

1º Boletim Quadrimestral
sobre Benefício por Incapacidade

2016

A Concessão de Auxílio-Doença Relacionado a LER/DORT nos Anos de 2006 a 2014

MINISTÉRIO DO TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL – MTPS

Miguel Soldatelli Rossetto – Ministro

SECRETARIA DE POLÍTICAS DE PREVIDÊNCIA SOCIAL

Benedito Alberto Brunca – Secretário

DEPARTAMENTO DE POLÍTICAS DE SAÚDE E SEGURANÇA OCUPACIONAL

Marco Antonio Gomes Pérez – Diretor

COORDENAÇÃO GERAL DE MONITORAMENTO DOS BENEFÍCIOS POR INCAPACIDADE EQUIPE TÉCNICA

Bruna Beck da Costa - Analista Técnico de Políticas Sociais

Betyna Saldanha Corbal – Perita Médica Previdenciária

Francisca Maria de Oliveira da Silva - Analista Técnico de Políticas Sociais

Ricardo Oliveira Martins - Assistente Técnico – Analista Técnico de Políticas Sociais

Henrique Alves Vieira - Estatístico

SUPERVISÃO TÉCNICA

Paulo Rogério Albuquerque de Oliveira – Coordenador-Geral de Monitoramento de Benefícios por Incapacidade

Sara Conceição de Arruda – Chefe de Serviço

EDIÇÃO

Secretaria de Políticas de Previdência Social

Departamento de Políticas de Saúde e Segurança Ocupacional

Coordenação-Geral de Monitoramento de Benefícios por Incapacidade

Esplanada dos Ministérios, Bloco F, 6o andar, Sala 643

CEP 70059-900 – Brasília – DF

Introdução

As lesões por esforços repetitivos (LER) ou distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT) são um conjunto de doenças que afetam músculos, tendões, nervos e vasos dos membros superiores (dedos, mãos, punhos, antebraços, braços, ombro, pescoço e coluna vertebral) e inferiores (joelho e tornozelo, principalmente) e que têm relação direta com as exigências das tarefas, ambientes físicos e com a organização do trabalho.

São decorrentes da utilização excessiva, imposta ao sistema musculoesquelético, e da falta de tempo para recuperação. Caracterizam-se pela ocorrência de vários sintomas concomitantes ou não, de aparecimento insidioso, geralmente nos membros superiores, tais como dor, parestesia, sensação de peso e fadiga.

Do ponto de vista previdenciário, o diagnóstico de LER/DORT traz consequências diretas para o segurado, pois a partir do reconhecimento de uma doença ocupacional pela Previdência Social e incapacidade para o trabalho, há concessão de auxílio-doença por acidente de trabalho para segurados com necessidade de afastamentos maiores de 15 dias (auxílio-doença de espécie 91 – B91). A concessão de auxílio-doença por acidente de trabalho implica na manutenção do recolhimento do fundo de garantia durante o afastamento do trabalho e estabilidade durante um ano após o retorno ao trabalho.

Durante a avaliação pericial, para a emissão do parecer conclusivo sobre incapacidade laborativa, o perito médico considera o que é descrito pelo segurado, a história clínica e ocupacional, o exame físico realizado, a análise de documentos médicos apresentados (laudo do médico assistente, exames complementares realizados, comprovantes de internação hospitalar, entre outros), com o devido enquadramento na legislação previdenciária em vigor. Em muitos casos, os segurados submetidos a avaliação médico pericial já possuem seus diagnósticos pré-estabelecidos pela rede assistencial e, em outros, cabe a perícia médica reconhecê-los e, quando pertinente, aplicar o nexo.

Com a Lei nº 11.430, de 26 de dezembro de 2006, que instituiu o Nexo Técnico Epidemiológico – NTEP ampliou-se o leque de possibilidades para caracterização do acidente de trabalho. A partir de 1º de abril de 2007, data de início da aplicação das novas regras de estabelecimento do nexo técnico previdenciário, a perícia médica do INSS pôde considerar caracterizada a natureza acidentária da incapacidade na constatação da ocorrência de Nexo Técnico

Epidemiológico entre o trabalho e o agravo, decorrente da relação entre a atividade da empresa e a entidade mórbida motivadora da incapacidade elencada na Classificação Internacional de Doenças – CID. Além disso, possibilitou o estabelecimento do nexó técnico pelo INSS sem a vinculação de uma Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT ao número do benefício.

Do ponto de vista operacional, uma vez reconhecida a incapacidade laborativa por LER/DORT o perito cadastra, no sistema do INSS, o Código Internacional de Doença - CID responsável pela incapacidade, fixa a Data do Início da Doença (DID), Data do Início da Incapacidade (DII), elementos fundamentais na habilitação do benefício e isenta de carência (pois se trata de benefício de natureza acidentária). Concluírá com a fixação da Data de Cessaçãõ do Benefício - DCB (data estimada para recuperação da capacidade laborativa), ou poderá encaminhar para Reabilitação Profissional, sugerir revisão do benefício em 2 anos ou sugerir aposentadoria por invalidez, nos casos mais graves.

Na Classificação Internacional de Doenças – CID 10, publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que visa padronizar a codificação de doenças e outros problemas relacionados à saúde, a LER/DORT pode receber o código Z 57.9 - Exposição ocupacional a fator de risco não especificado. Entretanto, mais comumente os códigos de doenças enquadradas como LER/DORT se encontram no Capítulo XIII da CID 10 (Letra M) - Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo e, em alguns casos, no Capítulo VI (Letra G) – Doenças do Sistema Nervoso. Sendo estes, os mais usados pela perícia médica na caracterização dos segurados com LER/DORT.

Importante salientar, que outras doenças, que se manifestam com dor crônica, podem fazer diagnóstico diferencial com a LER/DORT, entre elas as doenças difusas do tecido conjuntivo (Artrite Reumatoide, Lúpus Eritematoso Sistêmico, Esclerodermia Sistêmica, Miopatias Inflamatórias, Síndrome de Sjögren e Doença Mista do Tecido Conjuntivo), doenças articulares degenerativas, artropatias microcristalinas (gota e condrocalcinose) e fibromialgia.

Tanto a LER/DORT quanto a Fibromialgia são síndromes que acometem grande número de indivíduos e apresentam etiologia multifatorial, sendo, portanto, de grande complexidade diagnóstica. Em comum, os indivíduos diagnosticados

com essas duas síndromes apresentam dor e desconfortos em diferentes regiões corporais. Além da dor difusa, parecem ser também sintomas comuns os distúrbios do sono, ansiedade, depressão, fadiga, vertigem, dores de cabeça e síndrome do cólon irritável.

Apesar dos aspectos comuns, essas duas síndromes apresentam implicações legais, preventivas e terapêuticas bastante diferenciadas¹.

A Resolução INSS/ PRES de 16/12/2010 aprovou as Diretrizes de Apoio a Decisão Médico Pericial em Ortopedia e Traumatologia e em Clínica Médica Parte I, orientando a conduta médico pericial nos códigos de doenças possivelmente relacionados a LER/DORT e naqueles que fazem diagnóstico diferencial com esta condição.

