

26. DIREITO TRABALHISTA: Benefícios Fiscais, Previdenciários em Indivíduos portadores de cardiopatias graves, legislação de infortúnica e saúde no trabalho.

Igor Borges de Abrantes Junior

Sergio Augusto Villar Pinto

26.1 - Benefícios Fiscais, Previdenciários em Indivíduos portadores de cardiopatias graves.

I. INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte no Brasil e no Estado do Rio de Janeiro, com 30% do total de óbitos, sendo a segunda causa de morte prematura e incapacitação.¹

Nos Estados Unidos essas doenças são descritas a partir de 1960, como as principais causas de mortalidade. De 1965 a 1988, as publicações americanas mostraram um declínio progressivo dessa mortalidade, o mesmo acontecendo com os países europeus. Essas informações constam de trabalho recente,² em que a autora, ainda refere, que no período de 1985 a 1991, houve um declínio anual médio de 2,9% para as doenças cerebrovasculares no Estado do Rio de Janeiro, o mesmo acontecendo, e com maior relevância, em relação às doenças isquêmicas do coração, a partir de 1990.

Sendo as doenças cardiovasculares as principais causas de morbidade e mortalidade no País e no Estado do Rio de Janeiro, é importante que se tenha uma diretriz que permita fazer um diagnóstico correto no menor prazo de tempo; além de estabelecer o diagnóstico, cumpre avaliar a gravidade da doença, o tratamento a ser realizado e sua duração, além do prognóstico. Não é suficiente identificar a etiologia; é necessário que se leve em consideração o início dos sintomas, a idade, a atividade profissional do indivíduo, suas condições sociais e tudo que possa orientar o tratamento e, conseqüentemente, o prognóstico da doença. São importantes considerar as doenças associadas. Uma cardiopatia no diabético, no portador de nefropatia, em presença de uma anemia grave, da tireotoxicose ou mixedema, torna-se muito mais grave do que isolada. A presença de uma cardiopatia congênita no adulto ou a presença de um prolapso da válvula mitral com degeneração mixomatosa poderão num futuro necessitar de uma cirurgia, interferindo no curso da doença. Uma lesão valvular mitral, mesmo leve, pode ser gravemente complicada pela presença de uma endocardite infecciosa.

Em um Fórum recente sobre redução dos índices de letalidade por doenças isquêmicas do coração, tivemos oportunidade de considerar alguns dos fatores que intervêm no agravamento das doenças cardiovasculares, tais como, a falta de informação sobre prevenção primária e secundária, o longo tempo de espera entre os sintomas clínicos e o atendimento

¹ Souza e Silva NA. Análise Crítica das Taxas de Letalidade hospitalar por Doenças Isquêmicas Cardíacas: Como tentar reduzi-las? Colóquio. Mortalidade Hospitalar no Infarto Agudo do Miocárdio e nos Procedimentos de Alta Complexidade Relacionados à Doença Coronariana no Estado do Rio de Janeiro. 21º congresso de Cardiologia da SOCERJ; 17.06.2004;Supl. nº1: 27-31

² Oliveira GM, Klein CH, Souza e Silva NA. Mortalidade por Doenças Isquêmicas do Coração, Doenças Cerebrovasculares e Causas Mal Definidas nas Regiões de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, no Período de 1980 a 2000. Revista da SOCERJ.2005;18 (1):13-22

especializado, além da falta das condições básicas de moradia, de alimentação e higiene, todos fatores importantes para uma assistência eficiente.³

De acordo com o que está previsto na Constituição Federal, na legislação trabalhista e previdenciária, além dos benefícios e vantagens fiscais de qualquer ordem relacionados às cardiopatias graves, é necessário que um laudo pericial não deixe dúvidas que prejudiquem o doente, privando-os dos benefícios da lei.

As Sociedades Regionais de Cardiologia têm-se dedicado à discussão do problema; a Sociedade Brasileira de Cardiologia realizou um consenso⁴ com 46 cardiologistas representantes de todo o Brasil; pode ser considerado uma boa diretriz, para que os médicos especialistas orientem seus pacientes, preparando atestados médicos e laudos periciais consistentes.

Muitas vezes, a falta de informação permite o agravamento de uma doença, que poderia ser tratada convenientemente. Devemos ainda considerar, as dificuldades da população carente, que espera um longo tempo para ter seu diagnóstico estabelecido e aguarda em filas de espera as angioplastias, valvuloplastias e cirurgias cardíacas; soma-se ao fato, o custo dos medicamentos mais modernos e eficientes, fora do alcance da população carente. Essas afirmativas são corroboradas pela experiência que tivemos, quando controlávamos os procedimentos de alta complexidade no SUS, onde chegamos a avaliar mais de 50.000 pacientes.

Uma doença como a hipertensão arterial pode ter evolução lenta, sem que o indivíduo apresente qualquer sintoma, podendo ser surpreendido com uma complicação aguda, como infarto do miocárdio ou acidente cerebrovascular.

Numa pesquisa realizada em 1980, com a população do Rio de Janeiro, em que foram examinadas 10.602 pessoas, sendo 3932 do sexo masculino e 6670 do sexo feminino, a presença de hipertensão arterial foi constatada em 17,59% dos indivíduos.⁵

Em recente publicação, Souza apresentou os resultados de um estudo, em que foram examinados 559 de 610 motoristas de ônibus, do sexo masculino, verificando uma prevalência de Hipertensão arterial sistêmica de 20,8%; considerou ser a seleção para o trabalho influenciada pelo diagnóstico de hipertensão arterial, inferindo que esse diagnóstico, também, influenciou a aposentadoria precoce ou demissão do trabalho. Concluiu ser o afastamento desses indivíduos, pela possibilidade de causarem aumento de risco para passageiros ou pedestres, sem suporte na literatura especializada.⁶

Muitas vezes, o indivíduo não tem a mínima idéia da gravidade de sua doença; ao ser examinado clinicamente e submetido aos exames complementares, podem surgir doenças cardíacas de extrema gravidade. Trabalhadores que fazem grandes esforços físicos, ou aqueles que trabalham sob stress, podem desenvolver e/ou agravar doenças preexistentes. Pode um trabalhador apresentar uma lesão de tronco de artéria coronária esquerda, aneurismas de aorta e aneurismas ventriculares, obstruções de carótidas etc. Evidentemente estarão sob grande risco de morte súbita. Nem sempre as doenças se manifestam com sintomas alarmantes; uma isquemia miocárdica que habitualmente se manifesta com angina de peito, pode cursar de maneira silenciosa sendo diagnosticada apenas pela eletrocardiografia dinâmica (Holter); um

³Campos LA, Abrantes IB. O papel e a importância das Instituições suprapartidárias (SOCERJ-RioCor) na redução dos índices de letalidade por doenças isquêmicas do coração no Estado do Rio de Janeiro. Colóquio.Letalidade Hospitalar no Infarto Agudo do Miocárdio E Nos Procedimentos De Alta Complexidade Relacionados à Doença Coronariana No Estado Do Rio De Janeiro. 21º congresso de cardiologia da SOCERJ; 17.06.2004;Supl. nº1:3-4

⁴ Sociedade Brasileira de Cardiologia. Consenso Nacional Sobre Cardiopatia Grave. Arquivos Brasileiro de Cardiologia, 1993; 61:2-4.

⁵ 5. Abrantes IB – Instituto Estadual de Cardiologia Aloísio de Castro. In Albanesi Filho FM. 50 Anos de História da Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro, 1ª ed. Rio de Janeiro; SOCERJ, 2005:94.

⁶ Souza NRM, Souza e Silva NA. Exames Admissionais e Aposentadorias Precoces em Motoristas de Ônibus: Influência da hipertensão arterial. Revista da SOCERJ. 2005; 18(2): 154-159.

trabalhador pode ser portador de uma cardiomiopatia hipertrófica sem apresentar sintomas; doença com alto índice de morte súbita.

As cardiopatias que pretendemos discutir no presente capítulo são aquelas que pela incidência e características especiais podem incapacitar o doente; muitas são agudas, de evolução rápida podendo levar à morte, mas na maioria das vezes se cronificam, nem sempre, podendo ser rotuladas como cardiopatia grave. A cardiopatia crônica passa a ser considerada grave, se limita progressivamente a capacidade física e laborativa do doente, apesar de um tratamento adequado; tem prognóstico reservado, enquadrando-se em classes III e IV, de acordo com os critérios estabelecidos pela New York Heart Association (NYHA).

