

Infarto agudo do miocárdio e trabalho: Análise de uma década de auxílio doença

Acute myocardial infarction and work: Analysis in a decade of disease assistance

Infarto agudo de miocardio y trabajo: Análisis de una década de asistencia a enfermedades

Renata da Silva Schulz^{1,2*}, Thiago Batista Faleiro³, Roseane Mota Santana Rohrs², Cleidiane Davi dos Santos², Andrea Bomfim Davi², Waltamy da Silva Mota Junior², Anne Jacob de Souza Araújo², Carlos Antônio Cabral Cordeiro Calado².

RESUMO

Objetivo: Analisar o número total dos benefícios do tipo auxílio-doença concedidos para o grupo da CID I21. **Método:** Trata-se de um estudo transversal no qual foram verificados os benefícios do tipo auxílio-doença concedidos pelo INSS para o grupo CID I21, no período de 2007 até 2016. **Resultados:** Foram concedidos 91.056 benefícios para o CID investigado. Ao considerar o total de auxílios doenças, por todas as causas, ao longo da década examinada, foram concedidos 21.316.386 benefícios. Os benefícios para o grupo da CID I21 representam aproximadamente 0,45% desse total. Do total de benefícios concedidos de acordo com o CID I21 89.002 foram do tipo previdenciário (97,75% do total) e de 2054 acidentários (2,25% do total). **Conclusão:** Pode-se observar uma tendência de alta na concessão de benefícios previdenciários para as doenças isquêmicas do coração e de modo inverso queda na concessão de benefício para o grupo dos acidentários.

Palavras-chaves: Infarto do miocárdio, Previdência social, Acidentes de trabalho.

ABSTRACT

Objective: Analyze the total number of sickness benefits granted to the CID group I21 **Method:** This is a cross-sectional study in which the benefits of the sickness-benefit type granted by the INSS for the CID group I21 were verified between 2007 and 2016. **Results:** 91,056 benefits were granted to the investigated CID. When considering total disease aid, for all causes, over the decade under review, 21,316,386 benefits were granted. The benefits to the group of CID I21 represent approximately 0.45% of this total. Of the total benefits granted in accordance with CID I21 89,002, pensions (97.75% of the total) and 2054 accidents (2.25% of the total) were granted. **Conclusion:** It can be observed a tendency of high in the granting of social security benefits for the ischemic heart diseases and in the opposite way a reduction in the benefit concession for the accident group.

Key words: Myocardial infarction, Social security, Accidents occupational.

RESUMEN

Objetivo: Analizar el número total de beneficios del tipo de ayuda enfermedad otorgado al grupo CID I21. **Método:** Se trata de un estudio transversal en el que se verificaron los beneficios del tipo de seguridad social otorgado por INSS al grupo CID I21 en el período comprendido entre 2007 y 2016. **Resultados:** 91.056 las ventajas fueron concedidas a la CID investigada. Al considerar las enfermedades totales de la ayuda, para todas las causas, durante el decenio examinado, se concedieron 21.316.386 beneficios. Los beneficios para el grupo CID I21 representan aproximadamente el 0,45% de ese total. De los beneficios totales concedidos según CID I21 89002 fueron del tipo de pensión (97,75% del total) y 2054 Acidentários (2,25% del total). **Conclusión:** Se puede observar una tendencia de alto en la concesión de beneficios sociales para las enfermedades cardíacas isquémicas y de manera inversa la caída en la concesión de beneficio concedido al grupo accidentado.

Palavras-clave: Infarto del miocardio, Seguridad social, Accidentes de trabajo.

¹ Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador-Bahia. *E-mail: renata.s.schulz@gmail.com

² Centro Universitário Jorge Amado (UNIJORGE), Salvador-Bahia.

³ Hospital Universitário Edgar Santos, Salvador-Bahia.

INTRODUÇÃO

No contexto atual, a saúde dos trabalhadores e as questões relacionadas às condições de trabalho são asseguradas pela Previdência Social, essa é considerada uma política pública de Seguridade Social regida pela lei 8.213/1991 (BRASIL, 1991). Nessa perspectiva, o órgão responsável pelas arrecadações das contribuições e pelo pagamento de benefícios aos trabalhadores no Brasil é o Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), que tem por finalidade promover e garantir o direito do trabalhador a receber o benefício. Um desses benefícios é o Auxílio-doença, ele pode ser oriundo de afastamento maior que 15 dias consecutivos, que impossibilite ao trabalhador de exercer suas funções laborativas, por motivo de doença ou acidente, sendo classificado em previdenciário (B31) que não está relacionado ao trabalho e não possui estabilidade no emprego ou acidentário (B91) estando esse relacionado ao trabalho e com estabilidade no emprego por um período de 12 meses, após retorno ao trabalho (TRINDADE *et al.*, 2014).