Com base na importância das lesões por esforços repetitivos ou distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho como doenças causadoras de incapacidade laborativa esta pesquisa se propõe a apresentar um panorama da evolução dos benefícios auxílio-doença acidentário concedidos com os prováveis CIDS de LER/DORT (pré-estabelecidos nas tabelas 1 e 2) no período entre 2006 e 2014. Optou-se em considerar os CIDs relacionados aos membros superiores, por serem mais comumente associados a essa condição. Compararam-se, também, com a evolução, de benefícios auxílio-doença previdenciários concedidos com esses mesmos CIDS em igual período.

1. Metodologia

Para a consecução dos resultados apresentados neste estudo, foi analisada a concessão de benefícios por incapacidade temporária (auxílio-doença) de naturezas acidentária (B91) e previdenciária (B31), ou seja, relacionados a acidentes de trabalho e não relacionados, respectivamente, no período de 2006 a 2014.

Os números de concessão foram extraídos do Sistema Único de Benefícios – SUB através da ferramenta *QlikView*, cuja cessão para uso é garantida à Coordenação-Geral de Monitoramento dos Benefícios por Incapacidade – CGMBI do Ministério do Trabalho e Previdência Social no escopo de Acordo de

¹ Alencar JF, Coury HJCG, Oishi J. Aspectos relevantes no diagnóstico de DORT e fibromialgia. Revista Brasileira de Fisioterapia. 2009

Cooperação Técnica celebrado entre este órgão e o Ministério Público do Trabalho – MPT em janeiro de 2015.

Os dados sobre prestações foram analisados em dois grupos: um contendo o total de benefícios concedidos durante o período mencionado no país, e outro englobando apenas os afastamentos motivados por códigos de CID (Classificação Internacional de Doenças) possivelmente associados a LER/DORT, constantes dos capítulos VI – Doenças do Sistema Nervoso e XIII – Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo. Os agravos selecionados, considerando a possibilidade de o adoecimento estar relacionado à atividade profissional, foram: M65 Sinovite e Tenossinovite; M65.3 Dedo em Gatilho; M65.4 Tenossinovite Estiloide Radial; M65.8 Outras Sinovites e Tenossinovites; M65.9 Sinovite e Tenossinovite Não Especificadas; M70 Transtornos dos Tecidos Moles Relacionados com o Uso, o Uso Excessivo e a Pressão, de Origem Ocupacional; M70.0 Sinovite Crepitante Crônica da Mão e do Punho; M 70.1 Bursite da Mão; M70.2 Bursite do Olecrano; M70.3 Outras Bursites do Cotovelo; M 70.8 Outros Transtornos dos Tecidos Moles Relacionados com o Uso, o Uso Excessivo e a Pressão; M70.9 Transtorno Não Especificado dos Tecidos Moles Relacionados com o Uso, o Uso Excessivo e a Pressão; M72.0 Fibromatose de Fáscia Palmar; M75 Lesões do Ombro; M75.0 Capsulite Adesiva do Ombro; M75.1 Síndrome do Manguito Rotador; M75.2 Tendinite Bicipital; M75.3 Tendinite Calcificante do Ombro; M75.5 Bursite do Ombro; M75.8 Outras Lesões do Ombro; M75.9 Lesões do Ombro Não Especificadas; M77 Outras Entesopatias; M77.0 Epicondilite Medial; M77.1 Epicondilite Lateral; M79 Outros Transtornos Especificados dos Tecidos Moles Não Classificados em Outra Parte (inclui mialgia); G54.0 Transtorno do Plexo Braquial; G56 Mononeuropatias dos Membros Superiores; G56.0 Síndrome do Túnel do Carpo; G56.2 Lesões do Nervo Cubital; e G54 Transtornos das Raízes e dos Plexos Nervosos.

Os dados sobre vínculos para o período foram retirados do Cadastro Nacional de Informações Sociais, por meio do sistema DM_CNIS. A partir desses números, foi calculada a frequência relativa de concessão. Para a presente análise, é considerada como frequência relativa a estimativa de quantos empregados adoeceriam nos períodos avaliados dentro das variáveis apresentadas em cada tabela ou gráfico, a cada cem mil vínculos [$(n^\circ \text{ de benefícios}/n^\circ \text{ de vínculos}) * 100.000$].

2. A evolução da concessão de auxílio doença no Brasil.

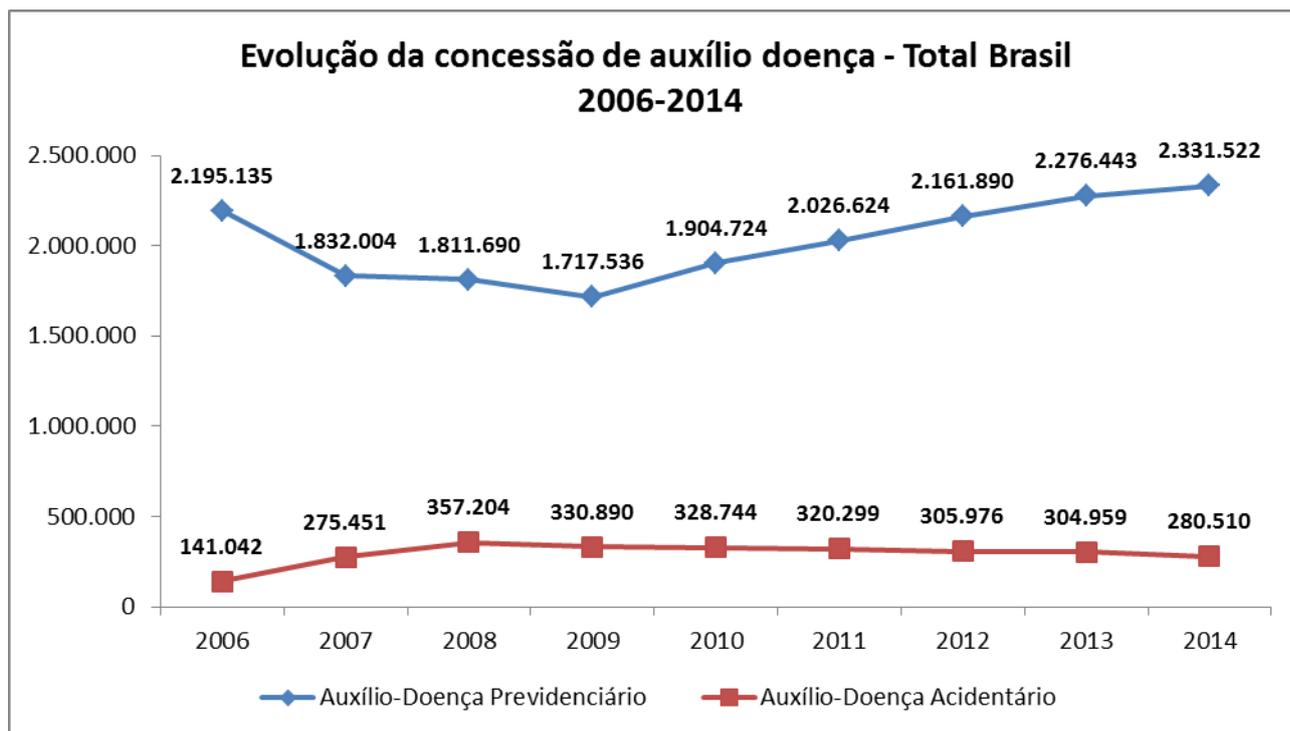
O auxílio-doença é um benefício por incapacidade devido ao segurado da política de previdência social, acometido por uma doença ou acidente que o torne temporariamente incapaz para o trabalho. Para ter acesso ao benefício, é necessário comprovar junto ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) a existência de doença que torne o cidadão temporariamente incapaz de exercer suas atividades profissionais; possuir o tempo mínimo de trabalho exigido (isento em casos de acidentes de trabalho ou doenças específicas); classificando-se em previdenciário (B31) ou acidentário (B91).