II. A CLÍNICA

1 – DOENÇAS ISQUÊMICAS DO CORAÇÃO (DIC) – No período de 1999 a 2003, o SUS gastou 191 milhões de dólares com internações de todas as causas no Rio de Janeiro; nesse período, o gasto com as doenças isquêmicas do coração correspondeu a 4,6% desse total.⁷ Devemos considerar serem as DIC extremamente dispendiosas do ponto de vista de diagnóstico e tratamento; exames complementares repetidos, tais como Eletrocardiogramas, Testes ergométricos, Holter, MAPA, Cintilografia miocárdica, Ecocardiografia transtorácica, transesofágico e de stress; Radiografia torácica, Ressonância nuclear magnética, Cineangiografiografia e ventriculografia; angioplastias coronárias com implantação de stents, hoje mais dispendiosos, pois, os stents farmacológicos vieram substituir os mais antigos, num custo 5 vezes maior. Todo esse conjunto de exames e de procedimentos invasivos, culminando com a cirurgia cardíaca, constitui investimento de milhões de reais. Não devemos esquecer que, além do investimento para diagnóstico e tratamento, existem os gastos previdenciários com licenças e aposentadorias e os demais benefícios, que acompanham as cardiopatias graves como, por exemplo, a isenção de imposto de renda.

Na sistematização das DIC, usamos a Décima Revisão da Classificação estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10).

As Doenças Isquêmicas do Coração estão classificadas de I20 a I25.

I20 – Angina pectoris e suas modalidades: Angina instável (I20. 0), Angina pectoris com espasmo documentado (I20. 1), Outras formas de angina pectoris (I20. 8), Angina pectoris, não especificada (I20. 9).

I21 – Infarto agudo do miocárdio e suas modalidades: Infarto agudo transmural da parede anterior do miocárdio (I21. 0), Infarto agudo transmural da parede inferior do miocárdio (I21. 1), Infarto agudo transmural do miocárdio de outras localizações (I21.2), Infarto agudo transmural do miocárdio, de localização não especificada (I21.3), Infarto agudo subendocárdico do miocárdio (I21.4) e Infarto agudo do miocárdio não especificado (I21.9). Ainda devemos considerar: Infarto recidivante do miocárdio (I22), Algumas complicações atuais subsequentes ao infarto agudo do miocárdio (I23).

Outras doenças isquêmicas agudas do coração (I24) e Doenças crônicas do coração (I25).

A cardiopatia isquêmica cujo sintoma clássico é a dor precordial, que William Heberden em 1768 chamou de angina de peito,⁸ é o fluxo sanguíneo inadequado para o miocárdio, principalmente por obstrução na circulação coronariana, embora, possa ter outras causas, como espasmos arteriais coronarianos e ponte miocárdica entre outras.

⁷ Laurenti R, Buchall Cm, Caratin CVS. Ischemic heart disease. Hospitalization,length of stay and expenses in Brazil from 1993 to 1997. Arq Bras Cardiol 2000; 74(6):488-92.

⁸ Heberden W. Some account of a disorder of the breast. In Sousa JE MR, Batlouni Jatene AD. Insuficiência Coronária, 1ª ed. São Paulo; Sarvier, 1984:173.

A cardiopatia isquêmica é uma das mais importantes causas de morte em nosso Estado, muitas vezes sem sintomas, tornando difícil o diagnóstico precoce, revelando-se apenas diante de um quadro agudo e grave de infarto do miocárdio. É o que acontece com a chamada “isquemia silenciosa”, cuja prevalência fica em torno de 3% dos indivíduos considerados normais. Para a avaliação da cardiopatia isquêmica, existe uma graduação que começa com a clínica, realização de eletrocardiografia, ecocardiografia, eletrocardiografia dinâmica (Holter), teste ergométrico, cintilografia miocárdica em repouso e com esforço, ou ainda, com stress farmacológico com drogas como o dipiridamol e, finalmente, cineangiocoronariografia e cineventriculografia. Sendo uma doença que se pode complicar com morte súbita, é necessário estratificá-la, para avaliar a melhor opção de tratamento. A análise dos dados de clínica, a frequência da angina de peito, a presença de áreas de necrose cardíaca, a presença de aneurismas ventriculares e trombos intracavitários, fração de ejeção baixa, presença de insuficiência cardíaca, com grande intolerância ao esforço, caracterizam indubitavelmente uma cardiopatia grave. Devem ser considerados alguns aspectos como o risco de complicações na realização das coronariografias, mortalidade dos procedimentos de angioplastias com colocação de stents, assim como, a cirurgia de revascularização, que no Rio de Janeiro, segundo dados publicados SIH/SUS, teve uma taxa de letalidade variando de 2,2% a 14,0%.⁹

Os portadores de cardiopatia isquêmica poderão manter tratamento clínico, realizar a prevenção secundária, combatendo os fatores de risco; combater a hipertensão arterial, o tabagismo, a obesidade, as taxas elevadas de colesterol e frações de baixa densidade. Os exames já citados permitirão avaliar o doente, quanto às possibilidades clínicas, prognóstico e tratamento adequado. Se há comprometimento muscular importante, com áreas de discinesia, hipocinesia ou acinesia; se há comprometimento multiarterial ou lesão de tronco de tronco de artéria coronária esquerda; se existe baixa fração de ejeção, menor de 40%, ou se existem arritmias e insuficiência cardíaca. Nas diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia,¹⁰ encontramos uma sistematização para mostrar a gravidade da doença coronariana: Baixa capacidade funcional e depressão ou elevação do segmento ST em cargas baixas no teste ergométrico; ecocardiografia transtorácica para a avaliação da gravidade da função ventricular esquerda; o exame com radioisótopos mostrando a extensão da lesão e a fração de ejeção e pesquisa de viabilidade miocárdica; o exame radiológico do tórax mostrando cardiomegalia, aneurisma de ventrículo esquerdo e congestão venosa pulmonar, caracterizando mal prognóstico; angiografia coronariana mostrando obstruções significativas das artérias coronárias, mínimo de 70%, obstrução de tronco de coronária esquerda de, no mínimo, 50%.

O médico deve fazer a estratificação do risco, para que os procedimentos invasivos sejam indicados com cuidado; o cateterismo diagnóstico pode complicar-se com arritmias (0,3%), complicações vasculares com cirurgia (1,6%) e morte (0,12%); nas angioplastias com balão a revascularização cirúrgica de urgência é e 1,2% e morte em 0,3%.¹¹

2 – DOENÇA HIPERTENSIVA

A Hipertensão arterial é uma das doenças mais frequentes na população; no Brasil a prevalência é estimada em 22% a 44% da população adulta;¹² em avaliação da saúde da

⁹ Oliveira GMM, Klein CH. O Sistema Único de Saúde E A Letalidade Nas Internações Por Doenças Isquêmicas Do Coração No Estado Do Rio De Janeiro No Período De 1999 A 2003. Fórum de Mortalidade Hospitalar No Infarto Agudo Do Miocárdio e Nos Procedimentos de Alta Complexidade Relacionados à Doença Coronariana no Estado do Rio de Janeiro.

¹⁰ Diretrizes de Doença Coronariana Crônica. Angina Estável. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 2004: 83, Supl. nº II: 3-43.

¹¹ Diretrizes de Doença Coronariana Crônica. Angina Estável. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 2004: 83, Supl. nº II: 3-43.

¹² Giorgi DMA. Hipertensão Arterial Sistêmica. In Rizzi Coelho O, Serrano JR CV. Temas em Cardiologia. S.Paulo; SOCESP, 2004(1): 3.

população realizada por um dos autores, como já foi comentado na introdução, 17,59% daqueles indivíduos apresentavam hipertensão arterial.¹³

De acordo com as IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial¹⁴ da Sociedade Brasileira de Cardiologia, a hipertensão arterial do ponto de vista pressórico será grave quando a pressão sistólica for ≥ 160 mmHg e a diastólica ≥ 110 mmHg. Nessas diretrizes, a pressão arterial limítrofe de normalidade é pressão arterial sistólica de 130 a 139 mmHg, e a diastólica de 85 a 89 mmHG.

De acordo com o CID-10, as Doenças hipertensivas (I10 a I150) podem ser assim consideradas:

Hipertensão essencial primária (I10), Doença cardíaca hipertensiva (I11), com ou sem insuficiência cardíaca congestiva, Doença renal hipertensiva (I12), Doença cardíaca e renal hipertensiva (I13) e Hipertensão secundária (I15).

Sendo a hipertensão arterial um dos fatores de risco de doença coronária, para sua avaliação clínica devem ser usados todos os recursos diagnósticos como eletrocardiograma, radiologia torácica e ecocardiograma, que poderão revelar a hipertrofia ventricular, que não regride com o tratamento; a bioquímica do sangue para controle da uréia e creatinina, que poderão estar aumentadas; uma taxa de creatinina $> 3,0$ mg/dl é sinal de grave comprometimento renal. A Hipertensão, além dos rins, compromete outros órgãos-alvo, como o coração e o cérebro; daí a frequência de infarto e acidentes cerebrovasculares nos hipertensos mal cuidados; algumas vezes, é conveniente, para melhor controle dos doentes e efeitos da medicação, fazer a monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA).

