

SOBRE A CONSULTA PÚBLICA Nº 1, DE 30 DE MARÇO DE 2012 DO INSS

Sobre o processo de consulta pública

Com a chamada **“População pode opinar sobre prazos necessários para a recuperação da saúde dos trabalhadores”** (<http://www.previdencia.gov.br/>), o INSS colocou em consulta pública (nº 1, de 30 de março de 2012) o “estudo e a tabela de TEMPO ESTIMADO PARA RECUPERAÇÃO DE CAPACIDADE FUNCIONAL BASEADO EM EVIDÊNCIAS que dispõe sobre os períodos previstos para repouso necessário nas doenças codificadas de acordo com a 10ª Edição da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID 10”.

O conteúdo, objeto da consulta pública, encontra-se disponível em <<http://www.previdencia.gov.br/conteudoDinamico.php?id=426>> acesso em 9 de abril de 2012, e as sugestões podem ser encaminhadas até o dia 26 de abril do corrente ano para o INSS, por correio ou por endereço eletrônico: <diretrizes.medicas@previdencia.gov.br> acesso em 9 de abril de 2012. Além da chamada, há uma nota informativa e uma tabela em cujas colunas figuram aproximadamente 9500 códigos de agravos à saúde (Classificação Internacional de Doenças – CID) e respectivas propostas de tempos estimados “para recuperação da capacidade funcional baseado em evidências”. A seguir, a título de ilustração, dispomos alguns dos agravos com diferentes propostas do GT (supõe-se que seja o grupo de trabalho), cujos participantes não são nominados publicamente pelo INSS.

“Tempo estimado para recuperação da capacidade funcional baseado em evidências”

CID		Descrição	Proposta GT*	Cirurgia Z 54.0	Radio Z54.1	Químio Z54.2	Combina do
A00	0	Cólera devida a <i>Vibrio cholerae</i> 01, biótipo cholerae	7**				
A00	1	Cólera devida a <i>Vibrio cholerae</i> 01, biótipo El Tor	7**				
B18		Hepatite viral crônica	PM				
G56		Mononeuropatias dos membros superiores	15**	30**			
G56	0	Síndrome do túnel do carpo	15**	30**			
G56	4	Causalgia	15**	30**			
C16	9	Neoplasia maligna do estômago, não especificado	120**	120**	180**	180**	
E00	2	Síndrome da deficiência congênita de iodo do tipo misto	NA				
E28		Disfunção ovariana	NA				
F32	1	Episódio depressivo moderado	60**				
F33	2	Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave sem sintomas psicóticos	90**				
J62		Pneumoconiose devida à poeira que contenha sílica	60**				
M65		Sinovite e tenossinovite	7**	30**			

Supõe-se que:

GT* seja grupo de trabalho

Os números** refiram-se a dias

PM: Perícia médica, conforme nota explicativa do INSS

NA: não se aplica, isto é, “não definem ou determinam incapacidade”, conforme nota explicativa do INSS

I. Sobre a nota informativa

1. Para que a consulta pública seja de fato qualificada e possa contribuir para o aprimoramento de propostas, deve contextualizar e explicar os documentos em detalhes, o que não ocorre.

2. A nota informativa refere-se a um objetivo geral, qual seja, “estabelecer parâmetros de tempo de repouso para recuperação da capacidade funcional, que permitam a operacionalização do novo modelo de reconhecimento de direito ao benefício por incapacidade”.

Comentário:

Não explica qual é o “novo modelo de reconhecimento de direito ao benefício por incapacidade”.

3. Sobre a metodologia utilizada informa que a Diretoria de Saúde do Trabalhador – DIRSAT, do INSS, em agosto de 2011, constituiu um grupo de trabalho para “avaliar e estabelecer parâmetros de períodos de repouso por motivos de doença, com a finalidade de estimar os prazos de reconhecimento de direito dos benefícios por incapacidade dos segurados da Previdência Social, com base na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID 10 (Portaria nº 04/ INSS/ DIRSST, de 27 de julho de 2011).”

Segundo a nota informativa ainda, houve um tratamento estatístico dos benefícios por incapacidade concedidos no período de 2006 a 2010, correspondendo a aproximadamente 1.800.000 benefícios por ano em todo o território nacional. O tempo estimado para cada uma das doenças teria sido extraído do tempo médio de afastamento no período levantado. Informa-se que os códigos (CID) de 4 e 5 dígitos, cuja frequência foi inferior a 1/100.000 benefícios, foram excluídos da tabela, que teria tido como base esses estudos estatísticos, as Diretrizes de Apoio à Decisão Médico-Pericial do INSS, o SIASS – Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do

Trabalhador, parâmetros internacionais, bem como a literatura atualizada da medicina baseada em evidências.