Para efeito deste estudo, elegemos o período temporal de 2006 a 2014. Esse recorte contempla a utilização do Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário pelas equipes de perícia médica do NSS e se estende até o ano de 2014, pois as informações referentes ao ano de 2015 que constam nos bancos de dados da previdência social ainda estão em processo de lançamento.

Analisando a concessão de auxílios-doença no Brasil, durante os anos de 2006 a 2014, constatamos uma queda na concessão de B31, entre os anos de 2006 a 2009, em detrimento ao crescimento da concessão de B91 no mesmo período. O cenário é invertido ao longo dos anos posteriores a 2009, com o acelerado crescimento das concessões de B31 e uma leve queda nas concessões de B91. (Gráfico 1)

Nota-se que, ao longo de todo o período em análise, há um aumento de cerca de 6% da concessão previdenciária, ao mesmo tempo em que as prestações por acidente de trabalho crescem quase 99%. Assim, nota-se que a velocidade de crescimento das duas espécies de benefício em análise é bastante discrepante, embora, evidentemente, os números absolutos da concessão previdenciária sejam muito maiores.

Gráfico 1



FONTE: Sistema Único de Benefícios – SUB; data da consulta: 11.03.2016.

2.1 Concessão de Auxílio Doença por possíveis causas associadas a LER/DORT.

As lesões por esforços repetitivos (LER) ou distúrbios osteomusculares relacionadas ao trabalho (DORT) são um conjunto de doenças que afetam músculos, tendões, nervos e vasos dos membros superiores (dedos, mãos, punhos, antebraços, braços, ombro, pescoço e coluna vertebral) e inferiores (joelho e tornozelo, principalmente) e que têm relação direta com as exigências das tarefas, ambientes físicos e com a organização do trabalho².

São decorrentes da utilização excessiva, imposta ao sistema musculoesquelético, e da falta de tempo para recuperação. Caracterizam-se pela ocorrência de vários sintomas concomitantes ou não, de aparecimento insidioso, geralmente nos membros superiores, tais como dor, parestesia, sensação de peso e fadiga³.

² Chiavegato Filho, L. G.; Pereira JR (2003). LER/DORT: multifatorialidade etiológica e modelos explicativos. Interface Comunicação., Saúde, Educação.

³ Dor Relacionada ao Trabalho Lesões por esforços repetitivos (LER). Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (Dort) – Ministério da Saúde – Brasília – DF 2012.

Na Classificação Internacional de Doenças – CID 10, publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que visa padronizar a codificação de doenças e outros problemas relacionados à saúde, a LER/DORT pode receber o código Z 57.9 - Exposição ocupacional a fator de risco não especificado. Entretanto, mais comumente os códigos de doenças enquadradas como LER/DORT se encontram no Capítulo XIII da CID 10 (Letra M) - Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo e, em alguns casos, no Capítulo VI (Letra G) – Doenças do Sistema Nervoso. Sendo estes, os mais usados pela

Quadro 1: Capítulo XIII da CID 10: Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo (Letra M)

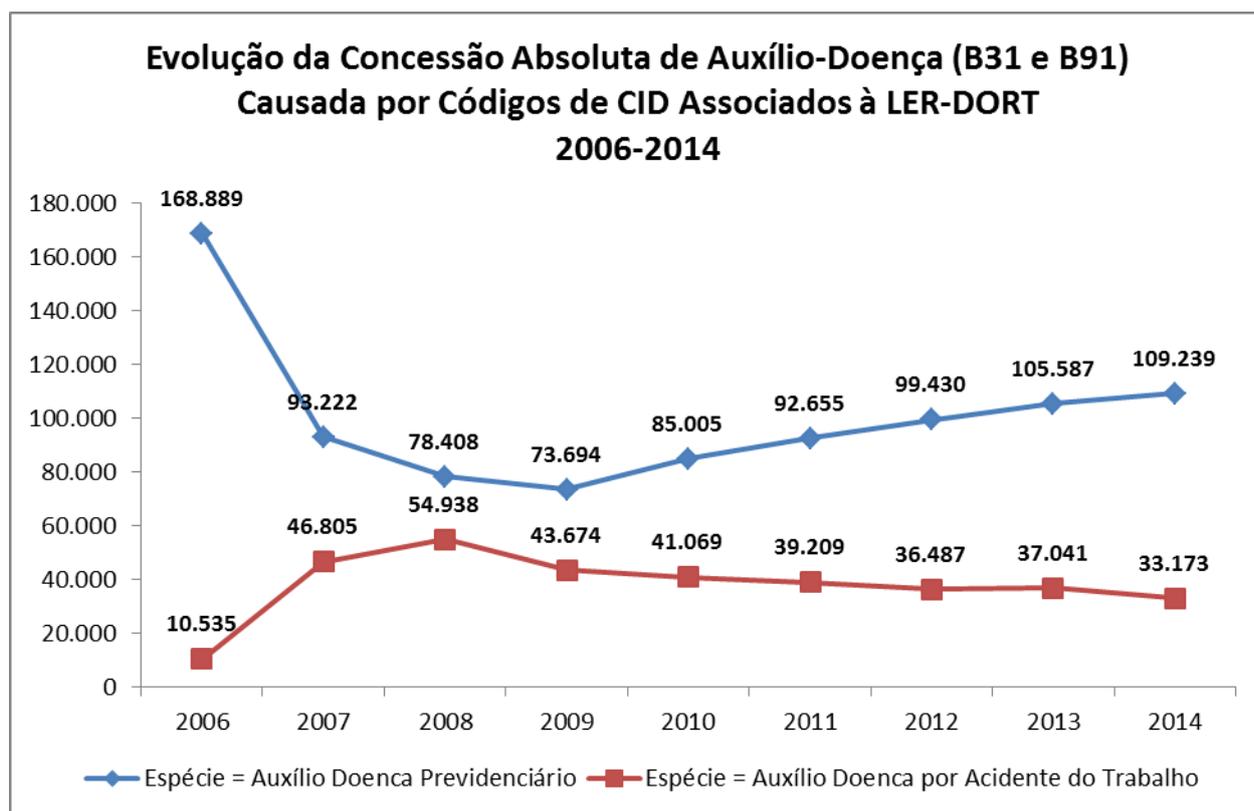
- ✓ Síndrome cervicobraquial (M53.1);
- ✓ Cervicalgia (M54.2);
- ✓ sinovites e tenossinovites (M65.);
- ✓ Dedo em gatilho (M65.3);
- ✓ Tenossinovite do estiloide radial (De Quervain) (M65.4);
Outras sinovites e tenossinovites (M65.8);
- ✓ Sinovites e tenossinovites não especificadas (M65.9);
- ✓ Transtornos dos tecidos moles relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão, de origem ocupacional (M70.);
- ✓ sinovite crepitante crônica da mão e do punho (M70.0);
- ✓ Bursite da mão (M70.1);
- ✓ Bursite do olecrano (M70.2);
- ✓ Outras bursites do cotovelo (M70.3);
- ✓ Outros transtornos dos tecidos moles relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão (M70.8);
- ✓ Transtorno não especificado dos tecidos moles relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão (M70.9);
- ✓ Fibromatose da fáscia palmar: contratura ou moléstia de Dupuytren (M72.0);
- ✓ Lesões do ombro (M75.);
- ✓ Capsulite adesiva do ombro (ombro congelado, periartrose do ombro) (M75.0)
- ✓ Síndrome do manguito rotador ou síndrome do supra espinhoso (M75.1);
- ✓ Tendinite bicipital (M75.2);
- ✓ Tendinite calcificante do ombro (M75.3);
- ✓ Bursite do ombro (M75.5);
- ✓ Outras lesões do ombro (M75.8);
- ✓ Lesões do ombro não especificadas (M75.9);
- ✓ Outras entesopatias (M77.);
- ✓ epicondilite medial (M77.0);
- ✓ epicondilite lateral (cotovelo do tenista) (M77.1);
- ✓ Outros transtornos especificados dos tecidos moles não classificados em outra parte (inclui mialgia) (M79.).