Se o paciente tem hipertensão com cifras elevadas, cardiopatia isquêmica associada, disfunção ventricular esquerda com fração de ejeção $<40\%$, presença de arritmias, insuficiência renal e acidente cerebrovascular isquêmico ou hemorrágico, a doença hipertensiva deverá ser considerada grave.¹⁵ O exame de fundo de olho pode mostrar a gravidade da hipertensão, especialmente, os grupos III e IV de WK, que mostram elevada taxa de mortalidade de 5 a 10 anos. Se a hipertrofia ventricular esquerda não for reversível com o tratamento, pode causar acidente cerebrovascular, isquemia miocárdica, insuficiência cardíaca, arritmias ventriculares e morte súbita.¹⁶

3 - CARDIOMIOPATIAS

Trata-se de um grupo de doenças que acometem o músculo cardíaco podendo ser primárias, ou secundárias às doenças coronarianas, hipertensão e valvopatias. As cardiomiopatias primárias têm implicações genéticas, portanto, diferentes das secundárias na sua gênese.

Podem ser identificados três tipos básicos de cardiomiopatias: Hipertrofica, Dilatada e Restritiva.¹⁷ A cardiomiopatia hipertrofica pode ser obstrutiva (I42.1) e não obstrutiva (I42.2); a cardiomiopatia restritiva pode ser fibroelastose endocárdica (I42.4) ou de outros tipos (I42.5). Um outro tipo de cardiomiopatia de extrema gravidade é a arritmogênica de ventrículo direito. Procuramos classifica-las de acordo com o CID-10.

¹³ Abrantes Jr. IB. Instituto Estadual de Cardiologia Aloísio de Castro. In Albanesi Filho FM. 50 Anos de História da Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro. 1ª ed, Rio de Janeiro;SOCERJ, 2005:94-95.

¹⁴ IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Arq. Brás. Cardiol.; 82; Suplemento IV. 2004.

¹⁵ Sociedade Brasileira de Cardiologia. Consenso Nacional Sobre Cardiopatia Grave. Arquivos Brasileiro de Cardiologia, 1993; 61:1-5

¹⁶ Wynne J, Braunwald E. T. The Cardiomyopathie and Myocarditides. In: Braunwald E. Heart Disease. A Textbook of Cardiovascular Medicina; 5ª ed. USA; W.B.Saunders Company. 1997: 1404

¹⁷ Bestetti RB. Aspectos epidemiológicos da hipertrofia ventricular esquerda. Ver Soc Cardiol Estado de São Paulo. 1994;4(4):319.

3.1 – Cardiomiopatia hipertrófica – Doença caracterizada por hipertrofia importante do músculo cardíaco, especialmente o septo interventricular, com obstrução da via de saída do ventrículo esquerdo, com gradiente VE/Ao > 50mmHg; história de síncope, dor precordial, insuficiência cardíaca e embolias; é comum a doença complicar-se com morte súbita. É de controle difícil, pois, a cirurgia é de alto risco e o bloqueio hemodinâmico da artéria septal, que produz necrose do músculo hipertrofiado é de risco, sem bons resultados; doença grave, principalmente se acompanhada de disfunção ventricular esquerda e arritmias. É comum o aparecimento de fibrilação atrial ou mesmo arritmias ventriculares complexas; o tipo obstrutivo tem maior incidência de arritmias.

3.2 – Cardiomiopatia dilatada – As cardiomiopatias dilatadas podem ser isquêmicas (60% a 70% dos pacientes), idiopáticas (10% a 20% dos pacientes) e secundárias à hipertensão arterial, miocardites etc (10% dos pacientes).¹⁸ Acompanha-se de cardiomegalia importante, insuficiência cardíaca com classe funcional de III a IV, de acordo com os critérios da NYAH. Doença de extrema gravidade que deve ser avaliada e acompanhada com grande atenção, em virtude do grande número de arritmias que costuma complicar o quadro clínico. A gravidade da doença pode ser confirmada pela presença de fração de ejeção < 0,30; apresenta-se habitualmente com quadro de insuficiência cardíaca congestiva.

3.3 – Cardiomiopatia restritiva – o melhor exemplo é a endomiocardiofibrose, onde encontramos cardiomegalia, insuficiência cardíaca classes III ou IV, fenômenos tromboembólicos e regurgitação mitral e tricúspide importantes. O envolvimento pode ser do ventrículo direito ou de ambos os ventrículos. Na endomiocardiofibrose existe um espessamento fibroso do endocárdio e do miocárdio adjacente, e que pode atingir os músculos papilares provocando disfunção valvar. Segundo Mady et al, o aumento da dimensão do átrio esquerdo está associado ao comprometimento da capacidade de exercício do doente. A modalidade restritiva é a mais rara das cardiomiopatias e de pior prognóstico.

4 – DOENÇAS VALVARES

As doenças valvares são responsáveis por graves disfunções ventriculares, pelas repercussões que as alterações hemodinâmicas provocam. Na análise das mesmas devem ser consideradas a etiologia, as complicações e a idade do paciente.

4.1 - Estenose aórtica – a estenose pode ser congênita, reumática e calcificada nos idosos; abaixo de 30 anos é mais provável ser congênita, de 30 a 70 anos, mais provável ser complicação da febre reumática e acima de 70 anos, calcificação valvar.¹⁹ Tem como sintomas principais, tontura, lipotímia e síncope, angina de peito, arritmias como fibrilação atrial e insuficiência cardíaca; uma de suas complicações mais temíveis é a morte súbita. A estenose aórtica grave pode ser diagnosticada pelo ecocardiograma bidimensional com Doppler, quando mostra gradiente sistólico superior a 50mmHg.²⁰ É comum a estenose valvular aórtica ser confundida com doença coronariana, pela frequência com que aparece a dor precordial.

4.2 - Insuficiência aórtica – tem como etiologia predominante a febre reumática; pode ser congênita como ocorre na síndrome de Marfan; pode ser aguda como ocorre em casos de endocardite infecciosa. Surgem manifestações de baixo débito cerebral como tontura, lipotímia e síncope; pressão diastólica próxima de zero e presença de pressão em artéria femoral excedendo a 20mmHg a pressão de membro superior; o prognóstico é ruim quando se manifesta insuficiência cardíaca classes III ou IV.

4.3 - Insuficiência mitral – tem como principais causas febre reumática, ruptura de cordoalha tendinosa, prolapso da válvula mitral, endocardite infecciosa e insuficiência de

¹⁸ Montera M. Cardiomiopatia Dilatada. PróNotícias, 2005; 4 (15): 5.

¹⁹ Couto AA, Carneiro RD. Indicações Cirúrgicas em Cardiologia. 1ª ed, Rio de Janeiro, Atheneu. 1991:29.

²⁰ Couto AA, Carneiro RD. Indicações Cirúrgicas em Cardiologia. 1ª ed, Rio de Janeiro, Atheneu. 1991:32

origem isquêmica. A insuficiência mitral é grave, quando apresenta regurgitação acima de 50 ml por sístole. Podem ser encontrados grande aumento do átrio esquerdo, fibrilação atrial e hipertensão pulmonar. Caracteriza-se por Intenso sopro holossistólico na área mitral do coração, primeira bulha cardíaca abafada e sinais de hipertensão arterial pulmonar com hiperfonese do componente pulmonar da 2ª bulha; complica-se com o aparecimento de insuficiência cardíaca classes III ou IV. O diagnóstico e gravidade da insuficiência mitral podem ser estabelecidos, além do exame clínico, pela eletrocardiografia, ecocardiografia transtorácica, radiografia do tórax, onde podem ser evidenciados os sinais de congestão venocapilar pulmonar e hipertensão pulmonar. Em doentes que apresentam fibrilação atrial o ecocardiograma transesofágico é imprescindível para verificar a existência de trombos atriais; o mesmo acontece em casos de endocardite infecciosa complicando a doença valvular mitral, em que se torna necessário avaliar a presença de vegetações microbianas na válvula.

4.4 - Estenose mitral – A etiologia mais comum da estenose mitral é a doença reumática, sendo mais freqüente no sexo feminino; as alterações valvulares são progressivas e os indivíduos evoluem da classe I a classe IV. A estenose é grave, quando a área mitral é igual ou menor de 1,0 cm². O exame clínico mostra escarros sanguíneos, falta de ar, muitas vezes, episódios de edema agudo do pulmão.

Uma das complicações da estenose mitral é o grande aumento do átrio esquerdo com fibrilação atrial e formação de trombos, com embolias sistêmicas; a presença de hipertensão pulmonar é um dos sinais de gravidade da doença.

