, impossibilitando o recebimento do benefício. Para o **Grupo III** foram selecionados os pacientes que tiveram benefício concedido inicialmente em espécie acidentária, mas depois excluída por revisão médica, ou pacientes que apresentavam elementos suficientes para caracterização de nexo laboral, mas tiveram a natureza acidentária da doença ignorada pelo avaliador. No **Grupo IV** foram incluídos os pacientes que não foram reabilitados pelo INSS, sendo delegada a competência para os médicos do trabalho. O **Grupo V** incluiu pacientes que foram encaminhados para reabilitação profissional, mas que não tiveram definição de sua situação previdenciária. Alguns casos tinham critérios para estarem representados em mais de um grupo, mas optou-se por colocar no grupo que mais chamava a atenção. A Tabela 1 resume os grupos e o número de perícias.

Tabela 1 Grupos de casos selecionados com discordância na aplicação de regras de avaliação pericial

GRUPOS	ART	Silicose
Grupo I – Resultados discordantes em breves períodos	1	4
Grupo II – Fixação da incapacidade em período fora da qualidade de segurado		2
Grupo III – Exclusão ou não aplicação do nexo laboral	2	
Grupo IV – Delegação da competência de reabilitação para o médico do trabalho	4	1
Grupo V – Indefinição da reabilitação profissional	3	

Os casos selecionados foram agregados e apresentados em tabelas, sendo escolhidos casos representativos de cada grupo para discussão mais aprofundada, levando-se em consideração, quando possível, as regras previdenciárias vigentes.

Considerações éticas

Os dados clínicos e previdenciários foram obtidos de prontuários médicos da FUNDACENTRO e de prontuário informatizado do INSS. Por tratar-se de dados identificados, o projeto foi inserido na Plataforma Brasil sendo encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa e aprovado com o número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 49868615.0.0000.5551. Após a aprovação, foi elaborado termo de compromisso das instituições, autorizando a coleta de dados em prontuário.

4 RESULTADOS

No Grupo I foram analisados resultados periciais discordantes entre múltiplas perícias realizadas em curto espaço de tempo. Pacientes foram avaliados por um perito, obtendo um determinado resultado. Na avaliação seguinte, com outro perito, em intervalo de tempo breve, obteve resultado diferente, e assim por diante, não sendo possível entender os critérios utilizados nas avaliações pela leitura dos relatórios periciais. Os resultados podem ser consultados na Tabela 2.

Tabela 2 - Grupo I - Resultados discordantes de avaliações periciais em breve período

Diagnóstico	Perícia	Data	Resultado	Observações/ comentários
1. Silicose Complicada	1	nov-05	Sugestão de LI*	Não foi aposentado
	2	mar-06	BI por 30 dias	Mudou a sugestão de aposentaria para auxílio-doença
	3	set-06	Indeferimento	Considerado apto para o trabalho
	4	out-06	BI por 6 meses	
	5	mar-07	BI por 11 meses	
	6	fev-08	Indeferimento	
	7	mar-08	Indeferimento	
	8	jul-08	Sugestão de LI	De apto em Março/2008 para inválido 4 meses após. Óbito 3 anos depois de aposentado
2. Silico Tuberculose	1	fev-06	Indeferimento	Considerado apto para o trabalho
	2	fev-06	BI** por 6 meses	Considerado incapaz 9 dias depois
	3	set-07	Indeferimento	BI cessado no dia da perícia
	4	out-07	Sugestão de LI	De apto para inválido em 30 dias
3. Silicose Complicada	1	nov-04	Concedido BI a partir de set-04	Encaminhado para RP***
	2	ago-05	Indeferimento	Encerrada RP e cessado o benefício
	3	fev-06	BI por 2 anos	Considerado incapaz por período longo.
	4	mar-08	Indeferimento	Perícia após 2 anos de BI não comprovou incapacidade
	5	mar-08	BI por 6 meses	Considerado incapaz 14 dias após a avaliação anterior
	6	set-08	Sugestão de LI	De apto para aposentado em 6 meses.
4. ART****	1	dez-05	Concedido BI a partir de out-05	
	2	mai-08	Indeferimento	BI cessado no dia da perícia.
	3	jun-08	Sugestão de LI	De apto para inválido em 25 dias Segurado não foi aposentado
	4	dez-10	Sugestão de LI	Nova sugestão de aposentadoria Indicação de transplante pulmonar
5. Silicose	1	mai-07	BI por 30 dias	"Segurado com pneumopatia intersticial aguardando possível biópsia a céu aberto. Concedo o benefício pelo tempo que entendo necessário para o tratamento"
	2, 3 e 4	jul-07, set-07 e nov-07	Indeferimento	Considerado apto para o trabalho
	5	mai-09	Sugestão de LI	Aposentado através de Perícia Judicial Invalidez previdenciária Óbito 4 anos depois de aposentado

* LI – Limite Indefinido (aposentadoria por invalidez)

** BI – Benefício por Incapacidade

*** RP – Reabilitação Profissional

**** ART – Asma Relacionada ao Trabalho

No Grupo II foram analisados resultados periciais onde foi fixada a data de início da incapacidade em período fora da qualidade de segurado, impossibilitando o

recebimento de benefício. Os dados periciais existentes eram suficientes para comprovar agravamento das condições clínicas após o reingresso ao regime previdenciário, entretanto o agravamento não foi considerado na perícia inicial nem nas avaliações recursais, como pode ser visto na Tabela 3.

Tabela 3 - Grupo II - Fixação da Incapacidade em período sem qualidade de segurado

Diagnóstico	Perícia	Data	Resultado	DII	Comentários
1. Silicose	1	mai-07	Deferido	09.11.2005	Não recebeu benefício porque em novembro de 2005 não era segurado
	2	abr-09	Indeferido		Apto para o trabalho
	3	abr-11	Sugestão de LI*	09.11.2005	Em oxigenioterapia domiciliar desde julho de 2010, mas a perícia não reconheceu como agravamento da doença Perícia médica não reconheceu o agravamento da doença, mantendo o início da incapacidade em novembro de 2005
	4	jan-12	Sugestão de LI	09.11.2005	
2. Pneumoconiose mista complicada	1	set-11	Indeferido		Considerado apto para o trabalho
	2	dez-11	Indeferido		
	3	mar-12	Indeferido		
	4	jun-12	Sugestão de LI	03.03.2011	De apto para inválido em 3 meses Não recebeu benefício porque em março de 2011 não era segurado Perícia descreveu doença crônica com agravo progressivo e recente, mas não reconheceu o agravamento da doença Perícia manteve a DII fixada, justificou a primeira consulta na FUNDACENTRO como o início da incapacidade Convocado pela RP 4 meses depois da última avaliação
	5	nov-12	Homologação de LI (Junta Médica)	03.03.2011	
	6	jan-13	Incapaz para função de pedreiro Encaminhamento RP**		
	7	abr-13	Sugestão de LI	31.01.2013	Aposentado pela RP Perito da RP fixou a DII na data do agravamento da doença

* LI – Limite Indefinido (aposentadoria por invalidez)

** RP – Reabilitação Profissional

No Grupo III foram identificados pacientes que inicialmente receberam benefício em espécie acidentária, mas foi descaracterizada a natureza acidentária da doença após recurso do empregador. Outros pacientes, com dados periciais suficientes para confirmação de nexos laborais, não tiveram o reconhecimento da espécie acidentária do benefício. Os resultados encontram-se resumidos na Tabela 4.