O Gráfico 2 ilustra o desenvolvimento da concessão absoluta do auxílio-doença acidentário e previdenciário cuja causa esteja associada aos códigos de CID que, neste estudo, são considerados passíveis de classificação como LER/DORT, entre os anos de 2006 e 2014. Os códigos da CID referidos são informados na descrição da metodologia do estudo.

Entre os anos avaliados, diferente do que ocorre com a concessão total (gráfico 1), a concessão do benefício acidentário para os códigos da CID passíveis de associação com LER/DORT, sofre queda da ordem de 35%, indo de 168.889 para 109.239.

Já os benefícios acidentários sofreram aumento considerável na concessão, de quase 215%. A frequência absoluta de prestação foi de 10.535 benefícios para 33.173.

Gráfico 2



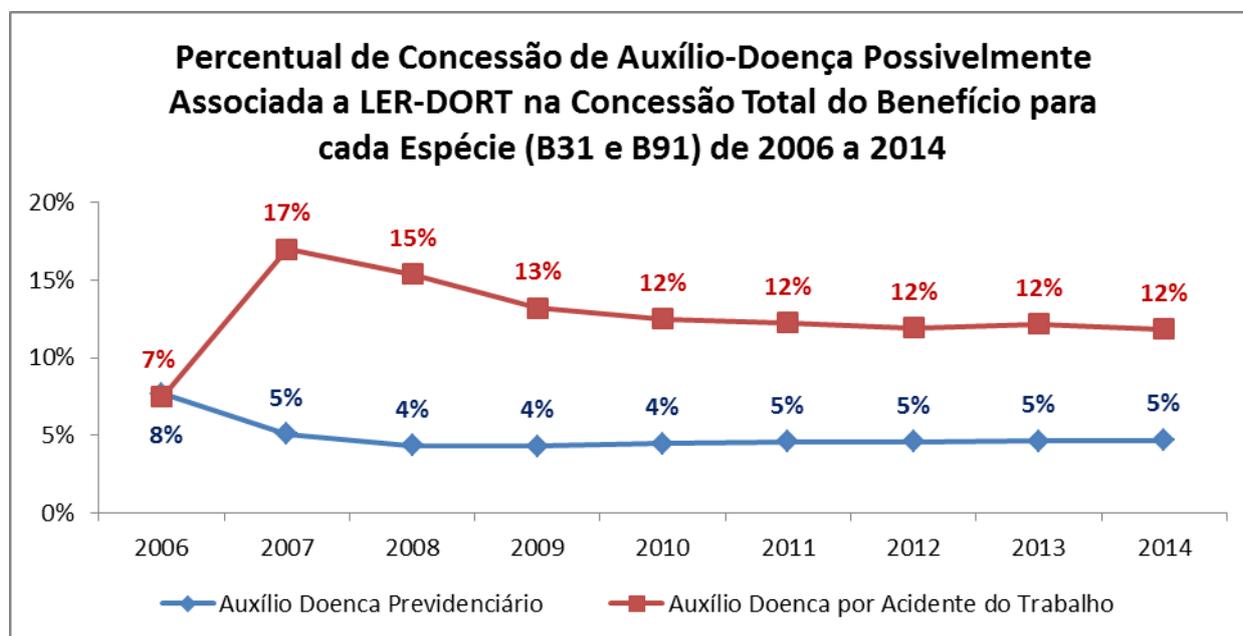
O gráfico 3 mostra quanto os agravos passíveis de caracterização como LER/DORT representaram na concessão total do auxílio-doença previdenciário ou acidentário anualmente. Os dados mostram que houve uma queda de 3% na

concessão de B31 entre 2006 e 2007. Nos três anos seguintes a concessão se manteve em 4% / ano. A partir de 2011, a concessão de B31 registrada foi de 5% /ano. (Gráfico 3)

Em se tratando da concessão de auxílio doença acidentário, as alterações são mais relevantes, acompanhando a lógica da evolução da concessão geral de auxílios doença (B31+ B91). A quantidade de acesso ao B91 baseada por códigos da CID relacionados a possíveis casos de LER/DOR cresceu 10% de 2006 a 2007. Entre 2007 e 2009 houve um recuo de 2% por ano nas concessões, alcançando uma estabilidade a partir de 2010, equivalendo a 12% / ano das concessões de B91. (Gráfico 3)

É pertinente considerar que a o aumento relevante na concessão do benefício acidentário para os transtornos em análise neste estudo entre 2006 e 2007, assim como a simultânea redução na prestação previdenciária, guardem relação com a publicação da Lei nº. 11.430 de 2006, que instituiu a utilização do Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário – NTEP para relacionar adoecimento e trabalho quando da concessão do benefício.