5 - ARRITMIAS

As Arritmias cardíacas são muito freqüentes, podendo acarretar danos importantes ao coração; muitas vezes ocorrem em indivíduos cardiologicamente normais, mas podem assumir um caráter de extrema gravidade quando acompanha as cardiopatias. Podem ser de freqüência elevada ou baixa; quando excede 90 batimentos por minuto (taquicardia) ou quando está aquém de 60 batimentos por minuto (bradicardia). Outras vezes, além das características citadas, o ritmo pode ser totalmente desordenado, como acontece no flutter e fibrilação atriais.

Vamos citar aquelas que tem características de maior gravidade, de acordo com o Consenso da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC)²¹ conforme a transcrição que segue.

Disfunção do nó sinusal sintomática, com comprovada correlação sintomas/arritmia

Especialmente em presença de síndrome bradi-taquiarritmia.

5.1. Bradiarritmias.

Bloqueio atrioventricular (BAV) do 2º grau, tipo II, ou BAV avançado. Bloqueio AV total sintomático, com resposta cronotrópica inadequada ao esforço, com cardiomegalia progressiva, com insuficiência cardíaca.

Fibrilação atrial com resposta ventricular de baixa freqüência.

Bloqueios de ramo direito ou esquerdo, permanentes ou alternantes, sintomáticos (claudicação cerebral ou insuficiência cardíaca).

5.2. Taquiarritmias

Taquicardias supraventriculares e ventriculares que sejam sintomáticas (claudicação cerebral e/ou comprometimento hemodinâmico), de qualquer etiologia.

²¹ Sociedade Brasileira de Cardiologia. Consenso Nacional Sobre Cardiopatia Grave. Arquivos Brasileiro de Cardiologia, 1993; 61:1-5.

Taquicardias supraventriculares sintomáticas (claudicação cerebral, comprometimento hemodinâmico, taquicardiomiopatia, fenômenos tromboembólicos), desencadeadas por qualquer mecanismo.

Síndrome de pré-excitação, com alto risco de morte súbita, determinada por estudos invasivos.

Portadores de marcapasso definitivo (antibradicardia ou antitaquicardia), cuja capacidade funcional se mantém limitada pela cardiopatia subjacente.

26.2 - Legislação de infortúnica e saúde no trabalho

Constituição Federal

A Constituição de República de 1988 traz diversas normas sobre infortúnica e saúde no trabalho e, de forma geral, podem ser destacados os seguintes dispositivos:

Art.7º - São direitos dos trabalhadores urbanos e rurais, além de outros que visem à melhoria de sua condição social: (...) omissis
 XXII – redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meios de normas de saúde, higiene e segurança; (...) omissis
 XXIII – adicional de remuneração para atividades penosas, insalubres ou perigosas, na forma da lei; (...) omissis
 XXIV – aposentadoria.¹

Ao dispor, no início do inciso XXII do art. 7º, que são direitos dos trabalhadores urbanos e rurais a redução dos **“riscos inerentes ao trabalho”**, a Constituição da República considerou, excluindo a possibilidade da existência absoluta do risco, que o conteúdo normativo inserto no referido preceito está intrinsecamente ligado à atividade laboral dos trabalhadores².

O inciso XXIII, do art. 7º³, dispõe especificamente acerca das parcelas contraprestativas suplementares devidas ao empregado em virtude do exercício do trabalho em circunstâncias tipificadas mais gravosas⁴. Os referidos adicionais legais variam de acordo com o tempo e o lugar onde o serviço é prestado.

Cite-se, ainda, no âmbito do Constituição da República, que o art.200, inciso II⁵, sanciona competir ao sistema único de saúde, além de outras atribuições, **“executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador”**.

Legislação infraconstitucional de infortúnica

Atualmente existe em vigor apenas uma lei que versa peculiarmente sobre a matéria de infortúnica: a Lei Federal nº 6.367, de 19 de outubro de 1976, que se refere à proteção dos **infortúnios laborais de trabalhadores urbanos**.

É de se chamar atenção que com o advento da Lei de Benefícios (Lei Federal nº 8.213/1991)⁶, as questões referentes ao acidente do trabalho, doenças profissionais

(tecnopatias) e do trabalho (mesopatias), sofreram profundas modificações no que diz respeito à forma de indenizar a incapacidade laborativa.

¹BRASIL. Constituição (1988). **Constituição de República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

²SOUTO D. F. **Saúde no trabalho: uma revolução em andamento**. Rio de Janeiro: Editora SENAC Nacional, 2003. 69p.

³Ibid., nota de referência 1.

⁴DELGADO M. G. **Curso de Direito do Trabalho**. São Paulo: Editora LTr, 2004. 735p.

⁵Ibid., nota de referência 1.

⁶BRASIL. **Lei Federal nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social**. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em 26 nov. 2007.

Na hipótese sob foco, para aplicação correta e adequada dos instrumentos normativos supramencionados, aplica-se o **princípio *tempus regit actum***, ou seja, após a publicação da Lei de Benefícios (Lei Federal nº 8.213/1991)⁷, todos os infortúnios laborais ficam regidos pela mesma, ao passo que a Lei Federal nº 6.367, de 19 de outubro de 1976, alcança tão-somente os acidentes do trabalho ocorridos até a efetivação da sua promulgação⁸.

Consolidação das Leis do Trabalho

O modelo justralhista está agregado no seu principal diploma normativo, a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), que foi aprovada pelo Decreto-lei nº 5.452 de 1º de maio de 1943.

Com exceção do sistema previdenciário pátrio, o conjunto do modelo justralhista, oriundo do período entre 1930 e 1945, se mantém quase intocado⁹. Atribui-se sua criação a influência das doutrinas fascistas, mormente a Carta do Trabalho italiana¹⁰.

A CLT abriu, no Título II, um Capítulo especial para dispor sobre a segurança e medicina do trabalho (arts. 154 a 201)¹¹. Contudo, em decorrência do modelo político-ideológico implementado pela Revolução de 1964, o citado Capítulo sofreu profundas modificações em função da nova redação dada pela Lei Federal nº 6.514, de 22/12/77¹².

Em particular, quanto às medidas preventivas de medicina do trabalho previstas na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) que podem **auxiliar na constatação do mecanismo causal da cardiopatia e da hipertensão arterial** decorrentes da atividade laboral, pode-se destacar, respectivamente, o art. 168, inciso II, e o art.169¹³, que têm a seguinte dicção:

Art.168. Será obrigatório exame médico, por conta do empregador, nas condições estabelecidas neste artigo e nas instruções complementares a serem expedidas pelo Ministério do Trabalho: (...) *omissis*

III – periodicamente.

Art. 169. Será obrigatória a notificação das doenças profissionais e das produzidas em virtude de condições especiais de trabalho, comprovadas ou objeto de suspeita, de conformidade com as instruções expedidas pelo Ministério do Trabalho. (grifos nossos).

Não olvidar, outrossim, que os preceitos jurídicos previstos na CLT referentes à jornada de trabalho e aos intervalos para descanso, em função de interpretação sistemática da Constituição da República, alcançam, em determinados casos, status preponderante de normas de saúde pública.

⁷ Ibid., nota de referência 6.

⁸ OLIVEIRA J. de. **Acidentes do Trabalho**. São Paulo: Editora Saraiva, 1999. 9p.

⁹ DELGADO M. G. **Curso de Direito do Trabalho**. São Paulo: Editora LTr, 2004. 113p.

¹⁰ Ibid., nota de referência 9.

¹¹BRASIL. **Consolidação das Leis do Trabalho. Decreto-Lei nº5.452, de 1 de maio de 1943.** Aprova a Consolidação das leis do Trabalho. São Paulo: Editora LTr, 2007.

¹²BRASIL. Lei Federal nº6.514, de 22 de dezembro de 1977. Altera o capítulo V do título II da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT – Decreto-Lei nº 5.452, de 1943) relativo a segurança e medicina do trabalho. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em 26 nov. 2007.

¹³BRASIL. **Consolidação das Leis do Trabalho. Decreto-Lei nº5.452, de 1 de maio de 1943.** Aprova a Consolidação das leis do Trabalho. São Paulo: Editora LTr, 2007.