Tabela 4 - Grupo III - Exclusão ou não aplicação do nexo causal

Diagnóstico	Perícia	Data	Resultado	Nexo Laboral	Observações
1. ART*	1	dez-07	Concedido BI**	Sim	
	2	abr-10	Indeferimento		BI cessado no dia da perícia
	3	abr-10	Concedido BI Encaminhamento para RP***	Sim	Perícia comprovou incapacidade 15 dias após a perícia anterior
	4	out-10	Mantido o BI Exclusão do nexo laboral	Não	Revisão médica descaracterizou a natureza acidentária do BI justificando que o empregador comprovou a entrega de máscara que atenua eventual presença de agentes inalatórios nocivos
	5	mar-15	Sugestão de LI****	Não	Foi aposentado por invalidez sem o reconhecimento da natureza acidentária da doença
2. ART	1	ago-12	Concedido BI	Não	Relatório médico informou curva de pico de fluxo positiva quando exposta a agentes irritantes. Perícia relata que a queixa descrita não é compatível com lesão ocupacional. Está a apenas 4 anos nesta função

* ART – Asma Relacionada ao Trabalho

** BI – Benefício por Incapacidade

*** RP – Reabilitação Profissional

**** LI – Limite Indefinido (aposentadoria por invalidez)

No Grupo IV foram agrupados exames periciais onde foi delegada ao médico do trabalho a competência de reabilitação ou retirada do ambiente insalubre. Peritos reconheceram o meio ambiente laboral insalubre e a necessidade de mudança de função, mas não encaminharam os segurados para reabilitação profissional nem dialogaram com os médicos do trabalho. Encerraram os benefícios ou não atestaram a incapacidade laboral, mantendo os pacientes no mesmo ambiente insalubre, como resumido na Tabela 5.

Tabela 5 - Grupo IV - Delegação de competência para reabilitação para o médico do trabalho

Diagnóstico	Perícia	Data	Reabilitação	Observações
1. ART*	1	jan-09	Não	Relatório médico: asma e rinite relacionada ao trabalho por exposição a baquelite
	2	mar-09	Não	Relato pericial "laudo de médico da FUNDACENTRO sem especialidade no CREMESP" Cabe ao médico do trabalho adequá-lo as suas limitações e não expô-lo aos agentes nocivos
2. ART	1	set-06	Sim	Encaminhado à RP** Não foi avaliado pela RP em função de alta médica antecipada
	2	out-08	Sim	Retirado mais uma vez da RP
	3	dez-08	Não	Médico assistente solicita que o segurado seja reencaminhado à RP
	4	set-09	Sim	Reencaminhado para reabilitação Retirado novamente em maio de 2012
	5	ago-12	Não	Relato pericial: se o paciente não pode ser exposto ao ambiente de trabalho, deve ser colocado em função adequada pelo SESMT da empresa
3. ART	1	ago-11	Não	Relatório médico da FUNDACENTRO informou asma ocupacional por diisocianatos, incapacitado permanente para exercer atividades nas quais haja manipulação desses produtos
	2	out-11	Não	Relatório médico da FUNDACENTRO informou exposição a poeira de massas plásticas e vapores de tintas Incapaz para exercer atividades de pintor de veículos e trabalhar em galpões onde haja manipulação de tintas e vernizes. Retirado da RP em novembro de 2011 justificando que não havia contato direto com tintas, pois executa atividades de funileiro e usa máscara.
	3	nov-11	sim	"Deverá ser avaliado por médico da empresa para restrições"
4. Silicose	1	fev-09	Não	Recebeu BI acidentário desde janeiro de 2005, cessado em fevereiro de 2009 Perícia justificou "retorno ao trabalho a critério do médico da empresa"
5. ART	1	abr-07	Não	Relatório médico da FUNDACENTRO informou doença ocupacional por exposição aos isocianatos Conclusão pericial: Deverá ser remanejado para setor compatível com sua limitação
	2	jul-07	Não	Perícia prorrogou BI "para levar caso ao conhecimento da supervisão médica, pois com certeza trata-se de caso em que a empresa deve remanejar segurada para outro setor"
	3	ago-07	Não	Relato pericial "Empresa de grande porte com amplas possibilidades de recolocação e readaptação. Não vejo sentido em envolver o programa de reabilitação profissional nisso"

* ART – Asma Relacionada ao Trabalho

** RP – Reabilitação Profissional

No Grupo V encontraram-se pacientes inseridos no programa de reabilitação do INSS há anos, sem definição do reabilitador, como resumido na Tabela 6.

Tabela 6 - Grupo V - Indefinição da reabilitação profissional

Diagnóstico	Perícia	Data	Início da Reabilitação	Observações
1. ART*	1	ago-08	ago-08	Retirado do programa em abril de 2010 porque a empresa não ofereceu função compatível
	2	jul-11	jul-11 (re-encaminhado)	Em dezembro de 2015 estava há 73 meses em RP**
2. ART	1	set-13	abr-14	Em dezembro de 2015 estava há 21 meses em RP
	1	jun-08	-	BI*** acidentário por asma causada por vapores de solda. Foi readaptado para outro setor, mas "refere continuar no mesmo ambiente insalubre"
3. ART	2	out-09	out-09	Encaminhado para reabilitação a pedido do médico da empresa
	3	fev-10	fev-10	Perícia declarou "Segurado informou que foi alocado em função compatível, mas não pode permanecer por causa do ar condicionado" Conclusão pericial: "Capaz em ambiente climatizado, pulmões livres, sem ruídos adventícios (com ar condicionado ligado no consultório médico)"