Comentários:

A Portaria 4 referida é de difícil localização, pois é preciso saber que se trata de uma portaria conjunta (entre o INSS e a Procuradoria Federal) - <<http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/64/INSS-PGF/2011/4.htm>> acesso em 12 de abril de 2012.

O termo tratamento estatístico é vago e não tem significado técnico. A nota informativa menciona que o tempo médio da duração dos benefícios concedidos foi levado em conta. O que significa tempo médio do ponto de vista da estatística? Sabe-se que a média aritmética não considera as discrepâncias existentes entre vários números. Por exemplo: podemos afirmar que o brasileiro come 100 gramas de carne diariamente? De onde saiu esse valor? Certamente não pode ser da quantidade total de carne ingerida por todos os brasileiros dividida pela quantidade de brasileiros, pois todos sabemos que alguns poucos comem muita carne e muitos comem pouquíssima carne. Portanto, somente a média aritmética não expressa a realidade, pois a dispersão (variabilidade) dos tempos dos afastamentos não é contemplada pela média, que se obtém pelo desvio padrão destes tempos de afastamento. Também não há maiores informações sobre a análise estatística aplicada. Um outro aspecto de fundamental importância refere-se à base de dados dos tempos de afastamentos de 2006 a 2010. Qual foi análise realizada para se verificar a adequação dos tempos de afastamentos concedidos? É possível que os cálculos induzam a um viés, ou seja, de subestimar os tempos de afastamentos da proposta em tela.

Embora a nota informativa refira-se à consulta de parâmetros internacionais e à literatura atualizada, não há menção de nenhuma referência bibliográfica.

Também as Diretrizes de Apoio à Decisão Médico-Pericial do INSS mencionadas, com a abrangência do objeto desta proposta, são desconhecidas da sociedade. Encontramos somente diretrizes referentes à HIV/AIDS, tuberculose, e hanseníase (<<http://www.mps.gov.br/conteudoDinamico.php?id=1138>> acesso em 12 de abril de 2012) como consulta pública de 2011. Também as Diretrizes referentes à clínica médica disponíveis referem-se a material para consulta pública (<http://www.previdencia.gov.br/arquivos/office/4_091021-153135-494.pdf> acesso em 12 de abril de 2012). Também Diretrizes em transtornos mentais e ortopedia foram colocadas em consulta pública no dezembro de 2007 e abril de 2008

respectivamente, sem que se tenha dado publicidade às versões definitivas utilizadas atualmente pelo INSS.

Outra interrogação necessária é: foram respeitados os necessários passos para se utilizar a expressão “medicina baseada em evidências?”

No campo médico, há centenas de protocolos de condutas clínicas, terapêuticas e de avaliação clínica como as que estipulam o grau de morbidade de cada doença. O intuito, no entanto, é a síntese da evidência científica. Com o ritmo intenso das publicações científicas é impossível que os profissionais de saúde mantenham-se atualizados nos diagnósticos e condutas das milhares de doenças de várias especialidades. Nesse contexto, os protocolos são uma referência útil.

No entanto, a elaboração desses guias referenciais requer inúmeras reuniões e discussões de um grupo de especialistas que, baseados na discussão de dezenas de estudos de boa qualidade publicados em periódicos indexados estabelecem os parâmetros para o protocolo, que também tem que ser publicado para revisão por pares. Além disso, todas as recomendações costumam vir acompanhadas da gradação que indica o grau de evidência e o nível de recomendação, ou a informação sobre a inexistência de dados suficientes para essa decisão. Isso sim, expressa o conceito "baseado em evidências".

O material colocado em consulta pública não atende a qualquer um desses quesitos imprescindíveis e não cita as referências bibliográficas necessárias. Sequer o grupo técnico proponente tem seus componentes identificados.

E finalmente, considerando-se o terceiro objetivo específico (“auxiliar, através dos parâmetros estabelecidos, na elaboração de projetos e programas específicos de prevenção e de reabilitação”), pergunta-se: fez parte da metodologia a interlocução e participação das áreas da Saúde e do Trabalho e Emprego, parceiras obrigatórias desses projetos e programas? Buscou-se a participação social por meio dos canais legais?