Benefícios financeiros e fiscais concedidos em decorrência de cardiopatia grave

Classificação das doenças graves (cardiopatia)

Dentre os vários instrumentos normativos que dispõem acerca da classificação das doenças graves, podem ser destacados o art 1º da Lei Federal nº 11.052/2004¹⁴ e o art. 151 da Lei Federal nº 8.213/1991¹⁵, assim redigidos:

Art. 1º - O inciso XIV do art. 6º da Lei nº 7.713, de 22 de dezembro de 1988, com a redação dada pela Lei nº 8.541, de 23 de dezembro de 1992, passa a vigorar com a seguinte redação:

Art.151. Até que seja elaborada a lista de doenças mencionadas no inciso II do art. 26, independe de carência a concessão de auxílio-doença e aposentadoria por invalidez ao segurado que, após filiar-se ao Regime Geral de Previdência Social, for acometido 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 da doença de Paget (osteíte deformante); síndrome da deficiência imunológica adquirida-Aids; e contaminação por radiação, com base em conclusão da medicina especializada. (grifos nossos)

A referência legal às doenças classificadas como graves tem implicações na concessão de benefícios e isenções, quais sejam: **isenção de imposto de renda, aposentadoria por invalidez e saque do FGTS.**

A prova da condição de portador da moléstia grave, para efeito da isenção, somente pode ser feita por **laudo médico emitido por serviço oficial** da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, conforme vaticina o art. 30 da Lei Federal nº 9.250/95¹⁶, que alterou a legislação do imposto de renda das pessoas físicas.

Em função da classificação das doenças graves contida nos textos normativos pátrios ser exemplificativa (*numerus apertus*), existem outras hipóteses que ainda não estão contempladas na legislação que obrigam os portadores a postularem seus direitos judicialmente com espeque nos princípios da isonomia e da inafastabilidade da prestação jurisdicional, previstos, respectivamente, no *caput* e inciso XXXV do art. 5º, da Constituição da República¹⁷.

¹⁴BRASIL. Lei Federal nº11.052, de 29 de dezembro de 2004. Altera o inciso XIV da Lei nº 7.713, de 22 de dezembro de 1988, com a redação dada pela Lei nº 8.541, de 23 de dezembro de 1992. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em 26 nov. 2007.

¹⁵BRASIL. Lei Federal nº8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em 26 nov. 2007.

¹⁶BRASIL. Lei Federal nº9.250, de 26 de dezembro de 1995. Altera a legislação do imposto de renda das pessoas físicas. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em 26 nov. 2007.

¹⁷BRASIL. Constituição (1988). **Constituição de República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

Isenção do imposto de renda

As disposições regulamentares que tratam da isenção do imposto de renda estão no art. 39, incisos XXXI e XXXIII e §§ 4º a 6º, do Regulamento do Imposto de Renda - RIR (Decreto Federal nº. 3.000/1999)¹⁸, e têm a seguinte dicção: Art. 39. Não entrarão no cômputo do rendimento bruto: ” (...) *omissis*

Pensionistas com Doença Grave

XXXI - os valores recebidos a título de pensão, quando o beneficiário desse rendimento for portador de doença relacionada no inciso XXXIII deste artigo, exceto a decorrente de moléstia profissional, com base em conclusão da medicina especializada, mesmo que a doença tenha sido contraída após a concessão da pensão (Lei nº 7.713, de 1988, art. 6º, inciso XXI, e Lei nº 8.541, de 1992, art. 47); (...) *omissis*

Proventos de Aposentadoria por Doença Grave

XXXIII - os proventos de aposentadoria ou reforma, desde que motivadas por acidente em serviço e os percebidos pelos portadores de moléstia profissional, tuberculose ativa, alienação mental, esclerose múltipla, neoplasia maligna, cegueira, hanseníase, paralisia irreversível e incapacitante, **cardiopatia grave**, doença de Parkinson, espondiloartrose anquilosante, nefropatia grave, estados avançados de doença de Paget (osteíte deformante), contaminação por radiação, síndrome de imunodeficiência adquirida, e fibrose cística (mucoviscidose), com base em conclusão da medicina especializada, mesmo que a doença tenha sido contraída depois da aposentadoria ou reforma (Lei nº 7.713, de 1988, art. 6º, inciso XIV, Lei nº 8.541, de 1992, art. 47, e Lei nº 9.250, de 1995, art. 30, § 2º); (grifos nossos) (...) *omissis*

§ 4º Para o reconhecimento de novas isenções de que tratam os incisos XXXI e XXXIII, a partir de 1º de janeiro de 1996, a moléstia deverá ser comprovada mediante laudo pericial emitido por serviço médico oficial da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, devendo ser fixado o prazo de validade do laudo pericial, no caso de moléstias passíveis de controle (Lei nº 9.250, de 1995, art. 30 e § 1º).

§ 5º As isenções a que se referem os incisos XXXI e XXXIII aplicam-se aos rendimentos recebidos a partir:

I - do mês da concessão da aposentadoria, reforma ou pensão;

II - do mês da emissão do laudo ou parecer que reconhecer a moléstia, se esta for contraída após a aposentadoria, reforma ou pensão;

¹⁸BRASIL. Decreto Federal nº3.000, de 26 de março de 1999. **Regulamenta a tributação, fiscalização, arrecadação e administração do Imposto sobre a Renda e Proventos de Qualquer Natureza**. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em 27 nov. 2007.

III - da data em que a doença foi contraída, quando identificada no laudo pericial.”

§ 6º As isenções de que tratam os incisos XXXI e XXXIII também se aplicam à complementação de aposentadoria, reforma ou pensão.

Os artigos do RIR citam as leis que instituíram e alteraram a isenção sob foco, estas apresentam o seguinte histórico:

Até 31 de janeiro de 1995, a legislação exigia, para a comprovação da moléstia, a apresentação de laudo ou parecer de dois médicos.

A partir de 1º de janeiro de 1996, passou a ser exigido laudo médico pericial, emitido por serviço médico oficial da União, Estados, Distrito Federal ou Municípios.

Ao longo dos anos, foram incluídas algumas novas moléstias às inicialmente previstas (contaminação por radiação, a Aids e fibrose cística).

Na sistemática operacional para concessão da isenção de imposto de renda, uma das alterações mais relevantes implementada na legislação tributária é a **exigência de laudo de serviço oficial** mencionada alhures. A aludida modificação foi motivada por uma série de fraudes identificadas em investigações sobre pedidos de restituição de imposto de renda apresentados à Receita Federal.

Por força da dicção legal, **os proventos de aposentadoria, pensão e reforma, recebidos por pessoa portadora de moléstia grave, são isentos**. Com efeito, não interessa que a moléstia tenha sido adquirida antes da aposentadoria ou reforma, que tenha sido a sua causa, ou que tenha sido posteriormente adquirida.

Ainda, no que importa à prova da condição de portador de moléstia para efeito da isenção de imposto de renda, impende destacar que os exames laboratoriais, atestados médicos e declarações de médicos, têm pouca ou nenhuma relevância, pois, repise-se, **sem o laudo médico de serviço oficial, o direito à isenção não pode ser reconhecido**.

Ademais, deve ser o laudo comprobatório **emitido por médico especializado em área da medicina relacionada à moléstia**. Assim sendo, , no caso de cardiopatia grave, deverá ser laudo de médico cardiologista. Exige-se, ainda, que o médico tenha examinado o paciente, conforme sanciona o art.119 do Código de Ética Médico¹⁹:

Capítulo XI - Perícia Médica

É vedado ao médico: Art. 118 - *omissis*. Art. 119 - Assinar laudos periciais ou de verificação médico-legal, quando não o tenha realizado, ou participado pessoalmente do exame. (grifos nossos)

Observe-se, a esse respeito, que o laudo médico comprobatório deverá explicitar se a moléstia é passível de controle (cura). Na hipótese de se tratar de moléstia passível de cura, o médico deverá indicar a data de vencimento do laudo. Nesse caso, o referido marco temporal sugerido pelo médico corresponde à data provável da cura ou à data da reavaliação do estágio do tratamento.

¹⁹PORTALMEDICO. Desenvolvido pelo Conselho Federal de Medicina – CFM. **Resolução CFM nº 1.246/88, de 08.01.88. Institui o Código de Ética Médica**. Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br>>. Acesso em 27 nov. 2007.

Se, na data de vencimento do laudo, o paciente for considerado curado não deverá ser emitido um novo, dando azo tal fato ao reinício dos descontos do imposto de renda na fonte. Por outro lado, para continuar usufruindo da isenção concedida, o contribuinte considerado ainda não curado deverá apresentar à fonte pagadora, na época do vencimento do primeiro laudo, outro com nova data de validade.

Com o escopo de estabelecer o marco inicial da aquisição da moléstia, o laudo poderá indicar a data ou descrever as circunstâncias que permitiram identificá-la. Se não o fizer, o contribuinte não poderá requerer a restituição do imposto pago até a data da elaboração do laudo, mas apenas apresentar o mesmo à fonte pagadora, para efeito da cessação dos descontos.

Por fim, cumpre esclarecer que, caso o laudo indique a data da aquisição da moléstia, o contribuinte poderá requerer à Receita Federal a restituição retroativa do imposto indevidamente retido na fonte. Contudo, se a data da aquisição da moléstia for anterior à aposentadoria, não poderá haver restituição do imposto incidente sobre os rendimentos recebidos até a concessão da aposentadoria.