* ART – Asma Relacionada ao Trabalho

** RP – Reabilitação Profissional

*** BI – Benefício por Incapacidade

5 DISCUSSÃO

A avaliação pericial é ato médico técnico. O perito é autônomo na sua decisão e faz uma avaliação subjetiva, mas precisa obedecer a critérios estabelecidos pelo INSS para concessão de benefícios. Elementos importantes da avaliação pericial como a data de início da doença (DID) e a data de início da incapacidade (DII) precisam ser identificadas com a mais absoluta certeza e isenção para garantir ou não direito ao recebimento de benefício. Da mesma forma, deve ser pesquisado com bastante critério o nexo causal das doenças e a necessidade de reabilitação profissional. As informações de médicos especialistas que fazem o tratamento dos pacientes devem ser cuidadosamente analisadas. Solicitação de Informações ao Médico Assistente (SIMA) (BRASIL, 2010, IN 45), quando necessário, deve ser utilizada para esclarecer alguns pontos duvidosos da perícia permitindo, dessa

forma, uma avaliação pericial criteriosa e que não deixe dúvidas quanto ao resultado.

A seguir são discutidas em maior profundidade as conclusões periciais de casos dos 5 grupos.

5.1 Grupo I - resultados discordantes de avaliações periciais em breves períodos

Caso número 1 (silicose complicada)

Foi concedido benefício por incapacidade ao segurado com DII fixada em 19 de maio de 2005.

- Novembro de 2005 - Perícia sugeriu aposentadoria por invalidez. Justificou a incapacidade definitiva pelo fato de ter idade mediana alta (57 anos), doença irreversível e sem perspectivas de recuperação para qualquer trabalho.

Por norma do INSS, quando um segurado é considerado inválido pela perícia médica é necessária a homologação por perito do Controle Operacional (CO), para que não restem dúvidas da condição de invalidez do Requerente. Normalmente essa segunda avaliação é feita no prontuário eletrônico do INSS e sem a presença do segurado, mas quando necessário pode haver convocação para avaliação presencial.

Quatro meses após a sugestão de aposentadoria por invalidez, a homologação da aposentadoria não foi aceita.

- Março de 2006 - a sugestão de aposentadoria por invalidez foi modificada para concessão de auxílio-doença por 30 dias (até abril de 2006). Justificativa: concessão de 30 dias para ter condições de se tratar, pois é pedreiro autônomo.
- Setembro de 2006 - seis meses depois, solicitou benefício novamente, mas o pedido foi indeferido, sendo considerado apto para suas atividades habituais.
- Outubro de 2006 - um mês depois passou por outra avaliação pericial que o considerou incapaz para atividades laborativas, desde maio de 2004. Foi concedido auxílio-doença por 5 meses (até março de 2007).

- Março de 2007 - perícia prorrogou o benefício por 10 meses (até fevereiro de 2008).
- Fevereiro de 2008 - o benefício foi cessado. Justificativa: trata-se de quadro crônico compensado, sem comprovação de agravos ou complicações.
- Março de 2008 - perícia analisou pedido de reconsideração da decisão anterior e confirmou a decisão pericial anterior (manteve o indeferimento do pedido).
- Julho de 2008 - foi aposentado por invalidez previdenciária quatro meses após a segunda sugestão de aposentadoria por invalidez, sem o reconhecimento da natureza acidentária da doença.
- Julho de 2011 – óbito 3 anos após a aposentadoria.

Comentários

Por ocasião da primeira sugestão de aposentadoria por invalidez, em novembro de 2005, o perito assim descreveu exame radiográfico de tórax: RX de tórax mostra grande infiltração pulmonar difusa bem acentuada nos ápices (Silicose?). Segurado com 56 anos de idade, portador de doença irreversível e sem perspectiva de recuperação para o trabalho.

Naquela data, os elementos periciais descritos eram compatíveis com incapacidade definitiva para o trabalho. O segurado era portador de doença irreversível, sem condições de exercer suas funções habituais, inelegível para reabilitação profissional devido à faixa etária elevada.

Não encontramos elementos periciais que pudesse amparar a decisão de desconsiderar a sugestão de aposentadoria por invalidez e conceder auxílio-doença por 30 dias.

A perícia realizada em fevereiro de 2008 cita relatório médico emitido pela FUNDACENTRO, mas a decisão pericial é pelo indeferimento (apto para o trabalho).

Perícia realizada em julho de 2008 cita novamente relatório emitido pela FUNDACENTRO e, assim descreveu laudo de tomografia computadorizada do tórax: múltiplos nódulos centros-lobulares e subpleurais distribuídos em ambos os pulmões com convergência nos lobos superiores,

língua, onde formam grandes opacidades, predominantemente peri-hilares. Enfisema paraseptal e aumento irregular dos espaços aéreos periféricos. Extensa calcificação linfonodal (algumas com aspecto de “casca de ovo” no mediastino e hilos pulmonares). Diante deste relatório foi sugerida e aceita a sugestão de aposentadoria por invalidez.

Não encontramos elementos periciais que pudesse justificar os critérios utilizados nas pericias anteriores que, mesmo recebendo relatório de especialistas explicando o agravamento das condições clínicas do paciente, recusaram o reconhecimento da condição de inválido no segurado.

O óbito 3 anos após a aposentadoria por invalidez, por complicações decorrentes da silicose, comprova as falhas e inconsistências periciais das avaliações onde um segurado encontrava-se com quadro clínico grave, definitivamente incapacitado para o trabalho desde a primeira perícia, não tendo sua condição clínica devidamente avaliada.

5.2 Grupo II – fixação de incapacidade em período em que não era segurado

Caso número 1 (silicose)

Segurada não tinha qualidade de segurado em 2005, reiniciou contribuições ao INSS a partir de março de 2007.

Por regra previdenciária, a carência exigida a partir do reingresso no sistema previdenciário era de 1/3 da carência inicial. Portanto, 4 meses após o reinício das contribuições a carência estava completa e o segurado apto a receber benefício, caso fossem cumpridas as demais exigências.

- Maio de 2007 – solicitou benefício por incapacidade. Relato pericial: internação hospitalar em 09 de novembro de 2005 por fibrose pulmonar (sarcoïdose), evolução para choque séptico sendo feita intubação traqueal e ventilação mecânica (o diagnóstico de silicose foi confirmado nem setembro de 2010, após revisão da lâmina). Foi concluído que existia incapacidade desde 09 de novembro de 2005 (retrocedeu a DII para 1 ano e 6 meses da perícia).

Não recebeu benefício porque em novembro de 2005 não era segurada do regime previdenciário.