Algumas questões específicas também deixam dúvidas. O benefício por incapacidade é concedido pelo INSS a partir do 16º dia de afastamento do trabalho. No entanto, há vários códigos aos quais correspondem números menores de 15. Não se consegue saber o que seriam esses números. Corresponderiam a número de dias que excedem os 15 dias iniciais?

Achamos de fundamental importância que as estruturas públicas sejam transparentes e permeáveis a opiniões da sociedade e consideramos o processo de consulta pública instituído por vários ministérios um avanço considerável à democratização do poder público.

No entanto, há que se ter seriedade no desencadeamento desses processos, o que significa que são necessárias explicações detalhadas para que possam ser as questões centrais possam ser compreendidas por públicos não especializados. Não nos parece apropriada e real a chamada da consulta pública **“População pode opinar sobre prazos necessários para a recuperação da saúde dos trabalhadores”**, sem que qualquer elemento tenha sido oferecido para a compreensão do objeto em questão.

Apesar da insuficiência de explicações disponíveis na consulta pública, alguns aspectos podem ser considerados e outros devem ser esclarecidos pela Previdência Social.

II. Sobre a tabela em consulta pública

1. Na nota informativa, lê-se que “por convenção do grupo de trabalho, os códigos que compreendem grande variação de apresentações clínicas (ex.: doenças crônicas) e os códigos indefinidos (ex.: alguns finalizados em “8” e “9”) serão encaminhados para avaliação médico-pericial do INSS e constam na tabela coma sigla “PM” – Perícia Médica.”

Isto significa que somente serão periciados os segurados que se apresentem com códigos para os quais se indica perícia médica. Os demais terão o tempo estimado para recuperação da capacidade funcional pré-determinado.

Comentários:

Essa pré-determinação para tal finalidade será feita pelo sistema informatizado como já ocorre? Esta premissa não permite avaliar as exigências da atividade do trabalho e o suporte familiar e social diferenciado que o segurado tem. Exemplo: como comparar um segurado com doença cardíaca hipertensiva, que a tabela determina 30 dias de afastamento, e que exerce uma função com grande exigência física com outro segurado, cuja atividade não exija esforço físico? Uma tendinite de punho tem o tempo de recuperação definido para 7 dias, independentemente da atividade exercida pelo segurado, quando muitos dos casos de tendinite são relacionados justamente às condições de trabalho. Além do tempo estimado ser irreal, retorna-se o segurado para as mesmas condições que propiciaram o seu adoecimento nos casos ocupacionais.

2. Embora a nota informativa diga que segurados com doenças crônicas serão periciados, na tabela várias doenças frequentemente crônicas têm o tempo estimado de recuperação da capacidade funcional definido. Exemplos: transtorno depressivo recorrente (60), transtorno

depressivo recorrente, episódio atual grave com sintomas psicóticos (120 dias), ansiedade generalizada (30 dias), sinovite e tenossinovite (7 dias), tendinite calcificada (15 dias), silicose (60 dias) e assim por diante.

Comentário:

Há uma contradição entre o declarado e o que se vê na tabela.

3. Para algumas doenças, a tabela define também tempos estimados diferentes nos casos em que ocorrem cirurgias.

Comentários:

Apenas para citar uma possível distorção decorrente desses tempos estimados diferentes, a prática demonstra que muitas vezes nos casos de LER/DORT, foram e ainda são indicadas cirurgias que desencadeiam pioras do quadro clínico, com a instalação de dor complexa regional, por exemplo. Felizmente com a disseminação de informações aos pacientes, vários deles passaram a ter mais de uma opinião antes de se decidirem pela cirurgia, o que é um direito do cidadão. Com a definição de tempo estimado de recuperação da capacidade maior nos casos de cirurgia, poderá ocorrer uma indução exagerada a cirurgias, o que a longo prazo poderá resultar em quadros mais graves, aumentando mais ainda o tempo de recuperação das complicações do quadro clínico inicial. Exemplos: sinovite e tenossinovite (7 dias sem cirurgia e 30 dias com cirurgia), tendinite calcificada (7 dias sem cirurgia e 45 dias com cirurgia), dedo em gatilho (7 dias sem cirurgia e 15 dias com cirurgia), síndrome de manguito rotador (15 dias sem cirurgia e 120 dias com cirurgia) e assim por diante. Também neste caso, as atividades laborais não são consideradas.

4. Alguns tempos estimados são totalmente incompatíveis com a doença, independentemente de qualquer outro elemento, como é o caso da causalgia (7 dias), sinovite e tenossinovite (7 dias), anorexia nervosa (60 dias).