Fundo de Garantia do Tempo de Serviço – FGTS

A Constituição da República de 1988 disciplinou o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS no inciso III do art.7º, assegurando, constitucionalmente, como um direito do trabalhador²⁰.

Hodiernamente as principais normas jurídicas que dispõem sobre o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS são, respectivamente, a Lei Federal nº 8.036, de 11/05/90²¹, que revogou expressamente a Lei nº 7.839/89, de 12/10/89 e o Decreto nº 99.684, de 08/11/90²².

Todos os trabalhadores regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, que têm Carteira Profissional assinada a partir de 05/10/88, têm direito ao FGTS. Antes da referida data o direito ao FGTS era opcional.

Poderá realizar o saque do FGTS, junto à Caixa Econômica Federal - CEF, o trabalhador ou dependente (registrado no INSS ou no Imposto de Renda) que estiver em estágio terminal em razão de doença grave, conforme dispõe o inciso XIV, da Lei Federal nº 8.036, de 1990²³:

Art.20. A conta vinculada do trabalhador no FGTS poderá ser movimentada nas seguintes situações: ” (...) *omissis*. XIV – quando o trabalhador ou qualquer de seus dependentes estiver em estágio terminal, em razão de **doença grave**, nos termos do regulamento. (grifos nossos)

São consideradas doenças graves aquelas relacionadas nos dispositivos legais. Por força da dicção do o art 1º da Lei Federal nº 11.052/2004²⁴ combinado com o art. 151 da Lei

²⁰BRASIL. Constituição (1988). **Constituição de República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

²¹BRASIL. **Lei Federal nº8.036, de 11 de maio de 1990. Dispõe sobre o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS**. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em 28 nov. 2007.

²²BRASIL. **Decreto Federal nº99.684, de 08 de novembro de 1990. Consolida as normas regulamentares do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS**. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em 28 nov. 2007.

²³Ibid., nota de referência 21.

²⁴BRASIL. **Lei Federal nº11.052, de 29 de dezembro de 2004. Altera o inciso XIV da Lei nº 7.713, de 22 de dezembro de 1988, com a redação dada pela Lei nº 8.541, de 23 de dezembro de 1992**. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em 26 nov. 2007.

nº 8.213/1991²⁵, a cardiopatia grave, classificada em estágio terminal, pode dar azo à movimentação da conta vinculada do FGTS.

Um outro aspecto que merece consideração é a possibilidade de saque do FGTS na hipótese de aposentadoria, resultante de cardiopatia ou hipertensão arterial incapacitante, concedida pela Previdência Social, conforme dispõe o art.20, inciso III, da Lei Federal nº 8.036, de 1990²⁶, assim redigido: “Art.20. A conta vinculada do trabalhador no FGTS poderá ser movimentada nas seguintes situações:” (...) *omissis*. III – aposentadoria concedida pela Previdência Social.(grifos nossos)”

Ao tratar das prestações devidas pelo Regime Geral de Previdência Social, o art. 18, inciso I, da Lei Federal nº 8.213, de 24/07/1991²⁷, relaciona, respectivamente, nas *alíneas* a, b, c e d; as espécies de aposentadorias concedidas pela Previdência Social:

- **Aposentadoria por invalidez;**
- aposentadoria por idade;
- aposentadoria por tempo de serviço;
- aposentadoria especial.

Na presente abordagem empreenderemos tão-somente a análise da possibilidade da movimentação da conta vinculada do FGTS na hipótese de aposentadoria por invalidez.

Quanto à aposentadoria por invalidez, dispõe o art.42 da Lei Federal nº 8.213, de 24/07/1991²⁸, que uma vez cumprida, quando for o caso, a carência exigida, será a mesma devida ao segurado que for considerado incapaz e insusceptível de reabilitação para o exercício de atividade que lhe garanta a subsistência.

Da interpretação sistemática dos preceitos legais insertos na Lei Federal nº 8.036/90²⁹ e na Lei Federal nº 8.213/1991³⁰, infere-se que em decorrência da concessão do benefício da aposentadoria por invalidez pela Previdência Social, origina-se a possibilidade da movimentação da conta vinculada do FGTS pelo portador de cardiopatia ou hipertensão arterial incapacitante.

Previdência Social

Constituição da República

O inciso XXIV, do art.7º da Constituição da República³¹, assegura ao trabalhador, urbano e rural, a aposentadoria, que consiste no direito do trabalhador passar para inatividade, percebendo uma determinada quantia denominada proventos.

²⁵BRASIL. Lei Federal nº8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em 26 nov. 2007.

²⁶BRASIL. Lei Federal nº8.036, de 11 de maio de 1990. Dispõe sobre o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em 28 nov. 2007.

²⁷Ibid., nota de referência 25.

²⁸BRASIL. Lei Federal nº8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em 26 nov. 2007.

²⁹BRASIL. Lei Federal nº8.036, de 11 de maio de 1990. Dispõe sobre o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em 28 nov. 2007.

³⁰Ibid., nota de referência 25.

³¹BRASIL. Constituição (1988). **Constituição de República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

Ainda no que toca à aposentadoria, a mesma constitui-se gênero, que comporta as espécies relacionadas ao tempo de serviço, idade, invalidez e especial. É lícito concluir que o termo empregado na Carta Magna abarca qualquer das supramencionadas hipóteses.

Para tratar da seguridade social, e possibilitar aos trabalhadores direitos à saúde, à previdência social e assistência social, a Constituição da República empregou os seguintes termos no art.194³²:

Art.194 A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e a assistência social.

O inciso I, do art.201 da Constituição da República³³, dispõe que os planos de previdência atenderão, nos termos da lei, a cobertura dos eventos de doença, invalidez, morte e idade avançada.

Assim sendo, por força da dicção do supracitado artigo, infere-se que cobertura dos planos de previdência abrangem a cardiopatia e a hipertensão arterial relacionadas à atividade laboral.

Benefícios Previdenciários

Os benefícios previdenciários são prestações pecuniárias devidas aos segurados pelo Regime Geral da Previdência Social, e destinados a prover-lhes a subsistência, nas eventualidades que os impossibilite de, por seu esforço, auferir recursos para isto³⁴.

No que importa às espécies de prestações pecuniárias, que defluem do risco social incapacitante³⁵, devidas em função de cardiopatia e da hipertensão arterial, destacam-se a aposentadoria por invalidez e o auxílio-doença.

Prestações Previdenciárias Devidas em Função de Cardiopatia e da Hipertensão Arterial

Auxílio Doença

No auxílio-doença a incapacidade é presumidamente suscetível de recuperação³⁶ e não existe uma conclusão peremptória do diagnóstico da doença.

O art. 59 da Lei Federal nº 8.213, de 24/07/1991³⁷, preceitua que auxílio-doença será devido ao segurado da previdência social que ficar incapacitado para o seu trabalho ou para a sua atividade habitual por mais de 15 (quinze) dias consecutivos.

A inexistência de carência especificamente para concessão do auxílio-doença aos portadores de **cardiopatia grave** resulta da integração do art. 26, inciso II; com o art.151 da Lei nº 8.213/91³⁸.

³² Ibid., nota de referência 31.

³³ BRASIL. Constituição (1988). **Constituição de República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

³⁴ TAVARES M. L. **Direito Previdenciário**. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2005. 113p.

³⁵ Ibid., nota de referência 34.

³⁶ TAVARES M. L. **Direito Previdenciário**. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2005. 131p.

³⁷ BRASIL. **Lei Federal nº8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social**. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em 26 nov. 2007.

³⁸ *ibid.*, nota de referência 37.

Interessante registrar que, em situações excepcionalíssimas, o segurado que exerce mais de uma atividade laboral abrangida pela previdência social, em decorrência do grau da incapacidade causado por cardiopatia ou hipertensão arterial, poderá tornar-se inabilitado apenas para o exercício de uma delas, percebendo somente um benefício de auxílio-doença.

Na mesma perspectiva acima comentada, quando o portador de cardiopatia ou hipertensão arterial exercer mais de uma atividade e inabilitar-se definitivamente para uma delas, o benefício de auxílio-doença deve ser mantido por tempo indeterminado, enquanto a doença não atinja um patamar incapacitante para as demais atividades.

Ademais disso, é vedado, no caso do segurado que exerce mais de uma atividade, a conversão do auxílio-doença em aposentadoria por invalidez somente em relação à atividade na qual o portador de cardiopatia ou hipertensão arterial esteja incapacitado, porquanto na aposentadoria por invalidez o segurado não terá mais condições de cumprir qualquer atividade laboral.