- Abril de 2009 - Perícia citou novamente a internação de 09/11/2005. Descreveu que a segurada apresentava quadro clínico com adinamia, poliartralgia, mal estar, *ventilação mecânica* diariamente e prova de função pulmonar revelando distúrbio ventilatório obstrutivo acentuado. Conclusão pericial: indeferimento do pedido de benefício.
- Abril de 2011 – perícia citou novamente a internação de novembro de 2005. Relatou confirmação do diagnóstico de silicose em setembro de 2010 e tomografia computadorizada de tórax apresentada (03/02/2011): múltiplos nódulos subpleurais superiores, conglomerados fibróticos e consolidação alveolar. Relatou também que a segurada encontrava-se com distúrbio ventilatório restritivo grave e em uso de oxigenioterapia domiciliar desde julho de 2010.

Foi sugerida a aposentadoria por invalidez, após “discussão do caso com perito especialista em pneumologia”. A data de início da incapacidade foi fixada em 09/11/2005 (fixou DID e DII com 5 anos e 5 meses de antecedência).

Não recebeu o benefício por que em novembro em 2005 não era segurada do INSS.

- Novembro de 2011 - perícia cita os indeferimentos anteriores por falta de qualidade de segurado e internação entre 09/11/2005 a 08/03/2006 por quadro de sarcoidose. Relatou oxigenioterapia domiciliar 24h por dia a partir de 12/07/2011.

Mais uma vez foi sugerida aposentadoria por invalidez justificada por distúrbio ventilatório restritivo acentuado e dependência de oxigenioterapia domiciliar. Novamente a DII foi fixada em 09/11/2005 (com 6 anos de antecedência), data da internação por sarcoidose.

Não recebeu o benefício por que em novembro em 2005 não era segurada do INSS.

Comentários

A segurada apresentou incapacidade laboral em dois períodos distintos.

Incapacidade temporária no período em que esteve internada com diagnóstico de sarcoidose (novembro 2005 à março de 2006). Naquele período não era segurada do INSS, portanto não teria direito ao recebimento de benefícios.

Ao retomar as contribuições com o INSS, a partir de março de 2007, a segurada recuperou a qualidade de segurado e o direito ao recebimento de benefício por incapacidade, desde que comprovasse o agravamento da doença existente, pois assim é a definição da Lei: "não será devido auxílio-doença ao segurado que se filiar ao Regime Geral de Previdência Social já portador de doença ou lesão invocada como causa para o benefício, salvo quando a incapacidade sobrevier por motivo de progressão ou agravamento dessa doença ou lesão" (BRASIL, 1991, 8.213; BRASIL, 1999, 3.048).

Na perícia realizada em abril de 2009 não ficou comprovada a incapacidade para o trabalho, portanto, pela avaliação pericial do INSS naquela data, houve melhora das condições clínicas após a internação de 09/11/2005.

Nas perícias realizadas em abril de 2011 e novembro de 2011 foi considerada inválida e sugerida a aposentadoria por invalidez, pois existia agravamento das condições clínicas da segurada que se encontrava em oxigenioterapia domiciliar desde julho de 2010. Estava caracterizado o agravamento da doença, porém a fixação da DII em 09 de novembro de 2005 não possibilitou o recebimento do benefício.

Não foi evidenciado elementos periciais suficientes para retroceder a data de início da incapacidade para novembro de 2005 em todas as perícias. A segurada recuperou a capacidade laboral após novembro de 2005, comprovada na perícia realizada em abril de 2009. A oxigenioterapia domiciliar a partir de julho de 2010 e a oxigenioterapia domiciliar 24 horas por dia a partir de julho de 2011 não deixam dúvidas quanto ao agravamento das condições clínicas após o reingresso no regime previdenciário nem quando isso aconteceu.

Portanto, não foram observados os critérios da legislação previdenciária na fixação da DID e DII. A data de início da incapacidade foi retrocedida em todas as perícias e "concedida aposentadoria por invalidez" em um período fora da condição de segurado, impossibilitando desta forma o recebimento do benefício.

5.3 Grupo III – exclusão ou não aplicação do nexos causal

Caso número 1 (ART)

Segurado trabalhava com fundição. Passou por 19 avaliações periciais desde o início do afastamento, em setembro de 2007.

- Dezembro de 2007 – Perícia Médica relata asma de origem ocupacional, segundo o pneumologista. O benefício foi concedido em espécie acidentária, sem encaminhamento para Reabilitação Profissional.
- Março de 2008 – avaliação pericial para prorrogação do benefício. Relatório médico apresentado informava necessidade de afastamento definitivo do contato com aerossóis, resinas ou outros agentes que pudessem agravar o quadro asmático.

O benefício foi prorrogado sem encaminhamento para reabilitação profissional.

- O empregador recorreu da decisão pericial que concedeu benefício em espécie acidentária.

A análise pericial da contestação do empregador aceitou os argumentos de que a doença não tinha sido ocasionada ou agravada pelo trabalho.

O benefício acidentário foi retificado para previdenciário (não acidentário) com a seguinte justificativa: descaracterizado o benefício acidentário, pois existe comprovante de entrega de máscara que atenua eventual presença de agentes inalatórios nocivos.

O segurado continuou afastado do ambiente de trabalho, recebendo benefício em espécie previdenciária.

Mesmo descaracterizada a natureza acidentária da doença, nas avaliações periciais subsequentes foi mantida a seguinte informação: “segurado era portador de asma grave por exposição ocupacional a fumos metálicos”.

- Março de 2015 – após 19 avaliações periciais, foi concedida a aposentadoria por invalidez, em espécie previdenciária. Justificativa: afastamento desde 2007 por *quadro de asma ocupacional*.

Comentários

Decisão pericial incoerente. O segurado foi aposentado por quadro de asma relacionada ao trabalho, mas sem o reconhecimento da natureza acidentária da doença porque o empregador comprovou a entrega de máscara. Entretanto, não existem dados se o equipamento de proteção individual era adequado para a situação, quais os agentes envolvidos, se o equipamento de proteção individual (EPI) estava dentro do prazo de validade. O uso de equipamento de proteção

individual é frequentemente usado como argumento para excluir nexos laborais e eximir responsabilidades, mas a simples informação do fornecimento de máscara não deveria ser aceita como prova para exclusão de uma doença relacionada ao trabalho.

Caso número 2 (ART)

Segurada trabalhava como auxiliar de limpeza, desde agosto de 2008.

- Agosto de 2012 – Avaliação pericial por asma. Apresentou relatório médico de pneumologista que relatou curva de pico de fluxo expiratório positiva, quando exposta a agentes irritantes.