Para concessão do benefício por acidente de trabalho é necessário notificar a Previdência Social por meio da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) emitida pela instituição em que o trabalhador possui vínculo empregatício com registro em carteira de trabalho (SANTANA *et al.*, 2009).

O afastamento do trabalhador por motivo de doença ou acidente de trabalho, possui múltiplas implicações sendo elas: sociais e econômicas para o indivíduo e para empresa. Nesse sentido, as repercussões do afastamento têm um impacto sobre a empresa, a economia em geral e principalmente para o trabalhador, por na maioria das vezes, necessitar de adaptações no exercício do trabalho (SANTOS *et al.*, 2015).

Um dos motivos para a concessão de benefícios é o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) que é a primeira causa de morte no Brasil e também de incapacidade, a mortalidade nos anos entre 1980 a 2009 atingiu mais os homens do que as mulheres onde foi constatado 108,14 óbitos/100.000 homens e 61,49 óbitos/100.000 mulheres (SANTOS *et al.*, 2016). No Brasil 40 a 65% dos pacientes acometidos por IAM morrem nas primeiras horas de manifestação da doença e 80% nas primeiras 24 horas (PIEGAS *et al.*, 2015). De acordo com Marques *et al.*, (2012) o custo total utilizando o “tratamento padrão” para o IAM chega a R\$ 12.873,69 sem a utilização de stent, nos casos de uso com o procedimento o valor chega a R\$ 23.461,87 por pessoa infartada. No País cerca de 50% dos óbitos masculinos para as doenças cardiovasculares ocorrem na faixa etária abaixo de 65 anos (AVEZUM *et al.*, 2005).

As doenças isquêmicas do coração estão alocadas com código I20 a I25 dentro da Classificação Internacional de Doenças (CID). O Infarto Agudo do Miocárdio (I21) é proveniente da diminuição ou ausência do suprimento sanguíneo, resultando em isquemia e em necrose, podendo as lesões ser irreversíveis no tecido cardíaco (GOMES *et al.*, 2014). Os fatores predisponentes para o desenvolvimento da doença estão relacionados com a hipertensão arterial sistêmica, cardiopatias, hereditariedade e qualidade de vida (MALACHIAS *et al.*, 2016) Os principais sinais e sintomas típicos incluem: dor torácica com ou sem irradiação para mandíbula, dorso e membro superior esquerdo, sudorese, fadiga, tontura, dispneia, síncope, náuseas e vômitos inexplicáveis (FIELD *et al.*, 2010). Para melhor prognóstico a história clínica e tempo de início dos sintomas são cruciais para um tratamento eficaz

Desse modo o infarto constitui-se numa grave patologia sendo um sério problema de saúde pública por ser um agravo com altos índices de mortalidade, que acomete grande número de indivíduos em todo o mundo, tendo repercussões significativas nas hospitalizações e afetando diretamente as atividades de vida diária, financeira e social do indivíduo. Segundo Huguenin *et al.*, (2016) no País 5% dos gastos totais com as internações hospitalares são decorrentes das doenças coronarianas.

Diante disso, o objetivo do presente estudo é analisar o número total dos benefícios do tipo auxílio-doença concedido para o grupo da CID I21 (Infarto Agudo do miocárdio) ao longo da década compreendida entre os anos de 2007 a 2016.

METODOLOGIA

Estudo descritivo e transversal mediante dados obtidos do Sistema de Comunicação de Acidente de Trabalho do INSS, por meio do cadastro de benefícios concedidos por infarto agudo do miocárdio. Foram verificados os benefícios previdenciários e acidentários do tipo auxílio-doença para o CID I21, no período de 2007 até 2016.

Para o levantamento das informações, a coleta de dados, bem como sua análise, foi utilizada a base de dados do Ministério do Trabalho e Previdência Social, disponível na página <http://www.previdencia.gov.br>.