Gráfico 3



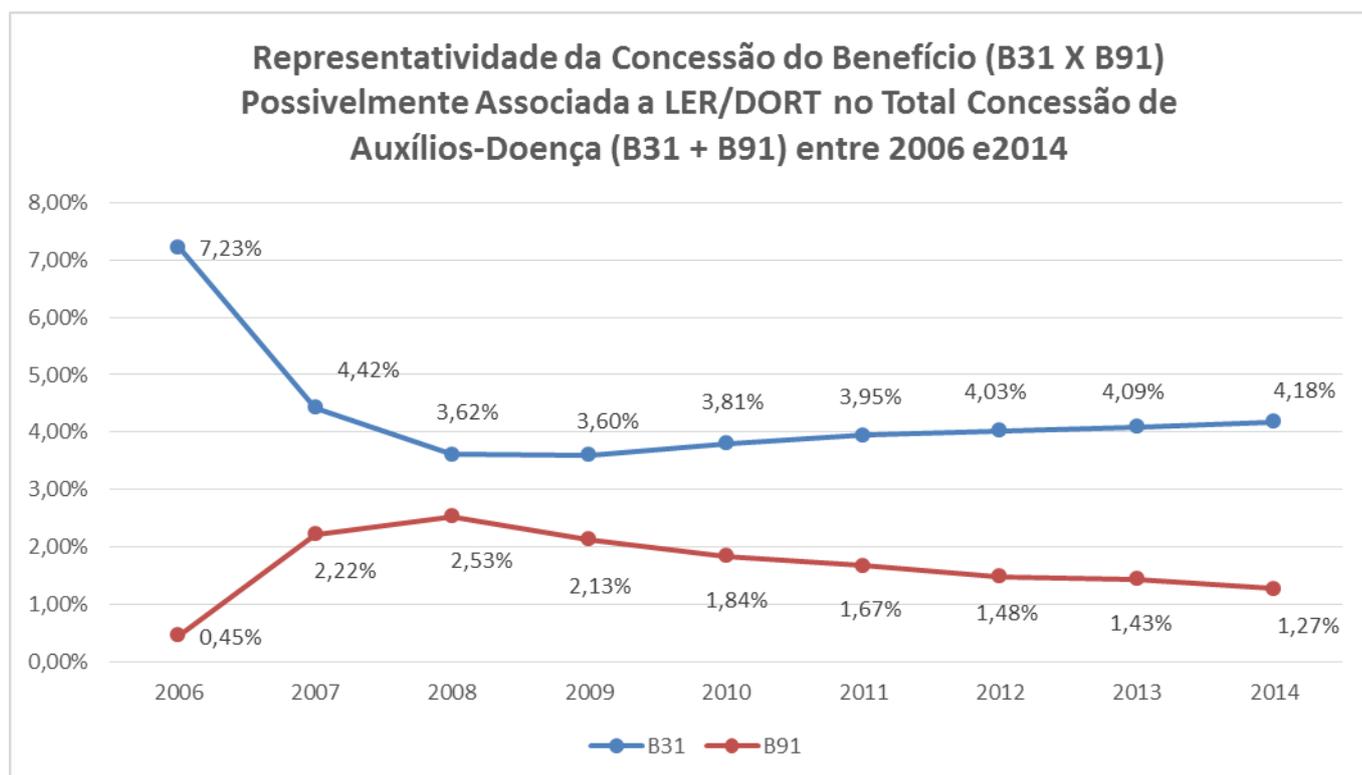
FONTE: Sistema Único de Benefícios – SUB; data da consulta: 11.03.2016

A relação de concessão de benefícios B31 e B91 comparada ao total de auxílios-doença concedidos no período em estudo gerou um gráfico com variabilidade constante nos resultados referentes ao período temporal em questão (Gráfico 4).

De 2006 a 2009, houve uma queda nos registros de B31. Em 2006, os auxílios doenças previdenciários correspondiam a 7,23% do total de auxílio doença concedidos, caindo para 4,42% em 2007, 3,62% em 2008, atingindo 3,60% do total de auxílio doença em 2009. A partir de 2010 há um aumento nessa porcentagem, que varia de 3,81% a 4,18%. (Gráfico 4)

Já com o a B91 acontece o inverso. Entre os anos de 2006 e 2008 ocorreu um crescimento considerado das concessões de auxílios doença acidentário, passando a corresponder de 0,45% a 2,53% das concessões totais de auxílios doenças. O movimento pós 2008 é de constante declínio, chegando ao registro de 1,27% da concessão geral de auxílios doença no período em estudo. (Gráfico 4)

Gráfico 4



Fonte: Sistema Único de Benefícios – SUB; data da consulta: 11.03.2016

A tabela 2 traz informações sobre a concessão absoluta de auxílio-doença associada a causas passíveis de caracterização como LER/DORT. No quadro são listadas apenas os 10 códigos de CID que mais justificaram registros entre 2006 e 2014.

A última coluna da tabela demonstra a representatividade percentual de cada código CID listado na concessão previdenciária. Juntos, os agravos relacionados respondem por quase 88% da concessão média no período para os 30 códigos de agravos em análise no estudo, listados na descrição da metodologia.

Lesões do ombro; sinovite e tenossinovite; e síndrome do túnel do carpo respondem por mais de 60% da concessão média anual nos 09 anos analisados.

Tabela 2

Frequência de Concessão Absoluta de Auxílio-Doença Previdenciário (B31) por Códigos CID Passíveis de Associação com LER/DORT de 2006-2014											
CID	Ano concessão										Repre- tatividade do CID na LER- DORT
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Média Anual	
M75 Lesoes do Ombro	28.827	17.949	16.103	15.328	18.418	20.351	22.955	24.729	26.110	21.197	21,1%
M65 Sinovite e Tenossinovite	45.165	21.372	16.007	13.675	14.060	14.686	14.398	14.030	13.845	18.582	18,5%
G56.0 Sindr do Tunel do Carpo	15.381	9.424	9.048	8.792	10.322	11.888	13.050	14.457	14.868	11.914	11,8%
M75.1 Sindr do Manguito Rotador	10.758	6.549	6.564	6.906	8.924	10.435	12.277	14.264	15.256	10.215	10,1%
G56 Mononeuropatias dos Membros Super	8.145	4.983	4.831	4.643	5.449	5.819	6.239	5.995	6.367	5.830	5,8%
M65.9 Sinovite e Tenossinovite Ne	11.535	5.829	4.454	4.060	4.432	5.058	5.224	5.317	5.478	5.710	5,7%
M75.5 Bursite do Ombro	8.309	4.563	3.361	3.186	3.686	3.988	3.996	4.204	4.068	4.373	4,3%
M65.8 Outr Sinovites e Tenossinovites	8.657	4.226	3.133	2.983	3.283	3.458	3.674	3.729	3.979	4.125	4,1%
M77.1 Epicondilite Lateral	6.068	3.440	2.813	3.113	3.697	4.067	4.172	4.587	4.425	4.042	4,0%
M79 Outr Transt dos Tec Moles Ncop	5.005	3.247	2.282	1.722	1.975	1.931	2.031	2.185	2.295	2.519	2,5%

FONTE: Sistema Único de Benefícios – SUB; data da consulta: 11.03.2016

Informações sobre a concessão absoluta de auxílio-doença acidentário referente ao período em estudo estão detalhadas na tabela 3, com destaque para os dez códigos da CID associados a LER/DORT mais registrados nos diagnósticos dos segurados que acessaram os serviços do INSS. A última coluna da esquerda corresponde ao percentual por código da CID, com referência ao total de B91 concedidos nesses 09 anos.