Foi concedido benefício até a data da perícia com a seguinte justificativa: não apresenta caracterização de asma, mas apresenta curva de pico de fluxo positiva quando exposta a agentes irritantes. Quadro clínico estável, está a apenas 4 anos nesta função e não há enquadramento para reabilitação profissional.

- O cruzamento do Código Internacional de Doença (CID-10) informado com o Cadastro Nacional de Atividade Econômica (CNAE) pelo sistema informatizado do INSS identificou nexo causal para a doença. O benefício seria concedido em espécie acidentária pelo Nexo Técnico Epidemiológico (NTEP), a não ser que o perito tivesse elementos suficientes para excluir a natureza acidentária da doença (BRASIL, 2006, 11.430). O perito concluiu pela exclusão do acidente de trabalho justificando que a queixa descrita não era compatível com lesão ocupacional.

Comentários

Existiu evidência pericial de desconhecimento técnico. O médico assistente informou resultado de curva de pico de fluxo expiratório positiva quando exposto a agentes irritantes, portanto os elementos periciais apresentados não permitiam a exclusão na natureza acidentária da doença.

Afirmar que um trabalhador exposto durante 4 anos a determinado agente de risco não foi tempo suficiente para o desenvolvimento de asma e que não havia enquadramento para reabilitação profissional, evidenciou a falta de conhecimento técnico pericial. O período de latência da ART é variável, de semanas a anos, na

dependência de fatores ligados ao agente a ao hospedeiro (FERNANDES; STELMACH; ALGRANTI, 2006).

5.4 Grupo IV – delegação da competência de reabilitação para o médico do trabalho

Caso número 5 (ART)

Segurada trabalhava com produção de lixas.

- Abril de 2007 – Perícia médica recebeu relatório médico da FUNDACENTRO informando quadro de asma ocupacional por exposição à isocianatos.
- O benefício foi concedido em espécie acidentária com a seguinte Justificativa: “concedido tempo para recuperação clínica, porém deverá ser remanejada para setor compatível com sua limitação e que a proteja da exposição química referida”.

Apesar da justificativa, a perícia médica não encaminhou para Reabilitação Profissional.

- Julho de 2007 – foi concedida a prorrogação do benefício até agosto de 2007, com a seguinte justificativa: “concedo prorrogação para levar caso ao conhecimento da supervisão médica, pois com certeza trata-se de caso em que a empresa deva remanejar a segurada para setor que não seja exposta a agentes desencadeante, quando assim o digo, segurada alega que não tem como, pois toda a fábrica tem cheiro forte”.

Ficou evidente a noção pericial de que o ambiente laboral era insalubre e que havia necessidade de mudança de função. Inexplicavelmente a perícia médica mais uma vez não fez o encaminhamento para a Reabilitação Profissional.

- Agosto de 2007 – O benefício foi prorrogado até o dia da perícia com a seguinte justificativa: “não existe incapacidade laborativa. Trata-se de empresa de grande porte com amplas possibilidades de recolocação e readaptação. Não vejo sentido em envolver o Programa de Reabilitação Profissional nisso”.

Mais uma vez ficou demonstrada a necessidade de reabilitação profissional e das possibilidades de conclusão do programa por parte do empregador, caso a perícia médica tivesse feito o encaminhamento para o programa.

Comentários

A maioria dos componentes do grupo IV foi de pacientes diagnosticados com ART. Estes pacientes tiveram dificuldades no reconhecimento da natureza acidentária da sua doença e, conseqüentemente, dificuldade em serem afastados do ambiente insalubre. Não existe definição de quem deveria afastar do ambiente insalubre nem o momento de encaminhar para a reabilitação profissional. Os pacientes ficam a deriva. São encaminhados pelos médicos das empresas para serem afastados e devolvidos pela perícia médica para o mesmo ambiente e os mesmos fatores de riscos que deram origem ou agravaram a doença.

A responsabilidade para readaptação do segurado em ambiente salubre é do médico do trabalho, porém como o segurado encontrava-se afastado e recebendo auxílio-doença, tinha contra-indicação em retornar para o mesmo ambiente de trabalho pelos motivos relatados nas avaliações periciais, existia indicação de encaminhamento para reabilitação profissional. Contato com o SESMT da empresa também poderia ter sido feito ou, solicitação de avaliação pelos fiscais do Ministério do Trabalho sobre as condições do ambiente de trabalho, uma vez que existia a informação de que toda a fábrica tinha cheiro forte. Os laudos dos médicos assistentes informavam a relação da doença com o ambiente de trabalho e os agentes possivelmente envolvidos com o quadro. A cessação do benefício sem reabilitação ou comunicação com o serviço médico da empresa se associa com alto risco do segurado retornar ao mesmo ambiente, com sólidas possibilidades de agravamento clínico e novos afastamentos.

5.5 Grupo V - indefinição da reabilitação profissional

Caso número 1 (ART)

Segurado trabalhava como ajudante em indústria de produtos químicos. Foi afastado do trabalho em abril de 2008 por quadro de asma relacionada ao trabalho.

- Agosto de 2008 - Encaminhamento para Reabilitação Profissional devido atividade com exposição à poeira de baquelite, resina fenólica, dibutilftalato, furfural e o desenvolvimento de sensibilização, asma e rinite ocupacional.

- Abril de 2010 – Foi retirado do programa de reabilitação profissional com a justificativa de que a empresa não ofereceu função compatível. Mesmo retirado do programa de reabilitação profissional, foi mantido afastado do trabalho e recebendo auxílio-doença.
- Julho de 2011 – apresentou relatório médico emitido pela FUNDACENTRO informando que o segurado era portador de asma e rinite ocupacional, com restrição definitiva à função, não podendo entrar em contato com compostos químicos. Foi reencaminhado para Reabilitação Profissional.

Comentários

Dezembro de 2015 – estava há 73 meses no PRP da Previdência Social, sem definição. O benefício vem sendo prorrogado administrativamente e o segurado permanece no Programa de Reabilitação Profissional do INSS para elevação da escolaridade. Reabilitando há mais de 6 anos e sem definição até o presente.

5.6 Limitações do estudo

Podemos apontar como limitação do estudo a pequena dimensão da casuística, o estudo de duas doenças apenas, sem possibilidades de ampla generalização. Há Necessidade de outros estudos similares buscando identificar as dificuldades comuns dentro de cada área. Entretanto, pudemos demonstrar falhas grosseiras, necessidade de capacitação dos peritos (tanto no aspecto previdenciário, como nos aspectos clínicos) e melhora de canais de comunicação da perícia médica com os médicos assistentes.