Para a análise estatística foi avaliada a tendência da evolução dos benefícios concedidos ao longo dos anos, foi realizada análise descritiva e análise inferencial. Para a descrição das tendências temporais, utilizou-se uma apresentação gráfica utilizando o programa Microsoft Office Excel. De modo semelhante para as análises inferenciais, foi utilizado o método de regressão linear utilizando o programa Microsoft Office Excel. A variável resposta foi o número de benefícios previdenciários e acidentários concedidos a cada ano.

O projeto de pesquisa não foi submetido à aprovação de Comitê de Ética em Pesquisa, pois usou dados secundários de base de dados de domínio público, em concordância com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466/2012.

RESULTADOS

Entre os anos de 2007 e 2016 o Instituto Nacional do Seguro Social concedeu 91056 benefícios para o grupo da CID I21 (Infarto Agudo do miocárdio). Quando avaliados apenas os benefícios previdenciários foi encontrado um total de 89.002 benefícios concedidos representando 97,75% do total no período de 2007 a 2016, para o grupo da CID I21 (Infarto Agudo do miocárdio).

Gráfico 1. Número de benefícios concedidos acidentários e previdenciários para o CID I21.



Fonte: INSS benefícios CID I21 anos de 2007 a 2016

Por meio da análise estatística apresentada no gráfico 1 percebe-se que há uma tendência de alta para os benefícios previdenciários. Em 2007 foram concedidos 6.246 e no ano de 2016 quase duplicou esse valor sendo concedidos 11.997 benefícios. Já para os benefícios acidentários, observa-se que dos valores em 2007 foram concedidos 270 benefícios e em 2016 houve uma redução quase da metade dos mesmos reduzindo o valor para 150. O ano de 2015 foi um ano atípico, os benefícios concedidos possuíram a menor queda dos últimos 10 anos. Desse modo observa-se que existe uma relação significativa no decorrer dos anos com o número de benefícios concedidos. A seguir observa-se a variação percentual dos benefícios previdenciários de acordo com os anos investigados (**Tabela 1**).

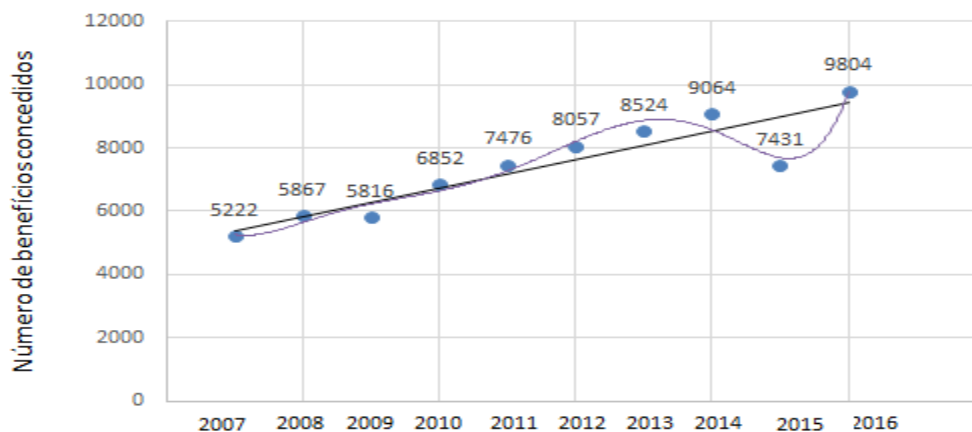
Tabela 1. Variação percentual de anos investigados (2007 a 2016) por meio de regressão linear com aderência de 88,64% para os benefícios previdenciários. Fonte INSS

Anos	Anos sucessivos	Total Anual	Aderência = 88,64%	Variação percentual
2007	1	5222	5872,23	12,45%
2008	2	5867	6422,86	9,47%
2009	3	5816	6973,49	19,90%
2010	4	6852	7524,12	9,81%
2011	5	7476	8074,75	8,01%
2012	6	8057	8625,38	7,05%
2013	7	8524	9176,01	7,65%
2014	8	9064	9726,64	7,31%
2015	9	7431	10277,27	38,30%
2016	10	9804	10827,9	10,44%

Fonte: INSS benefícios previdenciários CID I21 de 2007 a 2016.

Quando avaliamos os benefícios acidentários, identificamos que foram concedidos ao longo da década avaliada um total de 2054 benefícios representando apenas 2,25% do total (**Gráfico 2**).

Gráfico 2. Número de benefícios previdenciários concedidos nos 10 anos investigados (2007 a 2016)



Fonte: INSS benefícios previdenciários CID I21 de 2007 a 2016.