Os agravos listados estão associados a quase 90% da concessão para os 30 códigos de CID em análise no presente estudo, passíveis de associação com LER/DORT.

Lesões do ombro; sinovite e tenossinovite; e a síndrome do manguito rotador, de acordo com os dados, causaram 50% dos afastamentos associados à prestação listada.

Tabela 3

Frequência de Concessão Absoluta de Auxílio-Doença Acidentário (B91) por Códigos CID Passíveis de Associação com LER/DORT de 2006-2014											
CID	Ano concessão										Representatividade do CID na LER-DORT
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Média Anual	
M75 Lesões do Ombro	1.461	8.273	10.609	8.819	8.563	8.454	8.211	8.586	7.890	7.874	20,7%
M65 Sinovite e Tenossinovite	2.572	11.193	12.028	8.589	7.661	6.537	5.626	4.937	4.063	7.023	18,4%
M75.1 Síndr do Manguito Rotador	669	3.414	4.654	4.293	4.339	4.769	4.679	5.409	5.187	4.157	10,9%
G56.0 Síndr do Túnel do Carpo	1.011	4.385	5.413	4.379	4.034	3.835	3.777	3.987	3.626	3.827	10,0%
M65.9 Sinovite e Tenossinovite Ne	1.029	3.524	3.776	2.923	2.703	2.698	2.434	2.334	2.148	2.619	6,9%
M77.1 Epicondilite Lateral	372	2.336	2.974	2.337	2.380	2.342	2.122	2.018	1.846	2.081	5,5%
M65.8 Outr Sinovites e Tenossinovites	956	2.851	2.970	2.292	2.087	1.804	1.685	1.689	1.442	1.975	5,2%
M75.5 Bursite do Ombro	436	2.242	2.717	2.159	2.046	2.039	1.817	2.010	1.690	1.906	5,0%
G56 Mononeuropatias dos Membros Super	462	2.192	2.597	2.111	1.936	1.847	1.649	1.607	1.458	1.762	4,6%
M65.4 Tenossinovite Estiloide Radial	259	1.240	1.471	1.241	1.012	981	880	837	765	965	2,5%

A tabela 4 apresenta a média anual de vínculos de emprego registrados no Cadastro Nacional de Informações Sociais (CNIS) de 2006 a 2014.

A partir dos dados constantes da tabela a seguir foi possível calcular a razão entre a concessão de benefícios vinculada a determinados códigos de CID e a quantidade média de empregados no período, isto é, a frequência relativa de concessão, que será vista mais adiante neste estudo.

Tabela 4

Média Anual de Vínculos de Emprego Registrados								
2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
27.574.929	29.986.407	32.890.603	33.896.431	36.784.540	39.527.166	41.936.780	41.879.581	43.992.570

Fonte: Cadastro Nacional de Informações Sociais – DM_CNIS; data da consulta: 16.03.2016.

O Gráfico 5 apresenta a curva da evolução da média anual dos vínculos de emprego registrados entre 2006 e 2014 no país, comparada à curva da concessão anual de auxílios-doença (B31+B91).

No decorrer dos 09 anos, o número de concessão do benefício por incapacidade temporária cresceu moderadamente, 2.336.177 para 2.612.032. Nesse sentido, nota-se que a linha referente aos benefícios se mantém constante no gráfico.

Por outro lado, a média anual de vínculos teve crescimento de cerca de 59% no período, indo de 27.574.929 registros em 2006 para 43.992.570, em 2014. Este desenvolvimento é ilustrado pelo gráfico.

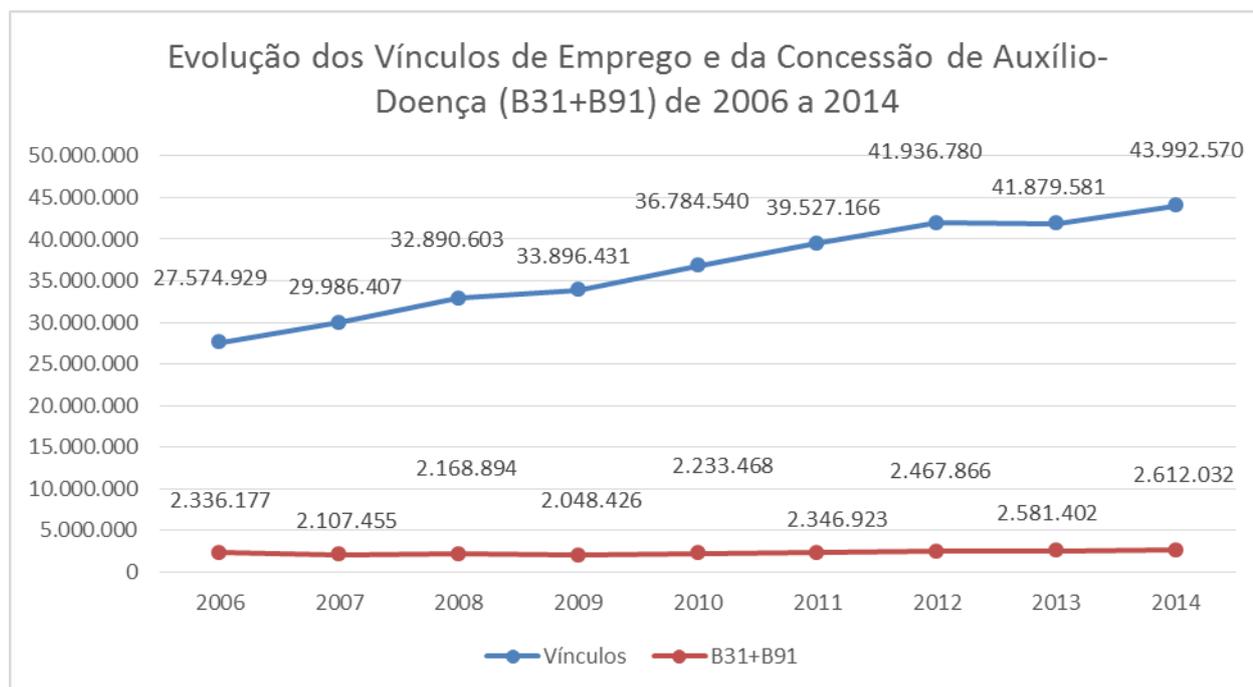
Esta diferença entre os movimentos de evolução dos vínculos e da concessão pode demonstrar um desenvolvimento positivo da concessão de auxílio-doença. Isto é, o fato de a prestação de auxílio-doença estar crescendo a uma velocidade consideravelmente inferior aos vínculos de emprego registrados no país (12% de evolução contra 59%, respectivamente) parece indicar uma redução real do número de afastamentos por incapacidade temporária no Brasil, no período em estudo.

O Gráfico 6 apresenta a mesma análise do anterior. Considera, contudo a concessão para os códigos de CID associados a LER/DORT neste estudo, de acordo com a metodologia.