6 CONCLUSÕES

Esse estudo demonstrou dificuldades no manejo pericial de casos de doenças relacionadas ao trabalho, exemplificados por trabalhadores portadores de ART ou Silicose.

A dificuldade de entendimento das decisões periciais foi um achado universal. Regras estabelecidas na legislação previdenciária não foram seguidas levando a resultados examinador-dependente. Por vezes, em poucos dias, um mesmo

paciente foi considerado apto por um examinador e inválido por outro, evidenciando ausência de critérios periciais objetivos na aplicação das normas periciais e desconhecimento da história natural das doenças.

A fixação correta de datas numa avaliação pericial é um dos elementos difíceis e que podem decidir entre o recebimento ou não do benefício. Reconhecer o agravamento de determinada doença se faz necessário e para isso todos os elementos devem ser pesquisados. Por isso, é muito importante a análise das informações fornecidas pelos pacientes durante a anamnese, os relatórios dos médicos assistentes e a análise dos exames complementares. Uma vez comprovado o agravamento de determinada doença e a condição incapacitante do paciente, a perícia médica deverá seguir as regras previdenciárias e fixar corretamente a data do início da incapacidade na data do agravamento. Na evidência de agravamento das condições clínicas, fixar a data de início da incapacidade em período anterior que não permite o recebimento do benefício não condiz com a função pericial e demonstra desconhecimento das regras, além de provocar dano irreparável.

O não reconhecimento da natureza acidentária das doenças foi uma observação frequente, principalmente nos casos de ART. A legislação previdenciária permite que benefícios sejam concedidos em espécie acidentaria sem a apresentação de comunicação de acidente de trabalho. Cabe à perícia médica confirmar ou excluir o acidente de trabalho, se elementos suficientes forem apresentados. Excluir um acidente de trabalho já reconhecido ou não permitir que um benefício seja concedido em espécie acidentaria sem que elementos periciais suficientes sejam apresentados, contraria a legislação vigente.

Faltou comunicação da perícia médica do INSS com os médicos do trabalho. Pacientes que laboravam em ambientes insalubres tiveram sua condição ignorada e não foram afastados dos fatores de risco. O afastamento do posto de trabalho, insalubre antes do encerramento do benefício, via reabilitação profissional ou solicitação ao médico do trabalho, deveria ser a regra. A simples anotação de que o ambiente é insalubre e o paciente precisa ser afastado, sem efetivar o afastamento do segurado do meio ambiente insalubre contribui para o agravamento das condições clínicas do paciente e a possibilidade de novos afastamentos. O encaminhamento para reabilitação profissional foi demorado e o processo moroso. A indefinição da reabilitação, com longa permanência no programa, implicou em despesas excessivas e, provavelmente, desnecessárias.

REFERÊNCIAS

- BAGATIN, E.; KITAMURA, S. História ocupacional. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 32, supl. 2, p. S30-S34, 2006.
- BRANCO, A. B. A.; ILDEFONSO, S. A. G. Prevalência e duração dos benefícios auxílio-doença decorrentes de asma no Brasil em 2008. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 38, n. 5, p. 550-558, 2012.
- BRASIL. **Lei nº 8.213**, de 24 de julho de 1991.
- BRASIL. **Decreto nº 3.048**, de 06 de maio de 1999.
- BRASIL. DIRBEN/INSS. **Orientação Interna Nº 73**, de 31 de outubro de 2002.
- BRASIL. **Lei 11.430**, de 26 de dezembro de 2006. Institui o Nexo Técnico Epidemiológico (NTEP).
- BRASIL. INSS/PRES. **Instrução Normativa Nº 45**, de 6 de Agosto de 2010.
- CALDEIRA, R. D. et al. O. Prevalence and risk factors for work related asthma in young adults. **Occupational & Environmental Medicine**, v. 63, n. 10, p. 694-699, 2006.
- CAPITANI, E. M. A silicose (ainda) entre nós. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 32, n. 6, p. XXXIII-XXXV, 2006.
- FERNANDES, A. L. G.; STLMACH, R.; ALGRANTI, E. Asma Ocupacional. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 32, Suplemento. 1, p. S27-S34, 2006.
- ILDEFONSO, S. A. G.; BRANCO, A. B.; OLIVEIRA, P. R. A. Prevalência de benefícios de seguridade social temporários devido a doença respiratória no Brasil. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 35, n. 1, p. 44-53, 2009.
- JEEBHAY, M. F.; QUIRCE, S. Occupational asthma in the developing and industrialized world: a review. **The Journal International of Tuberculosis and Lung Disease**, v. 11, n. 2, p. 122-133, 2007.
- LUCA, F. M. **Encontros com a dor e valorização das sequelas**. 2016.
- MENDONÇA, E. M. C. et al. Ambulatório de pneumopatias ocupacionais da Fundacentro: resultados após 10 anos. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 22, n. 84, p. 7-13, 1994.
- MENDONÇA, E. M. C. et al. Occupational asthma in the city of São Paulo, 1995–2000, with special reference to gender analysis. **American Journal of Industrial Medicine**, v. 43, n. 6, p. 611-617, 2003.
- TARLO, S. M.; LEMIERE, C. Occupational Asthma. **The New England Journal of Medicine**, v. 370, n. 7, p. 640-649, 2014.

TERRA FILHO, M.; SANTOS, U. P. Silicose. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 32, suplemento. 1, p. S41-S7, 2006.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo demonstrou dificuldades no manejo pericial de casos de doença relacionada ao trabalho, exemplificados por trabalhadores portadores de ART ou Silicose. Demonstrou-se que os pacientes com ART passam por mais avaliações periciais, tem mais dificuldade em receber benefício do INSS, com maior incidência de benefícios indeferidos, possivelmente pelo fato da asma ser uma doença multicausal, cuja demonstração de nexo ocupacional é mais complexa.

Dificuldades no entendimento das decisões periciais foi um achado universal. Regras estabelecidas na legislação previdenciária não foram seguidas, levando a resultados examinador-dependentes. As concessões foram feitas sem levar em conta a gravidade da doença através dos exames utilizados nas suas avaliações.

O não reconhecimento da natureza acidentária das doenças foi uma observação frequente, principalmente nos casos de ART, com a maioria dos pacientes recebendo benefício em espécie previdenciária. A frequência de aposentadoria por invalidez foi maior para pacientes portadores de silicose.