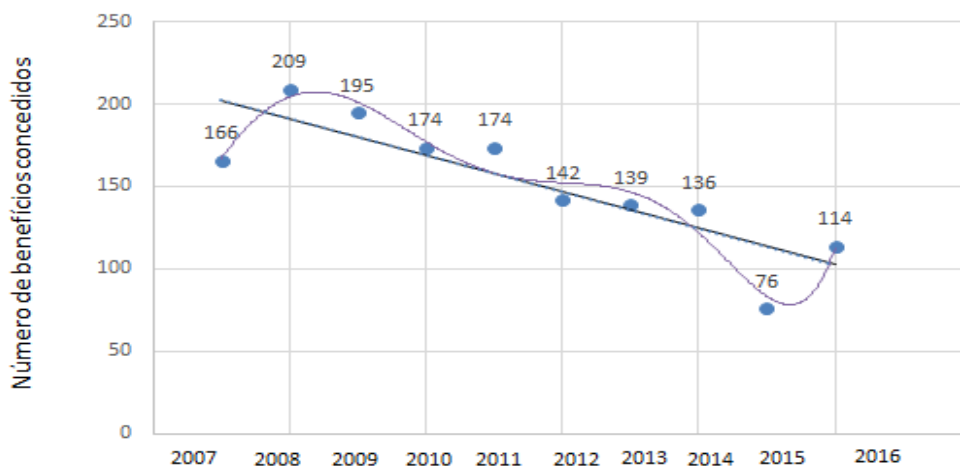
A análise de regressão linear da evolução da concessão dos benefícios previdenciário e acidentários foi testada como forma de provar a distribuição da probabilidade amostral, ou seja, os dados da amostra aderiram a uma a distribuição apresentada e percebeu-se alta aderência de 88,64 %, confirmando que essa distribuição tende a se repetir nos próximos anos (**Tabela 1 e Tabela 2**). Além disso, diferentemente do observado nos benefícios previdenciários, podemos observar uma clara tendência de queda na concessão desse tipo de benefício para o grupo acidentário (**Gráfico 3**).

Tabela 2. Variação percentual de anos investigados (2007 a 2016) por meio de regressão linear com aderência de 88,64% para os benefícios acidentários.

Ano	Anos sucessivos	Total Anual	Aderência = 88,64%	Variação percentual
2007	1	270	280,676	3,95%
2008	2	281	263,949	6,07%
2009	3	257	247,222	3,80%
2010	4	212	230,495	8,72%
2011	5	226	213,768	5,41%
2012	6	173	197,041	13,90%
2013	7	196	180,314	8,00%
2014	8	175	163,587	6,52%
2015	9	114	146,86	28,82%
2016	10	150	130,133	13,24%

Fonte: INSS benefícios acidentários CID I21 de 2007 a 2016.

Gráfico 3. Número de benefícios acidentários concedidos nos 10 anos investigados (2007 a 2016) de acordo com dados do INSS.



Fonte: INSS benefícios acidentários CID I21 de 2007 a 2016.

DISCUSSÃO

No Brasil, as doenças cardiovasculares causam grande impacto na saúde pública, sendo responsáveis por cerca de 30% das mortes registradas no País (BRASIL, 2011). Estudos mostram que o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) apresenta alta taxa de prevalência, morbidade e mortalidade. (TORRES *et al.*, 2015; PESARO *et al.*, 2004).

Marino *et al.*, (2006) revelou que na região Norte de Minas Gerais, no Brasil, dos 593 pacientes investigados para síndrome coronariana aguda a média de idade dos pacientes para a patologia foi de 63 anos e 67,6% eram do sexo masculino. Por outro lado, dados da secretaria de previdência (ESTATÍSTICAS MUNICIPAIS, 2017) revela que a média de idade para aposentadoria por tempo de contribuição foi de 52,8 anos entre as mulheres e 55,57 anos para os homens. Assim, a maior parte dos pacientes que sofrem infarto agudo do miocárdio no Brasil não estão mais em idade produtiva. Esse fato ajuda a explicar a quantidade relativamente baixa de benefícios do tipo auxílio doença concedidos para o grupo da CID I21 (Infarto Agudo do miocárdio) tendo sido identificados um total de 91056 benefícios, entre previdenciários e acidentários nos dez anos avaliados. Quando considerados todos os auxílios doenças, por todas as causas, ao longo da década examinada foram concedidos aproximadamente 21.316.386 benefícios. Sendo assim, os benefícios para o grupo da CID I21 representam aproximadamente 0,45% do total.