Comentário:

Se as referências bibliográficas fazem falta no geral, neste aspecto, pergunta-se de onde saíram esses números.

5. Embora na introdução da nota informativa, mencione-se outros aspectos, essa tabela vincula a incapacidade exclusivamente ao CID e a somente um CID.

Comentários:

A vinculação da incapacidade a apenas ao diagnóstico é incorreta por princípio, pois desconsidera-se muitos outros aspectos já mencionados e particularmente as exigências do trabalho, que não dependem do segurado e sim de seu empregador.

Mais ainda, a vinculação da incapacidade a somente uma doença, como acontece atualmente, com o sistema informatizado utilizado pela perícia médica do INSS também é incorreta por princípio. Mesmo que o segurado tenha várias doenças correspondentes a vários códigos, o perito é obrigado atualmente a escolher um deles e incluir no sistema. Essa lógica não tem correspondência com a realidade e tampouco com os preceitos legais vigentes no país.¹

A incapacidade é decorrente de um conjunto de aspectos clínicos, terapêuticos, individuais, sociais e laborais.

III. Considerações gerais e conclusão

1. O ato de perícia médica não é um meramente administrativo. Apesar de ser de grande utilidade, o sistema informatizado deve auxiliar a cumprir os objetivos da instituição, com base em conhecimentos complexos da área da saúde e do adoecimento e de todas as dimensões sociais envolvidas. A tabela continua colocando o perito do INSS em risco de processos sobre má prática médica uma vez que retira da mesma, na maior parte das vezes, sua opinião clínica. Mesmo não assinando os comunicados de cessação de benefícios, o médico perito responde pelos atos médicos. E adicionalmente, pretende servir de parâmetro para o tempo de repouso para médicos assistentes, conforme o terceiro objetivo específico na nota informativa.

2. Apesar de diversas manifestações contrárias ao pressuposto de que há um tempo estimado de recuperação da capacidade funcional exclusivamente no código da doença (CID), fundamento da Cobertura Previdenciária Estimada (COPES)² ou “alta programada” ou “data certa”,

¹ Lei 8.213 de 24 de julho de 1991. Disponível em <<http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1991/8213.htm>> acesso em 6 de abril de 2012.

² Antes dessa data, o segurado que tinha incapacidade para o trabalho por mais de 15 dias, dirigia-se ao INSS, com o atestado médico e era avaliado pela perícia médica do órgão segurador que também agendava uma outra perícia para reavaliação. Em agosto de 2005, o INSS passou a adotar outro procedimento para a concessão e término do benefício por incapacidade temporária, inicialmente por ordens internas, cujo acesso era restrito apenas aos servidores do INSS (OI 130, de 13/10/2005, OI 138, de 05/05/2006), depois pela Portaria MPS nº 359, de 31/08/2006 e depois pelo Decreto nº 5844, de 13/07/2006.

em vigor desde agosto de 2005 e questionada por ações judiciais, a proposta ora em consulta pública reforça e tenta consagrar os tempos de benefícios a serem concedidos. Reforçamos, há casos e casos. Uma pessoa com depressão, por exemplo, em processo de recuperação, pode encontrar no retorno ao trabalho um estímulo positivo. Um caso semelhante, porém envolvendo um operador de máquinas no setor industrial pode expô-lo a riscos adicionais por causa dos medicamentos usados.

3. A proposta, formalmente implementada, tenderá a agravar os sérios problemas que os segurados já enfrentam junto ao INSS quando requerem benefícios por incapacidade e que sobrecarregam os setores administrativos do órgão segurador e o judiciário, acarretando maior sofrimento aos segurados que frequentemente apresentam-se incapacitados para o trabalho, mas são considerados aptos para o trabalho pelo órgão segurador.

4. Não se pode substituir a avaliação pericial presencial, que deve ser bem feita, por um sistema informatizado, impermeável às nuances da saúde e do adoecimento humano, principalmente quando se deve avaliar a incapacidade em relação à atividade de trabalho, totalmente ignorada na proposta que se apresenta. Um sistema informatizado tampouco permite a avaliação acurada das condições sociais e reais dos segurados. São frequentes os casos de segurados que retornam ao trabalho e devem manter tratamento para a recuperação completa, mas por indisponibilidade de horário compatível, abandonam o tratamento, o que pode acarretar piora do quadro clínico e futuras situações de incapacidade por tempo prolongado.