O encaminhamento para reabilitação profissional foi maior nos portadores de ART do que nos pacientes diagnosticados com silicose, no entanto existiu uma demora pericial em indicar a reabilitação e o processo foi moroso. Faltou comunicação da perícia médica do INSS com os médicos assistentes e com os médicos do trabalho. Pacientes que laboravam em ambientes insalubres tiveram sua condição ignorada e não foram afastados dos fatores de risco, transferindo-se a responsabilidade do afastamento do ambiente insalubre para os médicos do trabalho sem que houvesse diálogo com esses profissionais, principalmente nos casos de ART.

Este trabalho sugere a necessidade de melhor treinamento e supervisão da perícia médica do INSS em aspectos próprios do sistema previdenciário, assim como a necessidade de disponibilizar, aos médicos peritos, especialistas para discussão de casos mais complexos, nas diversas áreas médicas, com o objetivo de melhora na qualidade e no acerto das decisões periciais.

5 RECOMENDAÇÕES

A seguir, algumas recomendações que poderiam ser úteis para a melhora na qualidade dos serviços prestados pelo INSS aos seus segurados:

- Facilitar a comunicação entre os peritos e médicos assistentes e médicos do trabalho
- Permitir e estimular que peritos façam visitas no ambiente de trabalho, principalmente nos casos que exijam mudança de função
- Facilitar assessoria pericial (câmaras técnicas) de casos mais emblemáticos, utilizando especialistas existentes no corpo pericial do INSS
- Capacitação interna do corpo pericial, com relação a legislação previdenciária e medicina interna
- Melhorias na reabilitação profissional, com adequação no programa, nas avaliações e no tempo para encaminhamento e conclusão do processo
- Facilitar a inclusão do acidente de trabalho para o empregador responsável pelo dano. No modelo vigente, é permitido incluir o acidente de trabalho apenas para o empregador atual. Algumas vezes o segurado se encontra em outra função quando desenvolveu os primeiros sintomas, mas o empregador atual é o responsabilizado por não existir, no SABI, a opção de escolher para qual vínculo deva ser relacionado o nexo causal

REFERENCIAS

- ALGRANTI, E. **Slateworkers' pneumoconiosis**. 1981. 213p. Dissertação (Mestrado) - Universidade do País de Gales, Cardiff, 1981.
- AMEILLE, J. et al. Reported incidence of occupational asthma in France, 1996–99: the ONAP programme. **Occupation & Environmental Medicine**, v. 60, n. 2, p. 136 - 141, 2003.
- Anahí Yáñez, S.-H. C. et al. Asthma in elderly: what we know and what we have yet to know. **Holgate World Allergy Organ J.**, v. 7, n. 1, p. 8. May 2014.
- BAGATIN, E.; KITAMURA, S. História ocupacional. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 32, supl. 2, p. S30-S34, 2006.
- BARBOSA, M. S. et al. Silicose em trabalhadores de quartzito da região de São Tomé das Letras – Minas Gerais: dados iniciais indicam um grave problema de saúde pública. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 36, n. 123, p. 177-184, 2011.
- BARNES, P. J.; JONSSON, B.; KLIN, J. B. The costs of asthmas. **European Respiratory Journal**, v. 9, n. 4, p. 636–642, 1996.
- BERNSTEIN, I. L. et al. Definition and classification of asthma. In: BERNSTEIN, I. L.; CHAN-YEUNG, M.; MALO, J. L.; BERNSTEIN, D. I. (Eds.). **Asthma in the workplace**. 2. ed. New York: Marcel Dekker, 1993. p. 1-4.
- BOUSQUET, J. et al. The public health implications of asthma. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 83, n. 7, p. 548–554, 2005.
- BRANCO, A. B. A.; ILDEFONSO, S. A. G. Prevalência e duração dos benefícios auxílio-doença decorrentes de asma no Brasil em 2008. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 38, n. 5, p. 550-558, 2012.
- BRASIL. **Lei nº 8.213**, de 24 de julho de 1991.
- BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. STJ , **Súmula 37**, de 12 de março de 1992.
- BRASIL. **Decreto nº 3.048**, de 06 de maio de 1999.
- BRASIL. DIRBEN/INSS. **Orientação Interna Nº 73**, de 31 de outubro de 2002.
- BRASIL. **Lei 10.406**, de 10 de janeiro de 2002. Código Civil.
- BRASIL. **Lei 11.430**, de 26 de dezembro de 2006. Institui o Nexo Técnico Epidemiológico (NTEP).
- BRASIL. **Decreto nº 6.042**, de 6 de fevereiro de 2007.
- BRASIL. INSS/PRES. **Instrução Normativa Nº 45**, de 6 de Agosto de 2010.

BRASIL. DIRSAT/INSS. **Despacho Decisório nº 2**, de 24 de novembro de 2011. Manual Técnico de Procedimentos da área de Reabilitação Profissional.

BRASIL. MS/GM. **Portaria nº 1.984**, de 12 de setembro de 2014.

BUCK, R. G.; MILES, A. J.; EHRLICH R, I. Possible occupational asthma among adults presenting with acute asthma. **South African Medical Journal**, v. 90, n. 9, p. 884-888, 2000.

CALDEIRA, R. D. et al. O. Prevalence and risk factors for work related asthma in young adults. **Occupational & Environmental Medicine**, v. 63, n. 10, p. 694-699, 2006.

CAPITANI, E. M. A silicose (ainda) entre nós. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 32, n. 6, p. XXXIII-XXXV, 2006.

CAPITANI, E. M.; ALGRANTI, E. Outras pneumoconioses. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 32, supl. 1-2, S54-S9, 2006.

CARVALHO, P. K.; BARBOSA, D.; VIEIRA, P. C. Doenças relacionadas ao trabalho: asma ocupacional. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 4, p. 229-246, 2012.

CHAN-YEUNG, M.; MALO, J. L. Occupational asthma. **The New England Journal of Medicine**, v. 333, n. 2, p. 107-112, 1995.

CHERRY, N. M. et al. Surveillance of work-related diseases by occupational physicians in the UK: OPRA 1996–1999. **Occupational Medicine**, v. 50, n. 7, p. 496-503, 2000.

CIBA FOUNDATION GUEST SYMPOSIUM. Terminology, definition and classification of chronic pulmonary emphysema and related conditions. **Thorax**, v. 14, p. 286-299, 1959.

DISEASE ASSOCIATED WITH EXPOSURE TO SILICA AND NONFIBROUS SILICATE MINERALS. Silicosis and silicate disease committee. **Archives of Pathology & Laboratory Medicine**, v. 112, n. 7, p. 673-720, 1988.

EDER, W.; EGE, M. J.; MUTIUS, E. The asthma epidemic. **The New England Journal of Medicine**, v. 355, n. 21, p. 2226-2235, 2006.