Nota-se que a concessão de auxílios-doença (B31 + B91) para o grupo específico de agravos sofreu queda de cerca de 20,5% nos 09 anos que compõem a janela em análise.

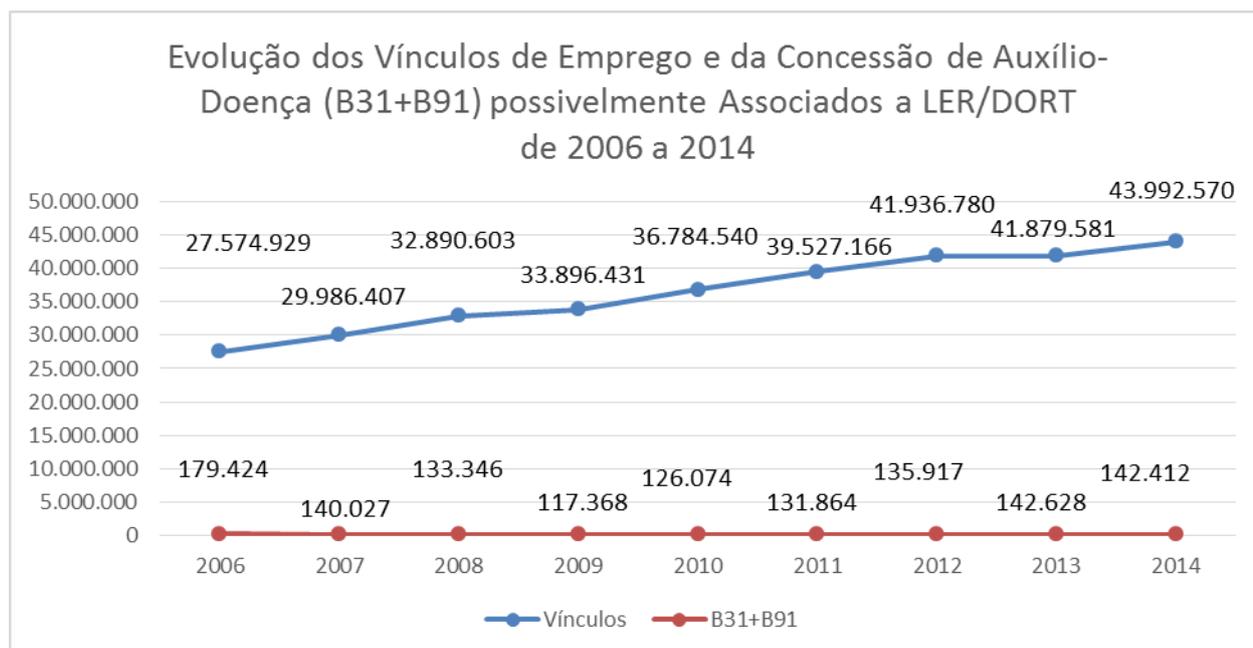
Neste caso, a comparação com a evolução dos vínculos resultará em queda ainda mais acentuada na frequência relativa de concessão, já que houve aumento nos registros de emprego e redução nas prestações de benefícios.

Gráfico 5



FONTE: Sistema Único de Benefícios – SUB; data da consulta: 11.03.2016 e Cadastro Nacional de Informações Sociais – DM_CNIS; data da consulta: 16.03.2016.

Gráfico 6



FONTE: Sistema Único de Benefícios – SUB; data da consulta: 11.03.2016 e Cadastro Nacional de Informações Sociais – DM_CNIS; data da consulta: 16.03.2016.

O quadro a seguir (tabela 5) apresenta a frequência de concessão, relacionada ao número médio de vínculos empregatícios no período, por código de CID. Dentro dos 30 agravos analisados neste estudo, conforme descrito na metodologia, os 10 transtornos que mais ensejaram concessão de auxílio doença previdenciário no período de 2006 e 2014 são listados abaixo, em ordem decrescente.

Importante ressaltar que, ao multiplicar a relação entre a frequência anual absoluta de concessão de benefícios e o número médio anual de vínculos por 100.000, o estudo demonstra a frequência de afastamentos pelas causas listadas por período a cada 100.000 empregados.

Somados, os 10 códigos de CID apresentados respondem por quase 88% do adoecimento em estudo neste boletim.

Lesões do ombro; sinovite e tenossinovite; e síndrome do túnel do carpo causaram 51.5% dos afastamentos analisados, considerando a seleção de 30 códigos de CID avaliada no estudo.

Tabela 5

Frequência de Concessão Relativa de Auxílio-Doença Previdenciário por Códigos CID Passíveis de Associação com LER/DORT = (Conc. B31/Méd. Vinc.) *100.000 de 2006-2014												
CID	Ano concessão										Média Anual	Representatividade do CID na LER-DORT
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014			
M75 Lesões do Ombro	104,54	59,86	48,96	45,22	50,07	51,49	54,74	59,05	59,35	59,25	20,7%	
M65 Sinovite e Tenossinovite	163,79	71,27	48,67	40,34	38,22	37,15	34,33	33,50	31,47	55,42	19,3%	
G56.0 Sindr do Tunel do Carpo	55,78	31,43	27,51	25,94	28,06	30,08	31,12	34,52	33,80	33,14	11,5%	
M75.1 Sindr do Manguito Rotador	39,01	21,84	19,96	20,37	24,26	26,40	29,28	34,06	34,68	27,76	9,7%	
M65.9 Sinovite e Tenossinovite Ne	41,83	19,44	13,54	11,98	12,05	12,80	12,46	12,70	12,45	16,58	5,8%	
G56 Mononeuropatias dos Membros Super	29,54	16,62	14,69	13,70	14,81	14,72	14,88	14,31	14,47	16,42	5,7%	
M75.5 Bursite do Ombro	30,13	15,22	10,22	9,40	10,02	10,09	9,53	10,04	9,25	12,65	4,4%	
M65.8 Outr Sinovites e Tenossinovites	31,39	14,09	9,53	8,80	8,92	8,75	8,76	8,90	9,04	12,02	4,2%	
M77.1 Epicondilite Lateral	22,01	11,47	8,55	9,18	10,05	10,29	9,95	10,95	10,06	11,39	4,0%	
M79 Outr Transt dos Tec Moles Ncop	18,15	10,83	6,94	5,08	5,37	4,89	4,84	5,22	5,22	7,39	2,6%	

FONTE: Sistema Único de Benefícios – SUB; data da consulta: 11.03.2016 e Cadastro Nacional de Informações Sociais; DM_CNIS; data da consulta: 16.03.2016.

A tabela 6 apresenta a frequência relativa de concessão do auxílio-doença por acidente de trabalho entre 2006 e 2014 para os 10 grupos de CID que mais causaram afastamentos temporários, dentre aqueles analisados neste estudo.

Os 10 códigos de CID listados foram responsáveis por mais de 89% da concessão para os 30 códigos que compõem o universo do estudo.

As lesões no ombro; as sinovites e tenossinovites; e a síndrome do manguito rotador responderam por quase 50% da concessão relativa acidentária em estudo.