É de se esclarecer, ainda, que o segurado em gozo de auxílio-doença, insusceptível de recuperação para sua atividade habitual, deverá submeter-se, conforme vaticina art.62 da Lei nº 8.213/91³⁹, a processo de reabilitação profissional para o exercício de outra atividade.

Indispensável, também, que o segurado em gozo de auxílio-doença, sob pena de suspensão do benefício, se submeta periodicamente a exame médico-pericial a cargo da Previdência Social.

A perícia médica periódica poderá concluir pela⁴⁰:

- Aposentadoria do segurado por invalidez;
- habilitação para o exercício da mesma atividade ou outra - cessa o benefício do auxílio-doença;
- consolidação das lesões, gerando seqüelas que impliquem na redução da capacidade laboral habitual - cessa o benefício do auxílio doença e gera a concessão do auxílio-acidente;
- manutenção do benefício do auxílio doença.

Aposentadoria por Invalidez

O art. 42 da Lei Federal nº 8.213/91⁴¹ dispõe que a aposentadoria por invalidez será concedida ao segurado que, estando ou não em gozo de auxílio-doença, for considerado incapaz e insusceptível de reabilitação para o exercício de atividade que lhe garanta a subsistência, e ser-lhe-á paga enquanto permanecer nesta condição.

Complementando a disciplina contida no supramencionado preceptivo, o § 1 adverte que a concessão de aposentadoria por invalidez dependerá da verificação de seus requisitos, mediante exame médico-pericial a cargo da Previdência Social, podendo o segurado fazer-se acompanhar de médico de sua confiança.

No que importa à cardiopatia e a hipertensão arterial determinantes da concessão da aposentadoria por invalidez, se forem preexistentes à filiação do segurado, o benefício não será concedido. Contudo, se a perícia médica concluir que a incapacidade resulta do agravamento

³⁹BRASIL. Lei Federal nº8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em 26 nov. 2007.

⁴⁰TAVARES M. L. **Direito Previdenciário**. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2005. 130p.

⁴¹BRASIL. Lei Federal nº8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em 26 nov. 2007.

das referidas doenças, o benefício será devido ao segurado, conforme prevê o art. 42 § 1 do da Lei nº 8.213/91⁴².

Por último, cabe observar que quando a cardiopatia ou hipertensão arterial for constada em perícia médica, a concessão do benefício da aposentadoria por invalidez está condicionado ao afastamento do segurado de todas as suas atividades laborativas.

Fornecimento de Medicamentos

Constituição da República de 1988:

A saúde, nos termos do art. 6º da Constituição da República⁴³, é um direito social: “Art. 6º – São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição (grifos nossos)”.

Além disso, vaticina o art. 196 da Constituição da República⁴⁴:

Art. 196. **A saúde é direito de todos e dever do Estado**, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e

igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.(grifos nossos)

Legislação Infraconstitucional:

SUS – Lei Federal nº 8.080 de 19/09/90

A Lei Federal nº 8.080 de 19/09/90⁴⁵, que regula ações e serviços de saúde no âmbito do território nacional, contém dispositivos, genéricos e específicos, que estão relacionados aos direitos dos pacientes **portadores de cardiopatia e hipertensão arterial em receber gratuitamente medicamentos indispensáveis à vida**. Vejamos os referidos preceptivos:

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. (...) – *omissis*.

Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social. (...) - *omissis*

Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde

⁴²ibid., nota de referência 38.

⁴³BRASIL. Constituição (1988). **Constituição de República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

⁴⁴ibid., nota de referência 43.

⁴⁵BRASIL. Lei Federal nº8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em 28 nov. 2007.

(SUS):

I - a execução de ações: (...) - *omissis*

d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica; (...) - *omissis*

VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção; (...) – *omissis*

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência. (grifos nossos)

Da interpretação sistemática dos postulados insertos na Constituição da República de 1988, *verbi gratia* arts 6º e 196, infere-se que a Carta Magna não descurou em prever a obrigação do Governo de fornecer gratuitamente medicamentos com o intuito de suprir as necessidades dos pacientes, inclusive os portadores de cardiopatia e hipertensão arterial. Além dos postulados constitucionais, existe um arcabouço de leis infraconstitucionais que determinam uma ampla garantia aos cidadãos de acesso à saúde. Dentre as referidas leis pode-se destacar a de nº 8.080de 1990.

Com o advento das Normas Operacionais do Sistema Único de Saúde, já reeditadas várias vezes, ocorreu uma redefinição dos papéis dos gestores estadual e federal, passando o

Município a ser o responsável imediato pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde de sua população. Busca-se, portanto, a responsabilidade crescente do Poder Público municipal, obedecendo-se à lógica de que o Município é o ente político estruturalmente mais próximo do cidadão e, por isso, deve prestar os serviços básicos de saúde.

Definição dos Papéis no Âmbito Federal, Estadual, Distrital e Municipal

Nessa perspectiva, estabeleceu-se uma divisão de tarefas, no que importa ao fornecimento de medicamentos, de maneira que o sistema básico de saúde fica assim delineado:

- a cargo dos Municípios, o fornecimento de medicamentos classificados como básicos;
- o fornecimento de medicamentos classificados como extraordinários compete à União;
- os medicamentos classificados como excepcionais são fornecidos pelos Estados;
- em resultado do esboço de tarefas perfilhadas acima, entendemos que cumpre ao Distrito Federal o fornecimento de medicamentos classificados como básicos (Municípios) e excepcionais (Estados), aplicando-se como fundamento de validade do referido encargo o § 1º do art.32 da Constituição da República⁴⁶.

O exame das assertivas acima suscita de forma cristalina o conceito da composição de um sistema único, que segue uma diretriz clara de descentralização, com direção única em cada ente político-administrativo.

⁴⁶BRASIL. Constituição (1988). **Constituição de República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

No âmbito do Estado do Rio de Janeiro, a Secretaria do Estado de Saúde e Defesa Civil - SESDEC vem se encarregando do fornecimento de medicamentos, classificados como excepcionais, aos pacientes portadores de cardiopatia grave e hipertensão arterial que deles necessitem a partir de indicação médica. Além disso, aqueles pacientes que, dentre outros requisitos, tenham mais de 60 (sessenta) anos poderão adquirir medicamentos ao preço padrão de R\$ 1,00 (um real) na Farmácia Popular do Brasil, cujo projeto foi implantado e é coordenado pelo Instituto Vital Brazil⁴⁷.

No Município do Rio de Janeiro, o Projeto Remédio em Casa, promovido pela Secretaria Municipal de Saúde, tem por público-alvo, entre outros, os pacientes em tratamento de cardiopatia grave e hipertensão arterial⁴⁸.

O início da sistemática operacional do fornecimento de medicamentos no Município do Rio de Janeiro ocorre com a inscrição do portador de doença crônica, tal como hipertensos e portadores de cardiopatia. Com a inscrição, a instituição pública vinculada à Secretaria Municipal de Saúde assume o compromisso da integralidade da atenção prestada ao paciente, inclusive a assistência farmacêutica.

Além de indicações médicas, as Secretarias Municipal e Estadual de Saúde, recebem continuamente pedidos de fornecimento de medicamentos via Defensoria Pública ou através de determinação judicial oriunda da impetração de Mandado de Segurança. A comprovação da real necessidade do medicamento deverá ser efetivada através da receita médica e laudo detalhado onde estejam inseridas as condições determinantes da hipertensão ou cardiopatia.

Cumpre assinalar, por oportuno, que dados oficiais da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro⁴⁹ indicam que a maioria dos pacientes portadores de cardiopatia e hipertensão arterial volta a internar-se nos hospitais públicos, mormente porque abandonam os remédios prescritos por falta de recursos financeiros para comprá-los, o que evidencia a necessidade imperativa da assistência farmacêutica integral aos referidos pacientes.

Cabe por derradeiro ressaltar que o fornecimento gratuito de medicamentos às pessoas que não puderem prover as despesas com os mesmos, deve estar diretamente relacionado à proporção do valor da medicação no total da renda familiar, posto que a referida despesa poderá privar o cidadão dos recursos indispensáveis ao próprio sustento e de sua família.

Gratuidade nos Transportes

No Estado do Rio de Janeiro, a Lei 4.510/2005, que instituiu o Vale Social, garante aos portadores cardiopatia, classe funcional III e IV da NYHA, o direito à gratuidade nos transportes intermunicipais⁵⁰.

⁴⁷PORTAL DO INSTITUTO VITAL BRAZIL. **Torna disponíveis informações acerca da Farmácia Popular Vital Brazil.** Disponível em: <<http://www.ivb.rj.gov.br>>. Acesso em 28 nov. 2007.

⁴⁸PORTAL DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Apresenta detalhes do Projeto Remédio em Casa.** Disponível em: <<http://www.saude.rio.rj.gov.br>>. Acesso em 28 nov. 2007.