Fica claro no estudo uma predominância dos benefícios do tipo previdenciário (97,75% do total) quando comparados aos acidentários (2,25% do total). Esse fato reflete o não reconhecimento do trabalho como causa de infarto agudo do miocárdio pelos peritos médicos do INSS. Isso decorre da própria natureza do infarto do miocárdio, para o qual concorrem múltiplos fatores alheios ao trabalho, sendo necessário que seja demonstrada a presença donexo causal com as atividades desempenhadas pelo empregado, para que seja caracterizado como acidente do trabalho. Além disso, o Ministério da Saúde estabelece que os fatores de risco ocupacionais são: exposição a monóxido de carbono, sulfeto de carbono, nitroglicerina e outros ésteres do ácido nítrico. Assim, o infarto agudo do miocárdio, após a exclusão de outras causas subjacentes, poderá ser considerado como doença relacionada ao trabalho, do Grupo II da Classificação de Schilling, nos casos de trabalhadores expostos ao sulfeto de carbono ou com problemas relacionados com o emprego e o desemprego. Nos trabalhadores expostos ao monóxido de carbono e naqueles com exposição e cessação de exposição súbita aos nitratos, o infarto agudo do miocárdio deve ser considerado doença relacionada ao trabalho, do Grupo I da Classificação de Schilling, em que o trabalho desempenha o papel de causa necessária (BRASIL *et al.*, 2001). Essa definição dos fatores de risco, por si só, restringe o número de trabalhadores que podem ter sua patologia atribuída a fatores relacionados ao trabalho.

Outro dado revelado pelo trabalho é o comportamento divergente verificado nos diferentes tipos de auxílio doença: previdenciário e acidentário. Enquanto no primeiro se observa uma tendência de aumento progressivo no número de benefícios concedidos, no segundo se observa redução. De acordo com o Ministério da Previdência Social (2011) o aumento da concessão de benefícios previdenciários pode ser atribuído em parte, ao aumento da cobertura previdenciária no Brasil observada a partir de 2003. A determinação das causas para o comportamento do número de benefícios acidentários requer novos estudos.

Sabe-se que os fatores de risco cardiovasculares são de difícil manejo e bastante prevalentes na população, pois estão inseridos em um contexto de condições sócio culturais e econômicas, mas acredita-se que é possível reduzir pelo menos 50% da mortalidade ao controlá-los. Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, dislipidemia e tabagismo são os maiores vilões (MANSUR e FAVARATO, 2016)

Estima-se que em 2007 houve 1.157.509 internações por doenças cardiovasculares no SUS, número muito impactante que mostra a alta incidência dessa enfermidade que necessita intervenção médica urgente, com

ocupação de leitos de unidades coronarianas, UTIs e enfermarias. Os custos são expressivos, salientando-se, por exemplo, que em novembro de 2009, houve 91.970 internações, resultando em R\$ 165.461.644,33 em gastos (BRANDÃO *et al.*, 2010).

A detecção precoce dos fatores de risco e a consequente adoção de medidas para mitigar os efeitos da doença coronariana são fundamentais para reduzir o número de infartos e suas consequências na sobrevida, qualidade de vida e capacidade para o trabalho dos pacientes acometidos. Todos os membros da equipe de saúde devem participar fomentando a educação em saúde e o autocuidado com vistas a atingir esse objetivo.

CONCLUSÃO

Ao longo da década compreendida entre os anos de 2007 e 2016 foram concedidos 91056 benefícios do tipo auxílio doença para grupo da CID I21 (Infarto Agudo do miocárdio). Esses números representam aproximadamente 0,45% do total de benefícios do tipo auxílio doença concedidos pelo Instituto Nacional do Seguro Social entre os anos de 2007 e 2016. Os benefícios previdenciário e acidentário para o CID I21 apresentam um comportamento divergente. Enquanto no primeiro se observa uma tendência de aumento progressivo no número de benefícios concedidos, no segundo se observa redução.