5. A proposta tende a dificultar mais ainda a identificação dos casos ocupacionais, o que traz prejuízos para a Previdência Social, que deixa de alimentar devidamente o sistema de informação para a impetração de ações regressivas e eventuais definições do FAP. Essa inobservância traz prejuízos também ao segurado no tocante à estabilidade de um ano após o retorno ao trabalho e ao recolhimento do fundo de garantia do tempo de serviço (FGTS). Neste particular, surpreende-nos sobremaneira que a Portaria 4, que constituiu o grupo de trabalho, seja conjunta com a Procuradoria Federal, justamente incumbida em impetrar as ações regressivas. Seria fundamental que os argumentos da Procuradoria Federal fossem colocados para a sociedade.

6. Outro problema que se destaca é a manutenção do vínculo entre a incapacidade e a existência de uma e apenas uma doença, como acontece atualmente. Mesmo que um segurado tenha várias expressões de adoecimento, cujo conjunto determina a incapacidade, o sistema informatizado utilizado pela perícia acolhe apenas um dos códigos, o que não corresponde à realidade e não respeita minimamente o conceito de incapacidade que leve em conta aspectos clínicos, terapêuticos, de suporte familiar e social e exigências cotidianas, entre as quais as do trabalho, análise integradora preconizada pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Saúde e Incapacidade (CIF) da Organização Mundial da Saúde, adotada na avaliação para concessão de benefícios de prestação continuada.

7. Em relação ao encaminhamento à reabilitação profissional, menor ainda será o contingente de casos a serem avaliados pelas equipes de reabilitação profissional, pois muitos retornarão a quaisquer condições de trabalho após o tempo estimado pelo sistema informatizado, mesmo que de fato deveriam ser reabilitados. Tome-se como exemplo um caso de trabalhador com estresse pós-traumático após o quinto assalto sofrido numa agência bancária. A tabela prevê 90 dias de incapacidade. Esse trabalhador retornaria ao trabalho sem qualquer avaliação da reabilitação profissional, quando se sabe que nessas situações frequentemente o retorno ao trabalho exige mudança de setor e de função. A proposta em tela pode acarretar diminuição da demanda para as insuficientes equipes de reabilitação profissional do INSS, mas não é uma medida para a prevenção de agravamentos das incapacidades, interesse da sociedade e do Estado brasileiro.

8. É de importância fundamental portanto, que os procedimentos do INSS sejam balizados em conhecimentos científicos acumulados pela humanidade, aplicados por profissionais competentes, não somente em matéria previdenciária, mas, também e principalmente em áreas clínicas. Os sistemas de gestão não podem se impor em detrimento da missão do INSS e considerar não só a presteza da prestação de serviço, mas combinar essa necessária rapidez com a observância da legalidade. Essa proposta na estrutura do órgão segurador tende a sacramentar a situação atual no qual as referências numéricas deixam de ser referências, transformando-se em números aos quais todas as situações dos segurados devem se enquadrar independentemente de sua realidade. Uma seguradora pública deveria almejar a concessão o mais justa possível de benefícios legais, considerando-se parte do sistema de seguridade social, no qual os investimentos

convergissem para a mesma finalidade de defender a saúde dos trabalhadores, fossem da pasta da Saúde, da Previdência Social ou da Assistência Social. Não são considerados conceitos básicos de promoção de saúde, prevenção de adoecimentos, de agravamentos e de incapacidades.

9. Um grande passo da Previdência Social em direção à transparência institucional, reclamada por diferentes setores sociais, seria a promoção, em parceria com as demais pastas da seguridade social (Saúde e Assistência Social), de discussões públicas sobre conceitos de incapacidade, sobre a identificação dos casos ocupacionais, sobre os fluxos administrativos e periciais e reabilitação profissional, para que as diretrizes a serem utilizadas pela perícia médica se aproximem do conhecimento científico interdisciplinar sobre os temas em questão. A integração com a Universidade, instituições de pesquisa, sociedades de especialidades e conselhos de classe, com o acompanhamento ativo da sociedade, seria de fundamental importância nesse processo, para que o título dado pela Previdência Social à consulta pública (TEMPO ESTIMADO PARA RECUPERAÇÃO DE CAPACIDADE FUNCIONAL BASEADO EM EVIDÊNCIAS) de fato corresponda aos conceitos consagrados na literatura científica de qualidade.

São Paulo, 15 de abril de 2012.

Subscvem esta contribuição os médicos e pesquisadores da Fundacentro – SP:

Antonio Ricardo Daltrini

Cristiane Maria Galvão Barbosa

Eduardo Algranti

Elisabete Mendonça

José Tarcísio Penteado Buschinelli

Maria Maeno