ESTERHUIZEN, T. M.; HNIZDO, E.; REES, D. Occurrence and causes of occupational asthma in South Africa - results from SORDSA's Occupational Asthma Registry, 1997 - 1999. **South African Medical Journal**, v. 91, n. 6, p. 509-513, 2001.

FERNANDES, A. L. G.; STLMACH, R.; ALGRANTI, E. Asma Ocupacional. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 32, Suplemento. 1, p. S27-S34, 2006.

FERREIRA, A. et al. Fibrose maciça progressiva em trabalhadores expostos a sílica – achados na tomografia computadorizada de alta resolução. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 32, n. 6, p. 523-528, 2006.

FLETCHER, C. M. Standardised questionnaire on respiratory symptoms: a statement prepared and approved by the MRC Committee on the Aetiology of Chronic Bronchitis (MRC breathlessness score). **British Medical Journal**, v. 2, 1960.

GLOBAL LUNG FUNCTION INITIATIVE. GLI 2012 Data Conversion Software. Date last updated: May 10, 2013. . Disponível em: <www.lungfunction.org/files/InstallGLI2012_DataConversion.EXE>. Acesso em: 2016.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAUJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 3, p. 565-574, 2007.

GUIDELINES FOR THE DIAGNOSIS OF OCCUPATIONAL ASTHMA. Subcommittee on 'Occupational Allergy' of the European Academy of Allergology and Clinical Immunology. **Clinical and Experimental Allergy**, v. 22, p. 103-108, 1992.

ILDEFONSO, S. A. G.; BRANCO, A. B.; OLIVEIRA, P. R. A. Prevalência de benefícios de seguridade social temporários devido a doença respiratória no Brasil. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 35, n. 1, p. 44-53, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Tabua de vida. 2015. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/2015/defaulttab_xls.shtm>. Acesso em: 2016.

INTERNATIONAL LABOUR OFFICE. Guidelines for use of ILO International Classification of Radiographs of Pneumoconioses. **Occupational Safety and Health Series**, n. 22, 2011.

JEEBHAY, M. F.; QUIRCE, S. Occupational asthma in the developing and industrialized world: a review. **The Journal International of Tuberculosis and Lung Disease**, v. 11, n. 2, p. 122-133, 2007.

LATZA, U.; BAUR, X. Occupational obstructive airway diseases in Germany: frequency and causes in an international comparison. **American Journal of Industrial Medicine**, v. 48, n. 2, p. 144-152, 2005.

LOPES, A. J. et al. Silicose em jateadores de areia de estaleiro versus silicose em escultores de pedra no Brasil: uma comparação dos achados de imagem, função pulmonar e teste de exercício cardiopulmonar. **Revista Portuguesa de Pneumologia**, v. 18, n. 6, p. 260-266, 2012.

LUCA, F. M. **Encontros com a dor e valorização das sequelas**. 2016.

MALO, J. L.; CHAN-YEUNG, M. Occupational asthma. **Journal of Allergy and Clinical Immunology**, v. 108, n. 3, p. 317-328, 2001.

MAPP, C. E. et al. Occupational asthma. **American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine**, v. 172, p. 280-305, 2005.

MASOLI, M. et al. Global Burden of Asthma. **Medical Research Institute of New Zealand Wellington**, New Zealand University of Southampton Southampton, United Kingdom, Dec. 2003.

MEDICAL RESEARCH COUNCIL. GRA BRETANHA: 1976.

MENDONÇA, E. M. C. et al. Ambulatório de pneumopatias ocupacionais da Fundacentro: resultados após 10 anos. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 22, n. 84, p. 7-13, 1994.

MENDONÇA, E. M. C. et al. Occupational asthma in the city of São Paulo, 1995–2000, with special reference to gender analysis. **American Journal of Industrial Medicine**, v. 43, n. 6, p. 611-617, 2003.

NELSON, D. I. et al. The global burden of selected occupational diseases and injury risk: Methodology and summary. **American Journal of Industrial Medicine**, United States, v. 48, n. 6, p. 400-418, 2005.

OLIVEIRA, P. R. A. Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário – NTEP e o Fator Acidentário de Prevenção – FAP: Um Novo Olhar Sobre a Saúde do Trabalhador. [tese]. Universidade de Brasília; 2008.

NICHOLSON, P. J. et al. Evidence based guidelines for the prevention, identification and management of occupational asthma. *Occupation & Environmental Medicine*, v. 62, n. 5, p. 290-299, 2005.

PAPYS, J.; HUTCHCROFT, J. Bronchial provocation tests in etiologic diagnosis and analysis of asthma. **American Review of Respiratory Disease**, v. 112, n. 6, p. 829-859, 1975.

PARKER, W. R. Aerosols: their deposition and clearance. In: PARKER, W. R. (Ed.). *Occupational lung disorders*. 3. ed. Oxford, UK: Butterworth-Heinemann, 1994. p. 35-49.

RIBEIRO, F. S. N. et al. Exposição ocupacional a sílica no Brasil no ano de 2001. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 11, n. 1, p. 89-96, 2008.

SOUZA, V. F.; QUELHAS, O. L. G. Avaliação e controle da exposição ocupacional à poeira na indústria da construção. **Ciência & saúde coletiva**, v. 8, p. 801-807, 2003.

TARLO, S. M.; LEMIERE, C. Occupational Asthma. **The New England Journal of Medicine**, v. 370, n. 7, p. 640-649, 2014.

TELLES FILHO, P. A. Asma brônquica/asma ocupacional. 2015. Disponível em: <http://www.asma-bronquica.com.br/PDF/tipos_de_asma_asma_ocupacional.pdf>. Acesso em: 20 de abril de 2015.

TERRA FILHO, M.; SANTOS, U. P. Silicose. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 32, suplemento. 1, p. S41-S7, 2006.

THE GLOBAL LUNG INITIATIVE, 2012. Disponível em:
<<http://www.lungfunction.org>>. Acesso em: 2016.

VANDENPLAS, O. et al. The epidemiology of occupational asthma in Belgium.
Revue des Maladies Respiratoires, v. 22, n. 3, p. 421-430, 2005.

VANDENPLAS, O.; MALO, J. L. definition and types of workrelated asthma: a
nosological approach. **European Respiratory Journal**, v. 21, n. 4, p. 706-712, 2003.

WORLD HEALTH STATISTICS 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable
development goals. Disponível em:
<[http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/EN_WHS2016_TO
C.pdf](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/EN_WHS2016_TO
C.pdf)>. Acesso em: 2016.