REFERÊNCIAS

1. AVEZUM A, PIEGAS LS, PEREIRA JCR. Fatores de Risco Associados com Infarto Agudo do Miocárdio na Região Metropolitana de São Paulo. Uma Região Desenvolvida em um País em Desenvolvimento. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 2005; 84(3): 206-213.
2. BRANDÃO AA, MAGALHÃES MEC, ÁVILA A, TAVARES A et al. Conceituação, epidemiologia e prevenção primária. *Brazilian Journal of Nephrology*, 2010; 32(Suppl. 1): 1-4.
3. BRASIL. 1991. LEI nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8213compilado.htm. Acesso em: jun.2018.
4. BRASIL. 2011. In: GOVERNO do Brasil. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/editoria/saude/2011/09/doencas-cardiovasculares-causam-quase-30-das-mortes-no-pais>. Acesso em: 8 jun.2018.
5. BRASIL MDS, ALMEIDA I, TAVANTI A et al. Doenças relacionadas ao trabalho. Série A Normas e Manuais Técnicos, Organização Pan-Americana da Saúde/Brasil, 2001; 67: 580.
6. ESTATÍSTICAS MUNICIPAIS. 2017. In: SECRETARIA de Previdência/ Ministério da Fazenda. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/dados-abertos/estatisticas-municipais-2017>
7. FIELD JM, HAZINSKI MF, SAYRE MR et al. American heart association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation*, 2010; 122 (2): 640-656.
8. GOMES ATL, ARAÚJO JNM, FERNANDES MICD et al. Cuidados de enfermagem à pessoa com insuficiência cardíaca descompensada. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, 2014;16:124–129.
9. HUGUENIN FM, PINHEIRO RS, ALMEIDA RMVR et al. Caracterização dos padrões de variação dos cuidados de saúde a partir dos gastos com internações por infarto agudo do miocárdio no Sistema Único de Saúde. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 2016; 19(2): 229–242.
10. MALACHIAS MVB, SOUZA WKS, PLAVNIK FL et al. 7ª Diretriz Brasileira De Hipertensão Arterial. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 2016; 107(3):1–83.
11. MANSUR AP, FAVARATO D. Tendências da Taxa de Mortalidade por Doenças Cardiovasculares no Brasil, 1980-2012. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*, 2016; 107(2):137-146.
12. MARINO BCA, MARCOLINO MS, REIS JÚNIOR RS et al. Perfil Epidemiológico e Indicadores de Qualidade em Pacientes com Síndrome Coronariana Aguda na Região Norte de Minas Gerais - Projeto Minas Telecardio 2. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 2016; 107(2):106-115.

13. MARQUES R, MENDES A, LEITE MG et al. Custos da cadeia de procedimentos no tratamento do infarto agudo do miocárdio em hospitais brasileiros de excelência e especializados. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 2012; 58(1): 104-111.
14. MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. 2011. In: EVOLUÇÃO Recente da Concessão de Auxílio-doença pelo INSS. Disponível em: http://www.previdencia.gov.br/arquivos/office/3_110628-175051-157.pdf
15. PESARO AEP, SERRANO JCV, NICOLAU JC. Infarto agudo do miocárdio: síndrome coronariana aguda com supradesnível do segmento ST. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 2004; 50(2): 214-20.
16. PIEGAS L, TIMERMAN A, FEITOSA G et al. V Diretriz da sociedade brasileira de cardiologia sobre tratamento do infarto agudo do miocárdio com supradesnível do segmento ST *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 2015; 105(2): 1-121.
17. SANTANA VS, XAVIER C, MOURA MCP et al. Severity of occupational injuries treated in emergency services. *Revista de Saúde Pública*, 2009; 43(5): 750–760.
18. SANTOS GSH, LOPES RE. A (in) elegibilidade de trabalhadores encaminhados ao Programa de Reabilitação Profissional do INSS. *Revista Katálysis*, 2015; 18(2): 151–161.
19. SANTOS J, MEIRA KC, CAMACHO AR, SALVADOR PTCO et al. Mortalidade por infarto agudo do miocárdio no Brasil e suas regiões geográficas: análise do efeito da idade-período-coorte. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2018; 23(5): 1621-1634.
20. TORRES RAT, CINTRA RB, SÁ EC. Critérios para avaliação de incapacidade laborativa na insuficiência cardíaca. *Revista Medica (São Paulo)*, 2015; 94(4): 282-8.
21. TRINDADE LDL, ARALDI A, FERRAZ L et al. Perfil dos segurados em benefício do auxílio-doença acidentário na agência da previdência social de Xanxerê/SC. *Revista de Terapia Ocupacional Da Universidade de São Paulo*, 2014; 25(3): 272- 278.