Tabela 6

Frequência de Concessão Relativa de Auxílio-Doença Acidentário por Códigos CID Passíveis de Associação com LER/DORT = (Conc. B91/Méd. Vinc.) *100.000 de 2006-2014											
CID	Ano Concessão										Representatividade do CID na LER-DORT
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Média Anual	
M75 Lesões do Ombro	5,30	27,59	32,26	26,02	23,28	21,39	19,58	20,50	17,93	21,54	20,4%
M65 Sinovite e Tenossinovite	9,33	37,33	36,57	25,34	20,83	16,54	13,42	11,79	9,24	20,04	18,9%
M75.1 Síndr do Manguito Rotador	2,43	11,39	14,15	12,67	11,80	12,07	11,16	12,92	11,79	11,15	10,5%
G56.0 Síndr do Túnel do Carpo	3,67	14,62	16,46	12,92	10,97	9,70	9,01	9,52	8,24	10,57	10,0%
M65.9 Sinovite e Tenossinovite Ne	3,73	11,75	11,48	8,62	7,35	6,83	5,80	5,57	4,88	7,34	6,9%
M77.1 Epicondilite Lateral	1,35	7,79	9,04	6,89	6,47	5,93	5,06	4,82	4,20	5,73	5,4%
M65.8 Outr Sinovites e Tenossinovites	3,47	9,51	9,03	6,76	5,67	4,56	4,02	4,03	3,28	5,59	5,3%
M75.5 Bursite do Ombro	1,58	7,48	8,26	6,37	5,56	5,16	4,33	4,80	3,84	5,26	5,0%
G56 Mononeuropatias dos Membros Super	1,68	7,31	7,90	6,23	5,26	4,67	3,93	3,84	3,31	4,90	4,6%
M65.4 Tenossinovite Estilóide Radial	0,94	4,14	4,47	3,66	2,75	2,48	2,10	2,00	1,74	2,70	2,6%

FONTE: Sistema Único de Benefícios – SUB; data da consulta: 11.03.2016 e Cadastro Nacional de Informações Sociais – DM_CNIS; data da consulta: 16.03.2016.

Ante a análise todas as tabelas de concessão por Código de CID apresentadas no estudo (frequência absoluta ou relativa, de B31 ou B91), cabe ressaltar que as lesões no ombro; a sinovite e tenossinovite; a síndrome do manguito rotador; e a síndrome do túnel do carpo, não necessariamente nesta ordem, figuram como as principais causas de afastamento temporário dentre os códigos de CID classificados para este estudo como passíveis de associação com LER/DORT, detalhados na metodologia da análise.

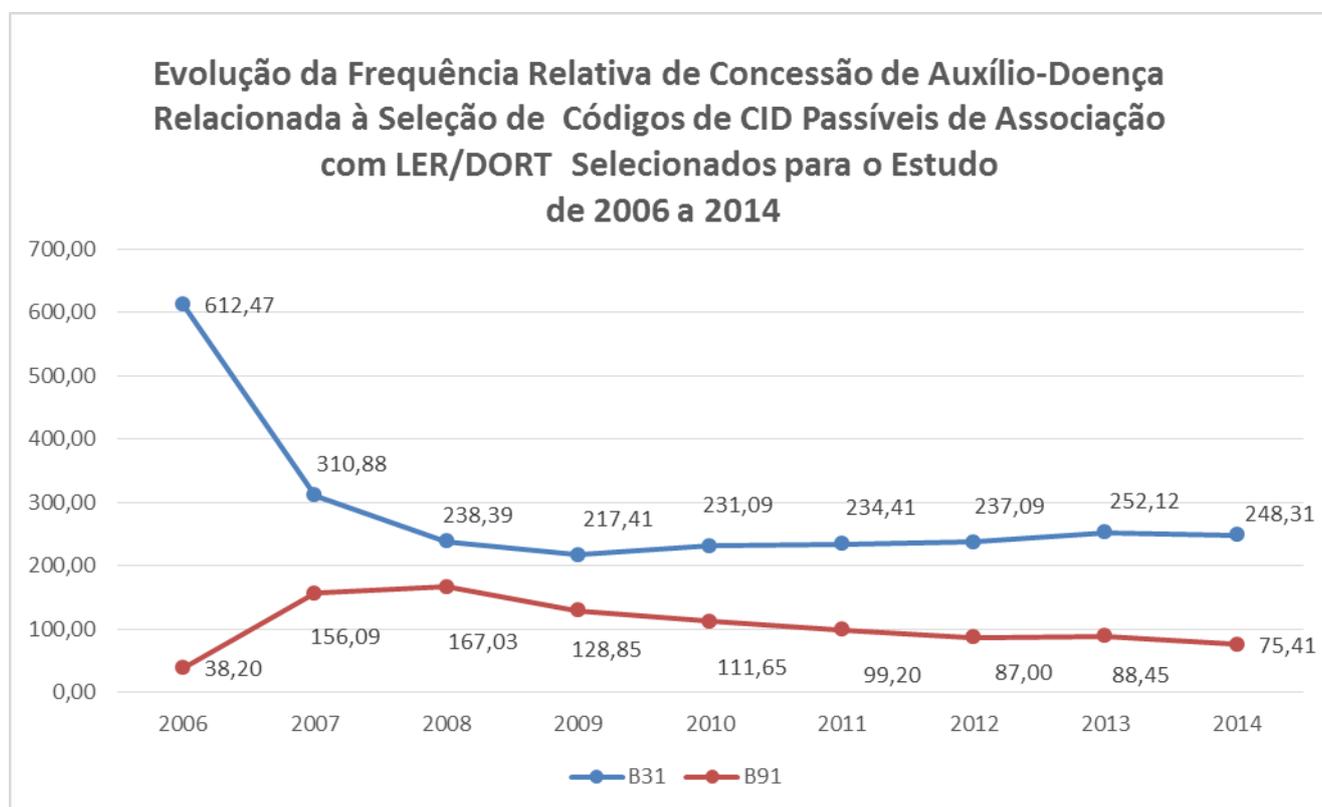
O Gráfico 7 ilustra a evolução da frequência relativa de concessão de auxílio-doença previdenciário e acidentário entre 2006 e 2014 associada aos agravos selecionados para o desenvolvimento deste estudo.

Verifica-se, quando analisado o desenvolvimento das prestações previdenciárias, que há redução nos números ao longo do período, assim como para a

concessão absoluta (Gráfico 2). Contudo, a queda se acentua na frequência relativa, uma vez que houve aumento expressivo do número de vínculos, como visto (cerca de 59% entre 2006 e 2014).

A frequência de concessão relativa por acidente de trabalho relacionada ao grupo de códigos de CID mencionados, assim como a absoluta (Gráfico2), apresenta movimento crescente no período, partindo de 38 benefícios a cada 100.000 vínculos em 2006, para 75 em 2014. Assim, é verificado um aumento de 97% nas prestações ao longo do período.

Gráfico 7



FONTE: Sistema Único de Benefícios – SUB; data da consulta: 11.03.2016 e Cadastro Nacional de Informações Sociais – DM_CNIS; data da consulta: 16.03.2016.