⁴⁹PORTAL DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Apresenta informações sobre os resultados do Projeto Remédio em Casa.** Disponível em: <<http://www.saude.rio.rj.gov.br>>. Acesso em 28 nov. 2007.

⁵⁰RIO DE JANEIRO (Estado) Lei Estadual nº4.510, de 14 de janeiro de 2005. Dispõe sobre a isenção do pagamento de tarifas nos serviços de transporte intermunicipal de passageiros por ônibus do estado do rio de janeiro, para alunos do ensino fundamental e médio da rede pública estadual de ensino, para as pessoas portadoras de deficiência e portadoras de doença crônica de natureza física ou mental que exijam tratamento continuado e cuja interrupção no tratamento possa acarretar risco de vida. Disponível em: <<http://www.alerj.rj.gov.br/processo2.htm>>. Acesso em 28 nov. 2007.

No âmbito do Município do Rio de Janeiro, o art.401 da Lei Orgânica⁵¹ não outorga aos portadores de cardiopatia grave e hipertensão arterial o direito à gratuidade nos transportes municipais (Rio Card)⁵².

Quanto à recusa do concessionário ou permissionário de transportar o portador da carteira de passe especial, configurará desrespeito à legislação que concede o benefício e poderá acarretar ao infrator punições dela decorrente.

Pessoas Idosas Portadoras de Cardiopatia

A Lei Federal nº 10.741/2003 instituiu o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos (art.1º)⁵³.

O estatuto estabelece no art. 2º, um sistema de proteção integral⁵⁴, segundo o qual o idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, devendo ser-lhe asseguradas todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade.

Entre os principais direitos reconhecidos ao idoso na Lei Federal nº 10.741/2003, está o fornecimento gratuito de medicamentos, especialmente os de uso continuado (art.15, § 2º).

Como consectário do supracitado dispositivo legal, tem-se o compromisso da integralidade da assistência farmacêutica aos pacientes idosos portadores de cardiopatia grave e hipertensão arterial.

Assistência Social / Benefícios de Prestação Continuada

O art. 20 da Lei Federal nº 8.742, de 07/12/1993 (Lei Orgânica da Assistência Social)⁵⁵, vaticina que o doente deficiente ou o maior de 70 (setenta) anos de idade tem direito a uma renda mensal vitalícia, que é igual a um salário mínimo mensal, se o doente ou o idoso não possuírem meios de prover a sua própria manutenção e nem sua família tenha esta possibilidade.

Segundo dispõem os §§ 3º e 4º, do art. 20 da Lei Orgânica da Assistência Social⁵⁶, para concessão do benefício de prestação continuada de 1 (um) salário mínimo, devem ser preenchidos os seguintes requisitos:

- que a família possua renda mensal de cada um de seus membros, inferior a um quarto do salário mínimo;
- que o deficiente ou idoso não estejam vinculados a nenhum regime de previdência social;
- que o deficiente ou idoso não recebam benefícios de espécie alguma.

⁵¹RIO DE JANEIRO (Município) Lei Orgânica (1990). **Lei Orgânica do Município do Rio de Janeiro**. Disponível em: <<http://www.camara.rj.gov.br/legislacao/index.html>>. Acesso em 28 nov. 2007.

⁵²PORTAL DA SECRETARIA MUNICIPAL DE TRANSPORTES. **Apresenta informações relacionadas ao Rio Card**. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/smtr/>>. Acesso em 28 nov. 2007.

⁵³BRASIL. **Lei Federal nº10.741, de 01 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso**. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em 28 nov. 2007.

⁵⁴MAZZILLI H. N. **A Defesa dos Interesses Difusos em Juízo; Meio Ambiente, Consumidor, Patrimônio cultural, Patrimônio público e outros interesses**. São Paulo: Editora Saraiva, 2005. 584p.

⁵⁵BRASIL. **Lei Federal nº8.742, de 07 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social**. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em 28 nov. 2007.

Dispõe, ainda, o art.20 § 2º da Lei Orgânica da Assistência Social⁵⁷, a pessoa portadora de deficiência é aquela incapacitada para a vida independente e para o trabalho.

Assim sendo, é salutar observar que entendemos ser cabível, atendidos os requisitos legais, a concessão do benefício de prestação continuada de 1 (um) salário mínimo na hipótese de portadores de deficiência incapacitante classificada como cardiopatia ou hipertensão arterial.

Conclusões

Medicina e Direitos Trabalhistas.

A letalidade das doenças cardiovasculares e suas complicações têm sido descritas por vários pesquisadores, há muitos anos; na avaliação de 253 necrópsias em indivíduos que morreram sem assistência médica, encontramos edema agudo de pulmão, oclusão de artéria coronária, acidente cerebrovascular e insuficiência cardíaca congestiva em 111 deles (43.87%).^{58 22}

A realização de exames médicos periódicos é extremamente importante, especialmente no que concerne às doenças cardiovasculares, por evoluírem algumas vezes com poucos ou nenhum sintoma. É o que ocorre com as Doenças isquêmicas do coração, quando sem manifestações clínicas, isquemia silenciosa, hipertensão arterial de leve a moderada, que só são mostradas pela monitorização (MAPA), algumas cardiomiopatias, arritmias que só podem ser diagnosticadas pela eletrocardiografia dinâmica (Holter). Além das medidas habituais de segurança do trabalho, o controle dos trabalhadores que apresentem fatores de risco, como obesidade, diabetes, tabagismo, hipertensão arterial, hiperlipidemias, deve ser rigoroso; assim, serão tomadas medidas de prevenção primária ou secundária, que evitarão gastos com procedimentos diagnósticos caros, tratamentos dispendiosos, licenças médicas prolongadas, internações e pagamento de indenizações e pensões. No ano de 2002 foram internados por cardiopatias 1.216.394 pacientes representando 10,3% do total de internações do SUS, segundo Araújo e Ferraz que estudaram o impacto econômico do tratamento da cardiopatia isquêmica crônica.

Benefícios Financeiros e Fiscais Concedidos em Função de Cardiopatia Grave.

Como vimos no primeiro capítulo, na avaliação de uma cardiopatia, devemos levar em consideração a idade do doente, o diagnóstico etiológico as atividades desenvolvidas e suas condições sociais. Se a doença é aguda, mesmo grave, pode após o tratamento ser bem controlada; por exemplo, um paciente que teve um infarto de parede inferior deverá ter melhor prognóstico do que um que tenha tido um infarto extenso de parede anterior; será

diferente se o infarto se acompanhar de rotura septal, ou de cordoalha tendinosa, que terão prognóstico mais reservado; ou se originou um aneurisma de ventrículo etc. É o que ocorre com um paciente com hipertensão arterial não complicada, leve ou moderada, ou se é um hipertenso com comprometimento dos órgãos-alvo, ou com hipertrofia ventricular esquerda não reversível com o tratamento, que pode causar acidente cerebrovascular, isquemia miocárdica aguda, insuficiência cardíaca, arritmias ventriculares e morte súbita.

⁵⁶BRASIL: Lei Federal nº8.742, de 07 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em 28 nov. 2007.

⁵⁷ ibid., nota de referência. 56

58.

Isenção do Imposto de renda.

Os pensionistas portadores de doença grave são isentos de Imposto de Renda, o mesmo acontece em relação aos aposentados por doença grave. São contemplados entre outros, os portadores de cardiopatia grave comprovada em laudo pericial emitido por serviço médico oficial. Para a isenção deve ser comprovada a presença de cardiopatia grave, como mostramos no primeiro capítulo.

Fundo de Garantia do tempo de serviço

No presente caso, além da necessidade da comprovação de cardiopatia grave, é necessária a constatação de estar a doença em estágio terminal.

Benefícios Previdenciários.

O Auxílio Doença será concedido ao doente susceptível de recuperação. Mesmo o portador de uma cardiopatia grave poderá inicialmente receber o auxílio doença, ao qual não é exigida carência.

A Aposentadoria por invalidez está destinada ao doente considerado incapaz e insusceptível de reabilitação.

Benefícios sociais

Fornecimento de medicamentos, gratuidade nos transportes e outros. Muito importante esses benefícios sociais, pois, permitem que o indivíduo carente possa procurar os hospitais públicos sem o problema de não ter recursos para as passagens, nem deixem de tomar os medicamentos por falta de recursos. No Rio de Janeiro já existe um projeto de fornecer os medicamentos ao indivíduo carente. Encerrando o presente capítulo, devemos registrar que na área de cardiologia o governo faz um investimento importante em próteses coronarianas, próteses valvulares, implantes de marcapassos e trocas de gerador, e próteses arteriais para os casos de aneurismas de aorta. Material extremamente caro, cujos planos de saúde se negam a pagar.